

# Undersøgelse af fødendes smerteoplevelse, kendskab til epidural smertelindring og tilfredshed med smertelindringen

Stud.med. Lene Ploug Wadland, Anne-Lene Schwartz Sveigaard & Anders Gadegaard Jensen

## Resumé

**Introduktion:** Formålet var at undersøge fødendes smerteopfattelse, information om epidural smertelindring og tilfredshed med smertelindringen.

**Materiale og metoder:** Undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse besvaret af nybagte mødre på Rigshospitalet. Inklusionen blev foretaget i en seksugersperiode i maj og juni 2002. Kvinder, der havde fået foretaget planlagt kejsersnit, samt ikkedansktalende kvinder, blev ekskluderet. I alt 50 udfyldte spørgeskemaer blev indsamlet.

**Resultater:** Fødselssmerten blev af 68% karakteriseret som, at det gjorde meget eller uudholdeligt ondt, og 62% angav, at det gjorde mere ondt end forventet. Halvdelen følte sig ikke tilstrækkeligt informerede til trygt at kunne vælge epidural smertelindring, og 22% mente, at epidural smertelindring medførte bivirkninger for barnet. Mange (35%) vidste ikke, at de kunne få epidural smertelindring. De gravides viden om epidural smertelindring stammede hovedsageligt (68%) fra egen opsøgning af information. Jordemødrene blev nævnt som informationskilde af 52%. Kun 70% af de undersøgte var tilfredse med den smertelindring, de selv fik.

**Diskussion:** De fødende var for dårligt informerede om brug af epidural smertelindring til trygt at kunne vælge dette. Sundhedsvæsenets information om epidural smertelindring til fødende når kun halvdelen af målgruppen. Meget af den information, de fødende selv kan indhente, er baseret på nu forladte metoder, hvorfor manges opfattelse om effekt og bivirkninger ikke var korrekte. Hvis disse fund bekræftes af andre danske undersøgelser, har sundhedsvæsenet en stor opgave i at give de danske kvinder en heldækkende information om smertelindring ved fødsler.

Fødselssmerter repræsenterer en akut og alvorlig smerteoplevelse, og fødslen opleves af mange kvinder som den mest smertefulde begivenhed i deres liv [1]. Således viste to finske undersøgelser, at mere end 80% af de fødende havde svære til ubærlige smerter [2, 3]. En utilstrækkelig smertelindring kan lede til en negativ fødselsoplevelse [4].

Epidural smertelindring under fødslen er den mest effektive metode til behandling af fødselssmerter [3, 5, 6] og er den mest anvendte regionale teknik i Skandinavien – bortset fra i Danmark [7]. I 1999 blev epidural smertelindring til fødende således anvendt ved 4% af fødslerne i Danmark. Til sammenligning blev metoden brugt ved 28% af fødslerne i Sverige, 27% i Finland, 22% i Island og 11% i Norge. Muligheden for at give epidural smertelindring til fødende 24 timer i døgnet findes på

alle fødeafdelinger i Sverige og Finland, på 95% af fødeafdelingerne i Norge og på 68% af fødeafdelingerne i Danmark [7].

Sundhedsmyndighederne har siden 1971 i Sverige og siden 1977 i Finland støttet brugen af epidural smertelindring til fødende [7]. I Danmark støtter Sundhedsstyrelsen ikke brugen af epidural smertelindring til fødende. Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 en bog om svangreomsorg [8]. I bogen beskrives Sundhedsstyrelsens retningslinjer, og der redegøres for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. I bogens afsnit 6.6 om »Undersøgelser og procedurer i forbindelse med fødselen« skrives blandt andet, at »Naturlig smertelindring bør anvendes i videst muligt omfang. Kvinden bør allerede under graviditeten have modtaget grundig information om medicinsk og ikke-medicinsk smertelindring herunder om virkningsmekanisme og bivirkninger. Den fødende bør støttes i og opfordres til at bruge forskellige hvile- og fødestillinger.« Sundhedsstyrelsen anbefaler således fødepersonalet at anvende naturlig smertelindring i videst muligt omfang, og epidural smertelindring til fødende hverken nævnes eller anbefales [8]. Anvendelsen af epidural smertelindring til fødende varierer meget på de forskellige hospitaler i Danmark [9], men Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik (DSOG) anbefaler i 2001, at alle gravide skal have oplysning om epidural bedøvelse, og at alle fødende skal have mulighed for at vælge epidural smertelindring [10].

Pethidin og kvælstofforilte blev i undersøgelsesperioden anvendt som smertelindring ved fødsler på Rigshospitalet. Det vides, at disse lægemidler har en ringe analgetisk effekt på fødselssmerter, og pethidin har desuden betydelige bivirkninger for mor og barn [5]. Begge dele anvendes hyppigt i Danmark, pethidin ved 9% og kvælstofforilte ved 21% af fødslerne [10]. Fødesmerter genkaldes som mere intense 14-21 måneder efter en fødsel, hvis kvinden har fået pethidin som smertelindring, hvilket yderligere burde begrænse brugen af dette lægemiddel [11].

Ud over skandinaviske undersøgelser findes der undersøgelser fra Canada om, hvad de fødende ønsker at vide om epidural smertelindring til fødende [12]. Vi har ikke været i stand til at finde danske undersøgelser af gravides holdninger til og viden om smertelindring ved fødsler med fokus på epidural blokade. Ved hjælp af et spørgeskema ville vi undersøge, om de adspurgte kvinder havde ondt under en fødsel, om de vidste, at de havde reel mulighed for at få epidural

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

smertelindring døgnet rundt, om de følte sig tilstrækkeligt informerede, og om de efter fødslen havde været tilfredse med den givne smertelindring.

### Materiale og metoder

Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse. På spørgeskemaet var der i alt 16 spørgsmål, hvor svaralternativerne kunne vælges ved afkrydsning i de relevante felter. Ved hvert spørgsmål var der fem mulige afkrydsninger med fem forskellige graderinger af svaret. Der var desuden afsat plads til egne kommentarer. Spørgeskemaerne blev udleveret og indsamlet i løbet af en periode på seks uger i maj og juni 2002 (Fig. 1).

En af forfatterne informerede mundtligt enhver af de tilstedeværende nybagte mødre på Rigshospitalets fødeklinik og barselsgang. Denne information blev givet en gang om ugen, og de nybagte mødre blev herefter inkluderet efter mundtligt samtykke. På forhånd ekskluderedes kvinder, der havde fået foretaget planlagt kejsersnit, samt ikkedansktalende kvinder. Når kvinden havde udfyldt spørgeskemaet, blev det afleveret anonymt i en kasse på jordemoderkontoret eller afdelingskontoret.

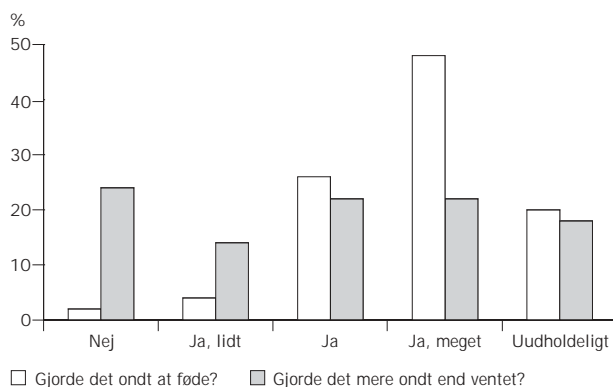
Undersøgelsen blev ikke anmeldt til en videnskabsetisk komité, da undersøgelsen falder uden for de kriterier, som angives i Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udviklings Vejledning om Biomedicinske Forsøg.

### Resultater

70% af de udleverede skemaer blev afleveret i udfyldt stand. De adspurgte kvinder havde store smerter under fødslen (Fig. 2). Kun en kvinde angav ingen smerte. Hos 62% gjorde det mere eller meget mere ondt end forventet. En vis smertelindring blev givet til 90% af de fødende med ophold i badekar (58%) og lattergas (58%) som de mest anvendte. Af de fødende, der fik epidural smertelindring, var 90% tilfredse med smertelindringen, og samlet var 70% tilfredse med den givne smertelindring. Hvis de skulle føde igen, ville 82% ønske smertelindring, og 28% af alle kvinderne ville ønske at få anlagt en epidural smertelindring. I undersøgelsen fik 20% anlagt epidural smertelindring. Langt de fleste havde hørt om smertelindring ved fødsler. Over 90% af kvinderne havde noget kendskab til lattergas, ophold i badekar og epidural smertelindring inden fødselen. På spørgsmålet om information fra jordemoderen inden fødslen svarede 60%, at de var blevet informeret om lattergas, og 52% havde fået information om epidural smertelindring. I alt 68% af de adspurgte havde selv søgt information om smertelindring, og blandt dem, der fik epidural smertelindring, havde 90% selv søgt information om denne metode. De fødende søgte deres information i bøger (58%), hos veninder eller familie (40%), i ugeblade (28%), på internettet (14%) eller via andre kilder (24%). Muligheden for at få anlagt en epidural smertelindring var ikke kendt af 35%, og 50% følte sig utilstrækkeligt informerede til trygt at kunne

1. Gjorde det ondt at føde?
2. Gjorde det mere ondt, end du forventede?
3. Modtog du smertelindring under fødslen?  
Hvis ja, hvilken type?
4. Hvis du modtog smertelindring, hvornår?
5. Var du tilfreds med den modtagne smertelindring?  
Hvis nej, hvorfor ikke?
6. Hvis du skal føde igen, vil du overveje at modtage smertelindring?  
Hvis ja, hvilken type?
7. Hvilke metoder til smertelindring under fødsler, havde du hørt om inden fødslen?
8. Mener du, at din viden om de nævnte metoder var tilstrækkelig til, at du trygt kunne vælge en eller flere af disse?
9. Hvilke af de nævnte metoder har din jordemoder oplyst dig om inden fødslen?
10. Hvilke af de nævnte metoder har din jordemoder oplyst dig om i løbet af fødslen?
11. Har du selv søgt information om smertelindring?
12. Hvis ja til foregående, hvor har du søgt informationen?
13. Forventede du at have mulighed for at modtage epiduralblokkade?
14. Ønskede du at modtage epiduralblokkade?
15. Tror du, der er bivirkninger ved fødeepidural?
16. Hvis ja til det foregående, er der bivirkninger for dig, for fødslen, for dit barn?

Fig. 1. De 16 spørgsmål de nybagte mødre blev bedt om at svare på.



□ Gjorde det ondt at føde? ■ Gjorde det mere ondt end ventet?

Fig. 2. Svarene i % fordelt på de fem svarealternativer ved spørgsmål 1: Gjorde det ondt at føde? og spørgsmål 2: Gjorde det mere ondt end du forventede dig inden fødslen?

vælge denne smertelindringsform. Totalt mente 22%, at der var bivirkninger for barnet ved en epidural smertelindring under fødslen, men blandt de kvinder, der fik anlagt epiduralblokkade til smertelindring, var der ingen, der mente, der var bivirkninger for barnet.

### Diskussion

Størstedelen (68%) af de adspurgte i vores undersøgelse havde meget eller uudholdeligt ondt under fødslen. Dette resultat svarer til resultaterne af to lignende finske undersøgelser [2, 3], hvor mellem 72% og 89% angav at have haft svære til ubærlige smerter, samt en svensk undersøgelse, der viste, at 64% havde svære til uudholdelige smerter [7]. Vi må derfor formode, at årsagen til den lave brug af epidural smertelindring under fødsler i Danmark ikke skal findes i en mindre smertefuld fødselsoplevelse.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Det ser umiddelbart ud til, at de danske kvinder inden fødsel er velinformerede om smertelindring. Af vores undersøgelse fremgår det, at kvælstofforilte og ophold i badekar er kendt af henholdsvis 94% og 96% af de fødende, mens 92% af de adspurgte i vores undersøgelse angav, at de havde hørt om epidural smertelindring under fødslen. De fødendes viden om epidural smertelindring var dog ikke fyldestgørende og svarede ikke til de oplysninger, man kan finde i videnskabelig litteratur. Der er ikke beskrevet direkte bivirkninger for barnet ved epidural smertelindring til fødende, men nogle vil mene, at den øgede tendens til feber hos moderen kunne være en risiko også for barnet på grund af faren for overbehandling. Risikoen for denne bivirkning blev ikke nævnt af nogen af de adspurgte. Vores undersøgelse viste, at kun 50% af de fødende følte, at de var tilstrækkeligt informerede til trygt at kunne vælge epidural smertelindring under fødslen, og 22% af kvinderne var fejlinformerede, da de mente, at en epidural smertelindring til fødende har alvorlige bivirkninger for barnet. Denne fejlinformation og usikkerhed er givetvis medvirkende til, at mange fravælger epidural smertelindring.

Det er påfaldende, at kun 65% af de fødende på Rigshospitalet, hvor man på Anæstesiaafdelingen har mulighed for at anlægge epiduralblokade til smertelindring på fødende 24 timer i døgnet, var klar over, at de havde reel mulighed for at få lagt epidural smertelindring. Metoden er billig, ud over i gennemsnit en halv times arbejds løn angives udgiften til nål, pumpe og medicin at være ca. 70 kr. [13], så begrundelsen for det lave antal epiduralblokeer til smertelindring af fødende i Danmark skal næppe heller søges i økonomiske overvejelser.

Eftersom jordemødrene har den største kontakt til kvinderne under graviditeten, spiller denne faggruppe en væsentlig rolle for udbredelsen af kendskabet til epidural smertelindring til fødende. Deres information når dog ikke frem til de fødende. Kun ca. halvdelen af de fødende mente, at de inden fødslen var blevet oplyst om epidural smertelindring til fødende af deres jordemoder, og kun hver fjerde mente, at de under fødslen var blevet oplyst om denne mulighed. Kvinderne hentede i stedet deres information fra andre steder såsom bøger, blade, venner og familie samt internettet. Vores undersøgelse kan ikke dokumentere, om flere har fået informationen af jordemødre, men ikke har opfattet informationen.

Det har været meget diskuteret, hvorvidt de danske jordemødre har en specielt negativ holdning til smertelindring. Det angives af antropologen *Anette Wilhjem*, at den fremherskende holdning hos de gravide og blandt jordemødre er, at en naturlig fødsel med masser af smerte er det eneste rigtige [14]. Også på internettet kan man finde denne opfattelse, hvor smertebehandling under fødslen flere steder er placeret i gruppen med komplikationer [15, 16]. Hvis den fremherskende holdning blandt jordemødre er, at det er naturligt at have ondt, og at kvinden gennemgår en forløsende proces ved en naturlig fødsel, kan det være svært for en kvinde at få

reel information om epidural smertelindring fra denne side. Jordemødrene har svært ved at give tilstrækkelig information, da de føler sig pressede af den gravides forventning om tid, kontakt og grundig information, samtidig med at de kun har få og tidsbegrænsede kontakter med den gravide [17].

Den information, kvinden kan finde andetsteds, såsom i bøger om fødsel eller graviditet, i blade og på internettet, er på flere områder utidssvarende, på visse områder fejlagtig og omtaler fødsel uden smertelindring som den bedste metode [14-16]. Det angives på Sundhed.dk, at epidural smertelindring til fødende gør kvinden mere eller mindre følelsesløs fra livet og nedad, at de kun anvendes til kejsersnit, ved komplicerede fødselsforløb samt til kvinder, der har et kompliceret forhold til deres underliv [15]. I Liberos bog om fødsler skrives, at kvinderne, der får epidural smertelindring, skal forblive sengeliggende under hele fødslen på grund af nedsat følelse i underkroppen [18].

En anden forklaring på den lave brug af epidural smertelindring under fødslen kunne være, at de danske kvinder er tilfredse nok med de øvrige metoder til smertelindring og derfor ikke har noget ønske om at modtage epiduralblokade. I en stor dansk undersøgelse er resultaterne af obstetrisk akupunktur på Frederiksberg Hospital opgjort [19]. Ved denne undersøgelse, hvor indikationen i 78,8% af tilfældene var anspændthed og smerter, fandt man, at 40,6% af kvinderne angav »fuld effekt«, og 33,4% angav »nogen effekt« af akupunktur. Konklusionen af den undersøgelse er, at obstetrisk akupunktur i rutinemæssig praksis er effektiv, simpel, uden betydende bivirkninger og bør få en plads i jordemødrenes tilbud [19]. Ved smertelindring af akut, svær smerte bør målet dog være, at alle eller næsten alle får en tilfredsstillende smertelindring. Ved anvendelse af epidural smertelindring under fødslen kan der opnås, at mere end 90% er tilfredse med smertelindringen. At kun 70% af de fødende i vores undersøgelse var tilfredse med den modtagne smertebehandling, er ikke acceptabelt. Årsagen til, at man accepterer den utilfredsstillende smertelindring hos fødende, skal måske findes i den traditionelle danske fødekultur, som beskrevet ovenfor.

Resultaterne af vores undersøgelse peger på, at også danske kvinder har mange fødselsmerter, men at de ikke er tilstrækkeligt godt informerede til at kunne vælge passende smertelindring. Sundhedsvæsenets har en stor opgave i at skabe en organisation, der kan give de kommende mødre en saglig information. De fødende bør ikke være henvist til andre ikke fagligt korrekte kilder. Der bør samtidig informeres om den reelle mulighed for at få epidural smertelindring til fødende på de danske sygehuse.

Korrespondance: *Anders Gadegaard Jensen*, Anæstesiologisk-intensiv Afdeling V, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.

Antaget den 10. oktober 2003.

H:S Rigshospitalet, Anæstesi- og operationsafsnit 4013, og Odense Universitetshospital, Anæstesiologisk-intensiv Afdeling V.

## Litteratur

1. Brown ST, Campbell D, Kurtz A. Characteristics of labor pain at two stages of cervical dilation. *Pain* 1989;38:289-95.
2. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T et al. Maternal expectations and experiences of labour pain – options of 1091 Finnish parturient. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995;39:60-5.
3. Kangas-Saarela T, Kangas-Kärki K. Pain and pain relief in labour: parturients experiences. *Int J Obstet Anesth* 1994;3:67-74.
4. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecol Obstet Invest* 1983;16:1-12.
5. Halpern SH, Leighton B, Ohlsson A et al. Effect of epidural vs parental opioid analgesia on the progress of labor. *JAMA* 1998;280:2105-11.
6. Ranta P, Jouppila P, Spalding M et al. Parturients assessment of water blocks, pethidine, nitrous oxide, paracervical and epidural blocks in labour. *Int J Obstet Anesth* 1994;3:193-8.
7. Kangas-Saarela T, Bang U. Regional anaesthesia in Scandinavia. I: Reynolds F, ed. *Regional analgesics in obstetrics – a millennium update*. London: Springer, 2000:27-33.
8. Svangreomsorg. Retningslinjer og redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
9. [www.netdoktor.dk/](http://www.netdoktor.dk/) dec 2002.
10. [www.dsog.dk/](http://www.dsog.dk/) dec 2002.
11. Christiansen P, Klostergaard KM, Terp MR et al. Langtidshukommelse for fødesmerte. *Ugeskr Læger* 2002;164:4927-9.
12. Jackson A, Henry R, Avery N et al. Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know. *Can J Anesth* 2000;47:1068-73.
13. Siegmundfeldt H. Mild vej ud af fødesmerterne. *Helse* 1999, nr. 2.
14. Steensgaard P. Smertedyrkelsen. *Weekendavisen* d. 25.-31. januar 2002.
15. [www.sundhed.dk/](http://www.sundhed.dk/) dec 2002.
16. [www.netjordemoderen.dk/](http://www.netjordemoderen.dk/) dec 2002.
17. Jensen L. Livet smerten og fødslen. *Morgenavisen Jyllandsposten* 13. april 2002.
18. Graviditet, fødsel, det nyfødte barn. Allerød: SCA Hygiene Products, 1998.
19. Spellerberg E, Smidt-Jensen SL. En retrospektiv analyse af resultaterne af obstetriske akupunktur på Frederiksberg Hospital. *Ugeskr Læger* 2003;165:1023-7.

## Bør gravide, der ved terminen har formodet vandafgang, og hvor fosterets hoved er højtstående, transporteres liggende til fødestedet?

Inge Lise Nikolajsen

### Resumé

**Introduktion:** Højtstående hoved hos fosteret er en prædisponerende faktor for navlesnorsprolaps (NSP). I slutningen af graviditeten rådes gravide med normalt forløbende svangerskab derfor ofte til at lade sig transportere liggende til fødeafdelingen, hvis fostervandet afgår i hjemmet. Er liggende transport af denne gruppe gravide formålstjenlig?

**Materiale og metoder:** Der blev foretaget: 1) en gennemgang af fødsler på Sønderborg Sygehus med registreret NSP, 2) en måneds registrering af transportmåden af gravide indlagt til fødsel i Sønderjyllands Amt og 3) udsendelse af spørgeskemaer til landets fødesteder vedr. procedure/tradition og holdninger.

**Resultater:** På syv år og ni måneder forekom der otte tilfælde af NSP, som var relevante for denne undersøgelse. Kun ét tilfælde af NSP indtraf før aktiv fødsel og ankomst til fødeafdelingen. I registreringsperioden forekom der ingen tilfælde af NSP. 42 (20,9%) gravide var tilrådet at komme liggende til fødestedet. Der forekom 11 (5,5%) liggende transporter. En gravid, som blev transporteret liggende, havde ved ankomsten vandafgang og fosterets hoved stod højt. Blandt de gravide, der blev transporteret liggende, forekom der ingen tilfælde af NSP. Alle afdelinger i Danmark har procedurer/traditioner, som anbefaler liggende transport. Antallet af transporter registreres ikke. Specialisterne er splittede i holdningen til værdien af liggende transport.

**Diskussion:** Værdien af liggende transport kendes ikke, og en prospektiv, randomiseret undersøgelse er ikke mulig. Denne gennem-

gang af problemstillingen afslører meget ringe værdi af liggende transport. Fortsat anbefaling af liggende transport til denne gruppe af gravide med normalt forløbende svangerskab må være op til den enkelte afdeling.

Navlesnorsprolaps (NSP) – hvor en slynge af navlesnoren prolaberer forbi den ledende fosterdel og ud gennem livmodermunden – er en sjælden, men alvorlig fødselskomplikation med en rapporteret incidens på 1:160-714 fødsler [1]. Malpræsentation, lille foster, flerfoldsgraviditet, polyhydramnios, multiparitet >5 og spontan vandafgang før ledende fosterdel er vel indstillet i bækkenet anses for at være prædisponerende faktorer.

I Danmark indgår udvendig undersøgelse af abdomen som en obligatorisk del af svangreprofylaksen i tredje trimester. Med fjerde håndgreb vurderes ledende fosterdels indstilling i bækkenet. Hvis ledende fosterdel findes at »stå højt«, er der tradition for at anbefale den gravide at lade sig transportere liggende til fødestedet, hvis fostervandet afgår spontant.

Denne undersøgelse havde til formål at belyse, hvor udbredt denne tradition er, og om den er formålstjenlig: Mindsker liggende transport til fødestedet risikoen for eller komplikationerne ved NSP?