

OJÄMN FÖRDELNING AV OBSTETRISK ANALGESI

Mycket har förändrats i Sverige under de senaste 25 åren beträffande användning av smärtlindring vid förlossning. Trots att Sveriges riksdag 1971 uttalade att varje kvinna skall ha rätt till god smärtlindring vid sin förlossning föreligger fortfarande stora regionala skillnader beträffande både smärtlindringsmetod och i vilken utsträckning smärtlindring används. Smärtlindring med enbart lustgas är den metod som ökat mest sedan mitten av 1980-talet.

I Läkartidningen 26/72 redovisades i tretton artiklar de då aktuella obstetriska, anesthesiologiska, pediatrika och psykiatriska synpunkterna på smärtlindring vid förlossning. En genomgång av dessa artiklar idag speglar vilka dramatiska förändringar som skett under de senaste 25 åren. Dessa förändringar gäller såväl den praktiska handläggningen av obstetrisk smärta som synen på behovet av smärtlindring under förlossning och bakomliggande orsaker till förlossningssmärta.

Även om diskussioner mellan anes-

Författare

INGER AHLENIUS

leg läkare, kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm; medicinsk konsult, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, Stockholm

ANDERS ERICSON

pol mag, avdelningsdirektör, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen

VIVECA ODLIND

docent, överläkare, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; föredragande läkare, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen

PETRA OTTERBLAD OLAUSSON

fil kand, byrådirektör, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.

tesiologer och obstetriker i viss mån hade förts redan under 1950- och 1960-talen, var det först under början av 1970-talet som behovet av farmakologisk smärtlindring under förlossningen började uppmärksammas i större utsträckning. Tidigare hade den readska och neo-pavlovianska skolan utövat ett starkt inflytande på svenska obstetrikers inställning till förlossningssmärta, förespråkande att förlossningen såsom en fysiologisk process primärt inte är smärtsam. Den upplevda smärtan ansågs vara resultatet av nedärvda kulturella attityder [1] eller en av kultur och miljö betingad reflex [2].

Flera nordiska studier i början av 1970-talet belyste emellertid kvinnors behov av smärtlindring under förlossningen [3-6]. Även en gynnsam effekt på fostret av en god maternell smärtlindring noterades [7, 8]. Under starkt tryck från olika kvinnogrupper, allmänhet och massmedier uttalade Sveriges riksdag 1971 att varje kvinna skall ha rätt till adekvat smärtlindring vid sin förlossning [9]. Kvinnan skall ges möjlighet att minnas sin förlossning som en positiv händelse, i stället för en upplevelse av outhärdlig smärta.

Omfattande studie

I syfte att beskriva utvecklingen avseende obstetrisk analgesi i Sverige har vi med hjälp av det medicinska födelseregistret studerat trender i användningen av smärtlindring vid vaginal förlossning under perioden 1973 till 1995. Endast enkelbörder och levande födda barn har inkluderats, totalt drygt 2 100 000 förlossningar. Vi har studerat de vanligast förekommande farmakologiska metoderna, nämligen lumbal epiduralanestesi, paracervikalblockad, pudendusblockad, lustgas samt opioider.

Dessa metoder kan kombineras, men i denna rapport har användningen av de olika metoderna studerats var och en för sig.

Under hela den aktuella studieperioden har även andra farmakologiska smärtlindringsmetoder rapporterats till medicinska födelseregistret. Under de senaste åren har dessutom alternativa metoder tillkommit för obstetrisk

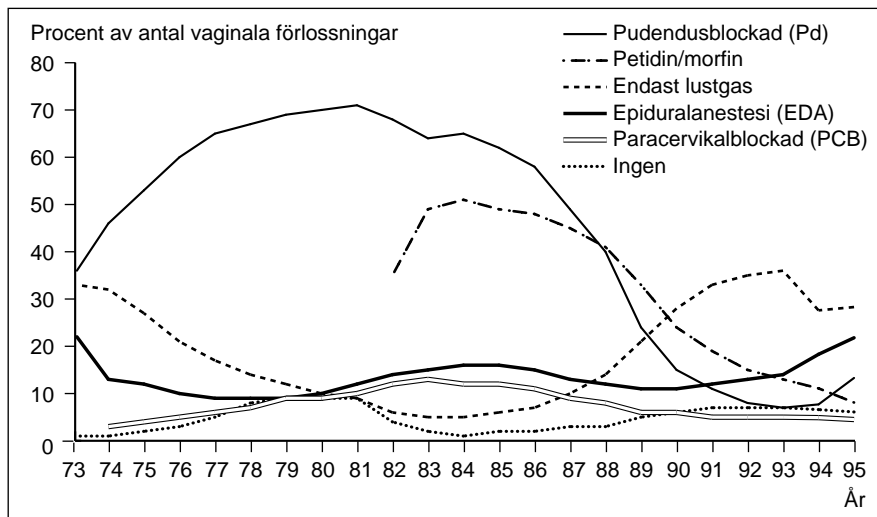
smärtlindring – t ex kvaddlar med sterilt vatten, transkutan nervstimulering (TNS) samt akupunktur – vilka numera rapporteras till registret. Omfattningen av dessa metoder har dock inte studerats i denna rapport.

Epiduralanestesi

Epiduralanestesi (EDA) är en ledningsanestesi som anläggs av anesthesiolog. Ett lokalanestetikum injiceras via en tunn kateter i det lumbala epiduralrummet. Katetern fixeras och ligger kvar under förlossningen; bedövningen kan således fyllas på vid behov eller infunderas kontinuerligt. Korrekt anlagd är detta en smärtlindring som är ofarlig för såväl mor som barn. Intensiv förlossningssmärta kan negativt påverka blodcirkulationen i placenta; EDA anses därför fördelaktig även från fostersynpunkt [10, 11]. EDA är den anestesiiform som ger den mest fullständiga smärtlindringen under förlossningen [12, 13]. Den kan normalisera ett alltför intensivt men ineffektivt värkarbete, s k hypertont värksvaghett, och i dessa fall påskynda förlossningen [14].

EDA har rapporterats leda till att flera förlossningar får avslutas instrumentellt, dvs med sugklocka eller förlossningstång, eller med kejsarsnitt. Osäkerhet råder dock om huruvida ett säkert kausalt samband finns [15]. Troligen påverkar en EDA i viss utsträckning värkarbetet negativt, men värkarbetets kvalitet och det sätt på vilket förlossningen handläggs har sannolikt större betydelse för förlossningsresultatet [16, 17].

En något annorlunda EDA, en »stand up»-EDA, har introducerats under senare år, vilken gör det möjligt för den blivande mamman att gå uppe under förlossningen. Detta åstadkoms genom att man till ett lokalanestetikum lagt en opioid, sufentanil. Härigenom har man kunnat reducera mängden lokalanestetikum, vilket är den komponent som ger motorisk påverkan [18, 19]. Den maximala dos sufentanil som härvidlag används är 30 mikrogram, vilken kan medföra pruritus, möjligen även nausea, som biverkning, medan risken för mer allvarliga biverkningar förknippade med opioider, såsom t ex



Figur 1. Utvecklingen av olika smärtlindringsmetoder i procent under perioden 1973–1995.

andningsdepression, torde vara väsentligen obefintlig vid denna dosering.

Paracervikalblockad

Paracervikalblockad (PCB) är också en effektiv ledningsanestesi. Den läggs runt cervix under öppningskedet, i allmänhet av förlossningsläkaren. Anestesimedlet är ett lokalbedövningsmedel, vanligtvis bupivakain. Flera studier har visat att en riktigt anlagd PCB har mycket god effekt mot förlossningssmärta [20, 21]. PCB rapporterades dock på 1960-talet kunna ge upphov till både fetal bradykardi och intrauterin fosterdöd [22, 23], varför metoden ifrågasattes. Efter detta har den dock modifierats; numera används en lägre dos anestesimedel, som anläggs med en s.k. Kobaknål, en specialnål med skyddshylsa vilken ger en säkrare anläggningsteknik. Man är dessutom noga med patientselektionen, så att PCB inte ges till kvinnor vars foster visat tecken på intrauterin asfyxi.

PCB har dock på grund av nämnda risker för barnet på många betraktats med tveksamhet, och medan PCB tidigare använts relativt frekvent i både Sverige och Finland har man i många länder utanför Norden tagit avstånd från denna anestesiform.

EDA och PCB är de mest resurskrävande metoderna, på grund av dels att EDA kräver anestesilog, dels att förlossningsförloppet efter anläggning av såväl EDA som PCB bör intensivövervakas med bl a kardiokografi.

Pudendusblockad

Pudendusblockad (Pd) innebär infiltration med lokalbedövningsmedel av pudendusnerverna vid deras passage nära spinae ischiadicae, och läggs av barnmorska i samband med utdrivningskedet. Pd kan användas som ett

komplement till t ex PCB för att få smärtlindring under utdrivningen. Riktigt anlagd ger den en fullgod anestesi vid ingrepp såsom perineotomi och vakuumentraktion, för vilka behov snabbt kan uppstå. Den ger dessutom fullständig smärtlindring för suturering i perineum och vagina post partum. Metoden är väsentligen riskfri för såväl mor som barn.

Pd medför en något försvagad krystreflex hos kvinnan, men förmågan att krysta är bibehållen, ibland till och med förbättrad på grund av smärtlindringen [24, 25].

Lustgas

Lustgas började användas inom obstetrik redan år 1880. Den tillförs tillsammans med syrgas och administreras via mask intermittent, vilket kvinnan kan sköta själv under hela förlossningen.

Ytterligare en fördel är att barnmorskan utan läkarordination kan initiera och övervaka denna smärtlindringsmetod, då den betraktas som säker.

Dess smärtlindrande effekt har dock bedömts som tillfredsställande av endast ca 50 procent av barnafödande kvinnor, och eftersom en för hög koncentration av lustgas leder till desorientering, kraftig dåsighet eller medvetlöshet hos kvinnan spärras apparaten vid en viss koncentration, vanligen 70 procent [26].

Opioider

Injektion av opioider, t ex petidin och morfin, har använts i flera decennier inom förlossningsvården. Man har ansett att opioider har en god effekt på förlossningssmärta, men flera studier tyder på att de vid vanligen tillämpade doser inte reducerar smärtintensiteten alls, utan ger en kraftigt sederande effekt [27–29].

Opioiderna passerar snabbt över placentabarriären och kan ge upphov till en

andningsdepression hos barnet [30, 31].

MATERIAL OCH METODER

Alla uppgifter i den översikt som redovisas här har hämtats från det medicinska födelseregistret vid Epidemiologiskt centrum inom Socialstyrelsen. Det medicinska födelseregistret inrättades år 1973, då man införde ett för hela Sverige enhetligt, strukturerat journal-system för mödrhälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. I detta ingick en särskild sammanfattning, det medicinska födelsemeddelandet (MFM), som för varje förlossning och nyfött barn insändes till Socialstyrelsen. Under 1982 då nya journalblanketter togs i bruk, förändrades även den medicinska födelseregistreringen genom att blanketten MFM ersattes med journalkopior, som i stället insändes till Socialstyrelsen. Förnyade översyner medförde att reviderade journaler togs i bruk även 1990 och 1995.

Uppgifter om smärtlindring vid förlossning har funnits i registret sedan 1973, men såväl sättet att registrera informationen som omfattningen av uppgifter om smärtlindring har förändrats. Under perioden 1973–1982 angavs en tresiffrig kod för smärtlindring.

Introduktionen av det reviderade journalsystemet under 1982 medförde att uppgifter om smärtlindring vid förlossning markerades med ett kryss i ruta för aktuell smärtlindringsform, respektive ingen farmakologisk smärtlindring. Tolv olika alternativ fanns tillgängliga i journalen, även möjligheten att notera »annan» vid behov.

Rapporteringen till födelseregistret under perioden 1973–1995 för de smärtlindringsformer som redovisas i denna rapport har skett på ett sätt som möjliggör tidsjämförelser. Ett undantag utgör rapportering av petidin/morfinderivat, som före 1982 underrapporterades i en sådan omfattning att en redovisning före 1982 inte är meningsfull. Anledningen till detta är att den under 1973–1981 använde kodförteckningen, »lathunden», över obstetriska diagnoser och ingrepp inte innehöll någon kod för petidin/morfinderivat. Övriga smärtlindringsmetoder som redovisas i denna rapport kunde återfinnas på nämnda »lathund».

Två mer omfattande utvärderingar av kvaliteten i det medicinska födelseregistret har företagits [32]. Resultaten av dessa genomgångar visade att den information som överförs till födelseregistret fångas mer effektivt med »checkboxar» än med skriven text, vilket i hög grad gällde uppgifter om smärtlindring. Antalet fel i registret i form av felskrivningar och utelämnade

ANNONS

uppgifter var mångdubbelt större under perioden 1973–1981 än senare. Efter 1982 kan kvaliteten och fullständigheten i uppgifterna betraktas som goda och tillförlitliga. Även uppgifter som insamlats före 1982 kan dock betraktas som fullt tillfredsställande för denna översikt.

RESULTAT Tidstrender

Användningen av EDA ökade kontinuerligt från 1 procent 1973 till 16 procent under mitten av 1980-talet (Figur 1). Från 1985 minskade användningen av EDA till som lägst 11 procent 1989–1990. Därefter har användningen åter ökat, och låg 1995 på 22 procent. Användningen av PCB följde fram till början av 1990-talet samma mönster som EDA, men i stället för att som EDA öka under 1990-talet har användningen av PCB successivt minskat (Figur 1).

Pd var den analgesiform som tillsammans med enbart lustgas var vanligast i början av 1970-talet. Medan enbart lustgas minskade fram till mitten av 1980-talet, sågs en kraftig ökning av Pd fram till 1981, då Pd användes vid 71 procent av förlossningarna. Under senare delen av 1980-talet har det dock skett en dramatisk nedgång: till 6 procent 1995. Användningen av enbart lustgas har efter 1983–1984 åter ökat (Figur 1).

På grund av ändrade rutiner 1982 för rapportering av petidin/morfinderivat till det medicinska födeleregistret kan användningen dessförinnan ej bedömas. Dessa preparat användes dock som mest i mitten av 1980-talet (51 procent), för att därefter minska successivt: till 8 procent av förlossningarna 1995 (Figur 1).

År 1973 skedde 22 procent av samtliga förlossningar utan någon rapporterad farmakologisk smärtlindring. Denna siffra minskade därefter till som lägst 1 procent 1984, men har under andra hälften av 1980-talet och 1990-talet åter ökat (Figur 1).

Sjukhustyper

I denna rapport har vi utnyttjat en nivåindelning av förlossningssjukhusen som innebär fyra olika typer: regionsjukhus (I), länsjukhus (II), länsdelssjukhus med specialiserad förlossningsklinik men utan barnklinik (III), samt länsdelssjukhus utan specialiserad förlossningsavdelning och utan barnklinik, där kvinnan förlöses på kirurgkliniken (IV).

EDA har, som en resurskrävande analgesimetod, varit vanligare på de större sjukhusen än på de mindre (Tabell I). Användningen av EDA har emellertid ökat avsevärt vid de mindre

Tabell I. Procentuell smärtlindringsfrekvens per sjukhustyp. Sjukhustyp I + II avser regionsjukhus och länsjukhus; sjukhustyp III + IV länsdelssjukhus och sjukhus utan kvinnoklinik.

| Typ av smärtlindring | 1973–1979 Sjukhustyp | | 1980–1989 | | 1990–1995 | |
|----------------------------|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | I + II | III + IV | I + II | III + IV | I + II | III + IV |
| Epiduralblockad | 5 | 3 | 15 | 8 | 16 | 12 |
| Paracervikalblockad | 6 | 1 | 11 | 6 | 5 | 4 |
| Pudendusblockad | 59 | 49 | 55 | 59 | 9 | 11 |
| Petidin/morfinderivat | – | – | 43 | 47 | 14 | 19 |
| Endast lustgas | 24 | 22 | 11 | 7 | 33 | 27 |
| Antal förlossningar | 416 387 | 214 919 | 625 115 | 239 817 | 458 784 | 146 169 |

sjukhusen och används idag i nästan lika stor utsträckning som vid de större sjukhusen. Också när det gäller PCB kan en tendens till utjämning av skillnaderna skönjas på 1990-talet. Användning av Pd var både under 1980- och 1990-talen vanligare på de mindre sjukhusen än på de större.

Den vanligaste formen av smärtlindring idag är enbart lustgas, som används oftare på de större än på de mindre sjukhusen. Trots att användningen av petidin/morfinderivat har minskat kraftigt, är detta fortfarande på 1990-talet den smärtlindringsform som näst efter enbart lustgas är den vanligaste på de mindre sjukhusen.

Regionala skillnader

Stora regionala skillnader i användningen av olika smärtlindringsmetoder föreligger under 1990-talet mellan olika landsting (Tabell II).

Således användes EDA vid 20–23 procent av förlossningarna i Örebro, Stockholms och Jämtlands län, men endast vid 5–6 procent av förlossningarna i Norrbottens, Kristianstads och Jönköpings län. Av förstföderskorna fick 1995 endast 16 procent EDA på Gotland, 20 procent i Norrbottens och Kristianstads län, medan över hälften av förstföderskorna i Örebro län fick EDA. Mycket stora regionala skillnader förelåg även beträffande PCB.

Användningen av Pd var störst i Västmanland och Östergötland, där metoden förekom vid cirka var femte förlossning, medan Pd användes vid endast 1 procent av förlossningarna i Malmö kommun.

Även användningen av opioiderna petidin/morfin varierade från att ges vid var tredje förlossning i Malmö kommun och Södermanlands län, men endast i mycket liten utsträckning i Göteborgs kommun och Blekinge län (3 procent respektive 5 procent).

Lustgas som enda smärtlindringsmetod förekom vid över 40 procent av förlossningarna i vissa län, medan i andra län endast ca 20 procent av kvinnorna använde enbart lustgas.

Ingen farmakologisk smärtlindring

under förlossningen noterades för drygt 15 procent av kvinnorna i Norrbotten, Kopparbergs och Malmöhus län, medan i Göteborgs och Bohus län, Blekinge samt Hallands län endast 3 procent av kvinnorna födde barn utan farmakologisk smärtlindring.

Mödraålder, paritet och nationalitet

Vid analys av smärtlindring i relation till mödraålder, paritet och nationalitet framkom inga tydliga tidstrender. Resultaten nedan hänför sig därför till hela perioden 1973–1995.

Det är pariteten, dvs förstföderska eller omföderska, i betydligt mindre utsträckning moderns ålder, som har störst betydelse för användningen av smärtlindring. EDA gavs fyra till fem gånger oftare till förstföderskor än till omföderskor. EDA var vanligast hos tonårsmammor och kvinnor över 30 år. Den åldersrelaterade variationen i användningen av EDA var mer uttalad hos förstföderskor än hos omföderskor.

Även beträffande smärtlindring med PCB, Pd, petidin/morfin, endast lustgas respektive ingen smärtlindring alls var det pariteten som var avgörande, i ingen eller endast liten utsträckning moderns ålder. Av förstföderskorna födde 4 procent utan farmakologisk smärtlindring, medan motsvarande siffra var 8 procent för I-parae och 15 procent för III-parae. 13 procent av förstföderskorna men 23 procent av omföderskorna fick enbart lustgas som smärtlindring.

Vid en genomgång av användningen av farmakologisk smärtlindring i relation till kvinnans nationalitet kunde inga egentliga skillnader noteras mellan svenska kvinnor och kvinnor med nordisk eller utomnordisk nationalitet.

Barnets födelsevikt

Ett relativt begränsat samband mellan barnets födelsevikt och förekomst av smärtlindring kunde noteras (Tabell III). Med undantag för petidin/morfin användes dock smärtlindring i mindre utsträckning vid förlossningar med mycket små barn. PCB användes myc-

Tabell II. Procentuell smärtlindringsfrekvens i olika landsting 1990–1995.

| Landsting | Antal förlossningar | EDA | PCB | Pd | Petidin/morfin | Endast lustgas | Ingen | EDA bland förstföderskor 1995 |
|-------------------------|---------------------|-----|-----|----|----------------|----------------|-------|-------------------------------|
| Stockholm | 123 006 | 21 | 3 | 11 | 15 | 31 | 8 | 39 |
| Uppsala | 20 328 | 14 | 2 | 2 | 21 | 32 | 10 | 39 |
| Södermanland | 17 359 | 11 | 11 | 16 | 32 | 23 | 8 | 35 |
| Östergötland | 29 055 | 17 | 13 | 21 | 25 | 19 | 8 | 44 |
| Jönköping | 22 967 | 6 | 1 | 7 | 27 | 33 | 4 | 24 |
| Kronoberg | 11 733 | 10 | 1 | 9 | 18 | 29 | 7 | 35 |
| Kalmar | 15 933 | 17 | 9 | 7 | 16 | 29 | 6 | 40 |
| Gotland | 3 860 | 9 | 7 | 18 | 16 | 25 | 11 | 16 |
| Blekinge | 9 352 | 13 | 13 | 8 | 5 | 32 | 3 | 33 |
| Kristianstad | 18 138 | 6 | 15 | 4 | 7 | 30 | 6 | 20 |
| Malmö kommun | 15 622 | 10 | 0 | 1 | 34 | 26 | 11 | 26 |
| Malmöhus | 40 307 | 14 | 0 | 4 | 17 | 33 | 15 | 35 |
| Halland | 17 221 | 17 | 3 | 4 | 8 | 41 | 3 | 45 |
| Göteborgs kommun | 35 730 | 15 | 9 | 8 | 3 | 38 | 6 | 42 |
| Göteborgs och Bohus län | 25 618 | 16 | 3 | 11 | 9 | 45 | 3 | 30 |
| Älvsborg | 26 147 | 10 | 8 | 8 | 8 | 38 | 4 | 25 |
| Skaraborg | 18 969 | 11 | 11 | 4 | 10 | 32 | 5 | 34 |
| Värmland | 17 749 | 18 | 4 | 20 | 13 | 30 | 6 | 47 |
| Örebro | 19 255 | 23 | 2 | 3 | 24 | 25 | 7 | 54 |
| Västmanland | 16 874 | 14 | 7 | 22 | 21 | 27 | 8 | 39 |
| Kopparberg | 20 048 | 17 | 1 | 4 | 6 | 39 | 15 | 43 |
| Gävleborg | 18 527 | 8 | 1 | 2 | 11 | 33 | 9 | 26 |
| Västernorrland | 16 392 | 13 | 0 | 10 | 15 | 36 | 10 | 30 |
| Jämtland | 8 645 | 20 | 0 | 8 | 13 | 22 | 9 | 34 |
| Västerbotten | 18 441 | 13 | 18 | 17 | 12 | 25 | 11 | 32 |
| Norrbotten | 17 300 | 5 | 2 | 7 | 22 | 27 | 15 | 20 |
| Riket | 604 576 | 15 | 5 | 9 | 15 | 31 | 8 | 35,9 |

ket restriktivt då barnets vikt var <1 500 g, och EDA användes mindre frekvent vid födelsevikt <1 000 g. Även Pd användes i minskande frekvens vid förlossningar med lägre födelsevikter. Andra faktorer än födelsevikten som kan ha påverkat valet eller behovet av smärtlindring har inte analyserats.

Säsongsvariation

Varken användningen av smärtlindring eller valet av analgesimetod visade någon uttalad säsongsvariation. En mindre avvikelser från månad till månad kan iaktas, men ingen klar trend i variabiliteten kan skönjas.

KOMMENTAR

Syftet med denna rapport är att belysa utvecklingen av obstetrisk smärtlindring i Sverige. Genom storleken på materialet i det medicinska födelseregistret kan studien sägas ge en tillförlitlig bild av både utvecklingen över tid och regionala variationer, även om rapporteringsfel kan förekomma. Under de allra senaste åren har stora förändringar skett i användningen av obstetrisk smärtlindring, dels genom ökad tillgång till alternativa metoder såsom akupunktur och TNS, dels genom introduktionen av »stand up»-EDA, som snabbt vunnit stor acceptans hos både patienter och personal på många förlossningsavdelningar.

Många olika faktorer styr

Användningen av smärtlindringsmetoder under förlossning styrs sannolikt av en mängd olika faktorer, där kvinnans egen upplevelse och uttalade behov endast är en sådan faktor. Inställningen till smärtlindring hos barnmorskan och obstetrikern på förlossningsavdelningen, liksom den information om smärtlindring kvinnan fått på mödravårdscentralen, har i Sverige stor betydelse. Paritet har betydelse, eftersom flera rapporter tyder på att smärtupplevelsen är mer intensiv hos förstföderskor än hos omföderskor [33]. Detta avspeglas också i denna studie, där användningen av t ex EDA var betydligt större hos förstföderskor än hos omföderskor. Sannolikt underskattas dock behovet av smärtlindring hos omföderskor, som upplever lika stark smärta under det aktiva öppningsskedet som förstföderskor [13, 34]. 89 procent av förstföderskorna och 84 procent av omföderskorna beskrev i en studie att de

hade mycket kraftig eller outhärdlig smärta under öppningsskedet [13].

Valet av smärtlindring kan även påverkas av säkerhetsaspekter beträffande mamma och barn. Egen och nära anhörigas inställning till förlossning och smärtlindring, påverkan av mödravårdspersonalen under föräldraförberedelsen, liksom tillgång till personal som kan ge god smärtlindring på den egna förlossningskliniken är andra faktorer som kan styra användningen av olika typer av obstetrisk smärtlindring.

Från den aktuella genomgången är det uppenbart att det finns stora variationer i synen på obstetrisk smärtlindring som troligen beror mer på vårdtraditioner och/eller trender inom professionen än utgör en spegling av kvinnans eget behov.

Efterfrågan på »naturlig» förlossning

Störst användning av obstetrisk smärtlindring hade man i mitten av

Tabell III. Födelsevikt i relation till smärtlindring 1990–1995.

| Födelsevikt, gram | EDA | PCB | Pd | Petidin/morfin | Endast lustgas | Ingen |
|-------------------|-----|-----|----|----------------|----------------|-------|
| <1 000 | 11 | 2 | 4 | 15 | 27 | 12 |
| 1 000–1 499 | 16 | 1 | 6 | 10 | 31 | 11 |
| 1 500–2 499 | 16 | 2 | 7 | 13 | 32 | 9 |
| 2 500–4 499 | 15 | 5 | 9 | 16 | 31 | 8 |
| 4 500– | 15 | 6 | 11 | 13 | 33 | 7 |

ANNONS

1980-talet. Därefter skedde en nedgång, som kanske kan förklaras av en ökad efterfrågan på s k naturlig förlossning. Under samma tid pågick en livlig diskussion om hemförlossningar, inreddes hemlika rum på förlossningsavdelningarna och höjdes röster för förlossning utan farmakologisk smärtlindring.

Lustgas har ökat mest

40 procent av barnaföderskorna föder idag utan farmakologisk smärtlindring eller med enbart lustgas. Enbart lustgas är den smärtlindringsmetod som ökat mest sedan mitten av 1980-talet. Pudendusblockad fick mycket stor spridning när metoden introducerades, troligen på grund av att barnmorskorna själva kunde ge blockaden. En effekt av Pd är dock att utdrivningsskedet förlängs något [25].

Den mycket kraftiga nedgången i användningen av pudendusblockad är dock svår att förklara, speciellt som metoden inte i lika stor utsträckning tycks ha ersatts av något annat. Troligen avspeglar denna nedgång en uppfattning bland barnmorskor att metoden leder till värksvaghet under utdrivningen, vilket medför att partus försenas något. Den minskade användningen kan också bero på bristande kunskaper om blockad, dålig blockadeteknik, m m. Någon vetenskaplig utvärdering som skulle kunna förklara denna dramatiska nedgång har inte gjorts.

Nya studier visar att petidin/morfin givet parenteralt vid vanligen tillämpade doser inte har någon egentlig effekt på förlossningssmärta [27-29, 35]. Användningen har minskat, speciellt på större, mer välutrustade sjukhus. Det finns dock kliniker där dessa preparat fortfarande används i stor utsträckning.

En intressant iakttagelse i denna studie är att nationaliteten inte tycks inverka på användningen av smärtlindring vid förlossning, vilket också tidigare visats [36]. Det är dock känt att olika etniska grupper ger uttryck för smärta på olika sätt [37]. Kvinnor som föder barn i Sverige kommer ju från ett stort antal länder och kulturer, och det faktum att de i detta avseende är lika nordiska kvinnor antyder att lokala traditioner på förlossningskliniken har större betydelse för smärtlindringsutbudet än kvinnans egen inställning.

En tidigare studie [36] har visat betydande dygnsvariation beträffande användandet av EDA och PCB, vilka anlades i betydligt mindre utsträckning på natten än dagtid. Petidin/morfin och Pd, dvs analgesiformer som inte kräver läkarmedverkan utan administreras av barnmorskorna själva, visade ingen

dygnsvariation, vilket tyder på att det rör sig om en resursfråga.

Förlossningens progress oförutsägbar

Förlossningssmärta är för de flesta kvinnor den starkaste smärta de någonsin upplever i livet. Det är den enda situationen inom sjukvården då man under läkares och annan vårdpersonals tillsyn accepterar att en individ har så ont. Sannolikt är behovet av smärtlindring under förlossning betydligt större än vad som avspeglas i användningen av obstetrisk smärtlindring. I en studie förväntade sig 90 procent av kvinnorna före förlossningen att de sannolikt skulle komma att behöva farmakologisk smärtlindring, men 82 procent ville avvakta förlossningens förlopp och ha smärtlindring först när smärtan blev mycket kraftig. Detta var också inställningen hos kvinnor som tidigare fött flera barn [13].

De flesta kvinnor har således inställningen före förlossningen att de vill försöka föda utan farmakologisk smärtlindring. Samma studie visade att av de kvinnor som före förlossningen varit inställda på att inte använda någon farmakologisk smärtlindring ändrade sig 52 procent under förlossningens gång [13]. Av kvinnor som intervjuades direkt efter sin förlossning upplevde 50 procent att de fått för lite smärtlindring, trots att god smärtlindring funnits att tillgå [13].

Förlossningens progress är oförutsägbar, även hos omföderskor, och det är viktigt att inte ge kvinnan en känsla av misslyckande om hon ändrar sig under förlossningsarbetet och då önskar smärtlindring.

Behovet av smärtlindring med EDA har skattats till nästan 70 procent hos förstföderskor, till 30-40 procent hos omföderskor, dvs betydligt större än vad användningen avspeglar idag [13]. Vi har 1997 helt andra möjligheter än för 25 år sedan att erbjuda god och säker smärtlindring vid förlossning. Det är viktigt att vara observant på vad det är som styr utbudet av obstetrisk smärtlindring, och så långt som möjligt låta kvinnans egna behov och önskemål vara vägledande.

Referenser

1. Dick-Read G. Natural childbirth. London: Heinemann, 1933.
2. Fällman M, Kebbon M, Nilsson BA, Zador G. Smärtupplevelse och behovet av smärtlindring under förlossning. *Läkartidningen* 1974; 71: 1407.
3. Thalme B, Belfrage P, Raabe N. Lumbar epidural analgesia in labour. I. Acid-base balance and clinical condition of mother, fetus and newborn child. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1974; 53: 27.
4. restedt L, Lagercrantz H, Belfrage P. Cau-

ses and consequences of maternal and fetal sympathoadrenal activation during parturition. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 118: 111-5.

5. Joupila P, Joupila R, Hollmén A, Koivula A. Lumbar epidural analgesia to improve intervillous blood flow during labour in severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 59: 158-61.
6. Scott DB. Analgesia in labour. *Br J Anaesth* 1977; 49: 11-7.
7. Ranta P. Labour pain and its relief. A survey of 1091 Finnish parturients [dissertation]. Oulu: University of Oulu, 1995. Acta Universitatis Ouluensis Medica 1995, D 329.
8. Carli F, Creagh-Barry P, Gordon H, Logue MM, Dore CJ. Does epidural analgesia influence the mode of delivery in primiparae managed actively? A preliminary study of 1250 women. *International Journal of Obstetrics and Anaesthesiology* 1993; 2: 15-20.
9. Chestnut DH, Laszewski LJ, Pollack KL, Bates JN, Manago NK, Choi WW. Continuous epidural infusion of 0.0625% bupivacaine-0.0002% fentanyl during the second stage of labor. *Anesthesiology* 1990; 72: 613-8.
10. Jägerhorn M. Paracervical blocks in obstetrics. An improved injection method. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1975; 54: 9-27.
11. Schneider SM, Asling JH, Holl JW, Margolis AJ. Paracervical block anesthesia in obstetrics. Fetal complications and neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 15: 619-25.
12. Ahlström K, Gustafson I, Wallin MB. Rutinmässiga pudendusblockader vid förlossningar. *Läkartidningen* 1972; 69: 3147-9.
13. Parbrook GD. The levels of nitrous oxide analgesia. *Br J Anaesth* 1967; 39: 974-82.
14. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Granström L, Irestedt L. Analgesic efficacy of intravenous morphine in labour pain - a reappraisal. *International Journal of Obstetrics and Anaesthesiology* 1996; 5: 176-80.
15. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Intravenously administered morphine and pethidine lack analgesic effect on labour pain: a double blind study. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 968-72.
16. Belfrage P, Boreus LO, Hartvig P, Irestedt L, Raabe N. Neonatal depression after obstetrical analgesia with pethidine. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 43.
17. Gerdin E. Morphine and pregnancy [dissertation]. Uppsala: Uppsala universitet, 1991. Acta Universitatis Upsaliensis nr 293.
18. Cnattingius S, Ericson A, Gunnarskog J, Källen B. A quality study of a medical birth registry. *Scand J Soc Med* 1990; 18: 143-8.
19. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J* 1981; 125: 357-63.
20. Gerdin E, Cnattingius S. The use of obstetric analgesia in Sweden 1983-1986. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 789-96.

En fullständig referensförteckning kan kvireras från Dr Inger Ahlenius, Kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Box 140, 171 76 Stockholm.