

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:07.03.2024/07.03.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklivnikken/Fødeavdelingen	Versjon: 7.00
Godkjenner: Kessler, Jørg	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Hummelsund, Kari; Grande, Silje Molvik	Dok.id: D13899

Innhold

1	Hensikt	1
2	Målgruppe og avgrensning	1
3	Planlegging av epidural	1
4	Epiduralbestilling	2
5	Dosering	3
6	Klargjøring av epiduralsprøyte	3
7	Jordmors oppgaver	4
8	Observasjoner av effekt og evt. bivirkninger	4
9	Overvåkning av fosterlyd i forbindelse med epidural	4
10	Seponering av epiduralkateter	5
11	Endringer siden forrige versjon.....	5

1 Hensikt

Felles forståelse for rutiner og ansvar vedrørende fødepidural.

Denne retningslinjen er et tillegg, en presisering til KSK's retningslinje: [Fødepidural](#)

Informasjonsskriv vedrørende fødepidural utarbeidet av KSK: [Fødepidural - informasjonsskriv](#)

2 Målgruppe og avgrensning

Gynekolog, jordmor og anestesilege.

3 Planlegging av epidural

Kvinner som anbefales epidural på medisinsk indikasjon, eller som har eget ønske om epiduralsmertelindring, bør få anlagt epidural.

Epidural smertelindring legges av anestesilege og kan legges når som helst gjennom fødselen. Epiduralkateter kan legges selv om kvinnen ikke har umiddelbart behov for smertelindring og aktiveres på et senere tidspunkt.

Hos friske fødekvinne danner helsekortet samt jordmors dokumentasjon i Natus tilstrekkelig grunnlag for anestesivurdering. Hos syke fødekvinne har vakthavende gynekolog ansvar for at all relevant informasjon er tilgjengelig for anestesilegen, enten som journalnotat i DIPS eller ved direkte lege-til-lege kontakt.

Anestesilegen setter seg inn i kvinnens fødejournal i Natus og i hennes eventuelle sykehistorie i DIPS før tilsyn. Unntatt er bare øyeblikkelig hjelp når der har vært direkte kontakt med vakthavende gynekolog.

Anestesilege kontakter vakthavende gynekolog og skriver et notat i DIPS:

- når en velger å sette fødespinal i stedet for fødeepidural
- ved komplikasjoner som affiserer fosterlyd og/eller fødekvinnens allmenntilstand.
- når man avslår et sterkt ønske om fødeepidural.
- når hun/han finner anesthesiologiske kontraindikasjoner til en epiduralbedøvelse som er obstetrisk indisert.

Kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner eller kjent/mistenkt trombocytopeni av annen årsak, tar blodprøve mtp. trombocytt tall før EDA kan legges. Prøven bør ikke være eldre enn to timer når EDA legges.

Jordmor tar i tillegg direkte kontakt med anestesilege ved:

- overgrepssproblematikk
- manglende samarbeidsevne hos fødekvinnen
- andre relevante forhold som ikke fremgår av rekvisisjonen i Orbit

4 Epiduralbestilling

Epidural bestilles i orbit med tidsfrist innen 4 timer og legges fortløpende i samsvar med annen aktivitet. Dersom kvinnen har behov for epidural raskt av medisinske årsaker, eller ved smerter der jordmor eller gynekolog vurderer at kvinnen ikke kan vente, skal jordmor eller gynekolog kontakte anestesilegen for anleggelse av epidural så raskt som mulig.

Anestesilege er med på ettermiddags legevisitt. Anestesilegen kommer innom fødeseksjonene før midnatt for å få oversikt/planlegging sammen med ansvarsvakt. Anestesilegen vil tilstrebe å komme på visitt til fødeseksjonene kl 24.00, kl 03.00, kl 06.00. I disse tidsrommene vil man legge epiduraler som er meldt i Orbit. Ved behov for epiduralinnleggelse eller tilsyn utenom de planlagte visitt tidspunktene skal anestesilegen kontaktes direkte.

I tidsrommet 06.00 - 08.00 prioriteres kun epiduraler som må legges umiddelbart av medisinske grunner (inkluderer smertetilstander der jordmor/ lege vurderer at kvinnen ikke kan vente).

5 Dosering

Anestesilege doserer infusjonshastighet (ml/t) på epiduralskjema, og hva som er maks dose (ml/t)

I tillegg doseres bolus størrelse (ml) og hvor hyppig den kan gis på epiduralskjema.

OBS: Det skal ikke brukes Sufenta® ved følgende tilstander:

- Preeklampsi med IUGR
- Prematuritet <32 uker

6 Klargjøring av epiduralsprøyte

1. Anestesisykepleier blander første sprøyte når epidural er anlagt.
2. Jordmor blander selv sprøyte nummer to. Holdbar i 24 timer etter utblanding.

HUSK: Dobbeltsignatur i narkotikaregnskap når vi låser ut Sufenta® for å lage blandingen.

HUSK: Dobbeltkontroll når du klargjør blandingen. Dette klistremerke festets på sprøyten. Ligger på medisinerrommet.

Dato:	Kl:	Sign:
Ropivacaine 1mg/ml		
m/Sufentanil 0,75microgr/ml		
Utblanding:		
0,75 ml Sufentanil 50mikrogr/ml +		
24,25ml NaCl 9mg/ml+		
25ml Ropivacain 2mg/ml		

Til 1 stk. 50 ml sprøyte bruker vi:

Sufenta® 50 microgram/ml	0,75 ml
Ropivacain® 2mg/ml	25 ml
NaCl 9mg/ml	24,25 ml
Til sammen	50,00 ml

3. Ved behov for ytterligere påfyll av epidural etter sprøyte nummer to, går en over til ren Ropivacain® 2mg/ml. Følg ordineringsplan på epiduralskjema.

7 Jordmors oppgaver

- Ta TPK dersom det er påkrevd, svaret legges inn i orbit bestillingen.
- Dersom kvinnen anvender blodfortynnende medikamenter, konferer med anestesilege ifht tidspunkt for anleggelse av epiduralkateter.
- Sørg for at kvinnen har lest/fått lest opp informasjonsskriv vedrørende epiduralinnleggelse.
- PVK (grønn)
- Sørg for at helsekort er tilgjengelig
- Sprøytepumpe, BT måler og krakk som kvinnen skal ha beina på må være tilgjengelig.
- Jordmor må være tilstede på fødestuen under prosedyren.
- Ha CTG bånd klart, og koble til CTG når epidural er anlagt.
- Ved mistanke om alvorlige reaksjoner ta kontakt med anestesilege, for eksempel pareser, nedsatt førlighet og anafylaktisk reaksjon.
- Kontrollerer at epidural kateteret ligger på plass/tape holder når epidural kateter ligger inne over tid
- Epidural kateter som ikke er i bruk, skal skylles med 5 ml NaCl 9mg/ml hver 12. time.

8 Observasjoner av effekt og evt. bivirkninger

- Bolus kan gis 1-2 gg/time. Dersom det er behov for bolus skal EDA infusjonen økes med 1 ml inntil maks dose. Dersom kvinnen ikke får bedret smertelindring etter 2-3 boluser, maks innstilling på infusjonshastighet eller ensidig effekt, tilkalles anestesilege for å vurdere effekten av epiduralen eller om den må legges om.
- Anestesilege skal alltid tilkalles dersom kvinnen viser tegn til å få svekket muskelkraft, får lammelser i beina eller får veldig god smertelindring (bedøvet). Anestesilege må informeres dersom pasienten får pustebesvær eller lavt blodtrykk.
- Når man benytter ren Ropivacain® 2mg/ml vil kvinnen kunne bli mer «bedøvet» og ikke lenger kunne stå/gå. Ut over det er det ingen forskjeller i observasjoner eller tiltak.

9 Overvåking av fosterlyd i forbindelse med epidural

- a. Ved etablering av epidural ved lav-risiko fødsel: Elektronisk overvåking i ½ time. Dersom fosterlyden da er normal, overvåkes videre med stetoskop/doppler.
- b. Ved skifte av blanding overvåkes fosterlyden elektronisk i ½ time.

- c. Ved blodtrykksfall overvåkes fosterlyden elektronisk inntil blodtrykk og fosterlyd er normale, minst ½ time.

10 Seponering av epiduralkateter

OBS! Det skal gå 10 timer fra Fragmin-dose er gitt til kateteret fjernes.

Ny Fragmindose gis tidligst 4 timer etter fjerning.

- OBS: TPK, der den er ≤ 100 konferer anestesilege før seponering.
- Epiduralkateter seponeres 2-3 timer postpartum. Kateteret skal være seponert før kvinnen defineres som en barselkvinne.
- For å minske motstanden ved fjerning av kateteret bør pasienten ligge i sideleie med bøyd rygg.
- Observer at hele kateteret kommer ut. Det er markeringer på de første 20 cm. Dekk med en liten steril bandasje

11 Endringer siden forrige versjon

Oppdatert retningslinje og satt inn i ny mal.

16.02.24: Endringer i bestillingsrutiner samt lagt til et kapittel (kap. 8) om observasjoner knyttet til effekt og evt. bivirkninger.