

# Bör antalet kejsarsnitt minska?

Säker förlossning viktigast, mer stöd krävs för att motivera till vaginal förlossning



**ELLIKA ANDOLF**, docent, universitetslektor, institutionen för kliniska vetenskaper, Karolinska institutet; överläkare, Danderyds sjukhus, Stockholm  
 elli.ando@ds.se

Mycket har hänt sedan 1700-talskirurgen och obstetrikern Herman Schützer gjorde det första kejsarsnittet i Sverige, aktualiserat i höst genom Agneta Pleijels roman »Drottningens kirurg«. I veckans nummer av Läkartidningen belyses i några artiklar den under de senaste åren ökande kejsarsnittsfrekvensen i Sverige.

Ylva Vladic Stjernholm framför att den ökande kejsarsnittsfrekvensen har skadliga effekter på individen, sjukvården och samhället och att mortalitet och morbiditet är högre för mor och barn efter kejsarsnitt. Hon anser att mödravården bör förbättras för att antalet kejsarsnitt skall kunna minskas.

Ingegerd Hildingsson och medarbetare redovisar resultatet från en enkät ställd till barnmorskor och obstetrik. Ett av resultaten var att man ansåg att kejsarsnittsfrekvensen var för hög, men att man inte handlade enligt denna åsikt.

Elsa Lena Ryding och Hanna Åmark redovisar en kvalitativ studie av kvinnor med förlossningsskräck. Kvinnor som är svårt sargade av andras berättelser om förlossningar och av sin egen skräck att föda har intervjuats. Författarna förordar att vaginalförlossningarna måste förbättras för att minska risken för att dessa kvinnor skall bli föremål för kejsarsnitt.

## Merparten är akuta kejsarsnitt

Ökningen av antalet kejsarsnitt beror på många faktorer, varav en del är svåra att påverka. Kvinnorna är äldre (1973 var medelåldern för förstföderskor 24 år, 2000 var den 28 år), har högre BMI, barnen är större (1973 vägde mindre än 3 procent av de nyfödda 4 500 gram eller mer, 2000 var den siffran nästan 4,5 pro-

cent), fler har tidigare genomgått kejsarsnitt, fler kvinnor födda utanför Europa föder barn i Sverige, och tvillinggraviditeterna är fler.

Alla dessa faktorer korrelerar till risken för kejsarsnitt [1]. Vidare är sätesbjudning numera en medicinsk indikation för kejsarsnitt.

De kejsarsnitt som vi skulle ha störst möjlighet att undvika är de som görs akut och de som görs på humanitär indikation. Mellan hälften och två tredjedelar av alla kejsarsnitt i Sverige är akuta kejsarsnitt. Att kejsarsnitt på humanitär indikation ökar är sannolikt men inte helt klarlagt; registreringen är ofta osäker.

Internationellt anses att mellan 4 och 18 procent av alla kejsarsnitt görs på kvinnans önskan [2]; i Sverige har en frekvens på åtminstone 7 procent [1] rapporterats.

## Riskerna dåligt belysta

Hur farligt ett kejsarsnitt är beror mycket på indikationen. Akuta kejsarsnitt är alltid farligare än planerade. Riskerna ökar för varje kejsarsnitt en kvinna genomgår, men kvinnor som förlöstes med kejsarsnitt föder färre barn. Befintlig forskning om effekter av kejsarsnitt på kort och lång sikt i jämförelse med vaginal förlossning är av lågt evidensvärde, och indikationen är inte ens alltid angiven [2].

Planerat kejsarsnitt på friska kvinnor medför en mindre risk men är föga studerat [3]. Det finns bara en randomiserad studie men då med barnen i sätesändläge varför möjligheten till bedömning av effekter på barnet är begränsad. Studien visar ingen stor skillnad i komplikationer för kvinnan på kort sikt [4, 5].

I februari 2007 kom en kanadensisk databasstudie på mer än 2 miljoner kvinnor, vilken visade att planerat kejsarsnitt leder till en trefaldig ökning av maternella komplikationer som infektion och trombos samt hjärtkomplikationer jämfört med planerad vaginal förlossning. Eftersom studien var så stor kunde även risken för ovanliga komplikationer beräknas [6].

Att döma av den övriga forskning som



Foto: Constantino Margiotta/Science Photo Library

Kejsarsnitt är ibland en nödvändighet för att ge en säker förlossning – men inte alltid.

finns är det möjligt att kejsarsnitt skyddar bäckenbotten om kvinnan har förlöst endast på detta sätt.

Etiologin till bäckenbottensjukdomar är dock multifaktoriell, och det är svårt att gardera sig mot risken för störfakto-

## SAMMANFATTAT

**Varje förlossning** måste vara så säker som möjligt för såväl kvinnan som barnet. Normal vaginal förlossning är minst riskfylld; ett planerat kejsarsnitt innebär dock mindre risk än ett akut kejsarsnitt och kan ibland också vara att föredra framför en vaginal förlossning med komplikationer.

**Mödravårdscentralernas stöd** till förlossningsrädda kvinnor måste förbättras, och det är viktigt att kvinnor med traumatiska förlossningar följs upp för att undvika förlossningsrädsla vid ny graviditet.

**Riskerna vid vaginal förlossning** måste minskas. Ett omhändertagande där varje barnmorska har hand om endast en födande kvinna (»one-to-one«-vård) minskar risken för akut kejsarsnitt.

**Kunskaperna** om effekterna av kejsarsnitt behöver förbättras.

rer i de observationsstudier som finns. Behovet av prolapsoperation verkar minska.

Hur det är med inkontinens är mera oklart, men åtminstone på kort sikt tycks risken minska. Bristen på långsiktiga data förhindrar förutsägelser om effekter hos äldre [2, 7, 8].

Planerat kejsarsnitt minskar risken för intrauterin asfyxi (som dock är liten) och för intrauterin fosterdöd i vissa fall då graviditeten avbryts i förtid [2]. En studie som påvisat en tredubblad mortalitet för barnet efter kejsarsnitt utan medicinsk indikation [9] har en del metodologiska svagheter och stämmer inte med svenska förhållanden [Karin Källén, Lund, pers medd, 2006].

Å andra sidan skall de potentiella riskerna med kejsarsnitt inte underskattas, även om de är dåligt belysta. Uterusrup-tur och placenta accreta i framtida graviditeter är relativt ovanliga komplikationer. De kan dock vara livshotande för både kvinna och barn. Hur upprepade kejsarsnitt med risk för adherensbildning påverkar kvinnan kan vi bara spekulera om [2, 3, 7].

Planerat kejsarsnitt ökar risken för andningsproblem hos barnet vid födseln [2]. Hur barnets hälsa påverkas på lång sikt är ofullständigt undersökt, men studier finns som antyder att risk för astma och allergi ökar [10].

### Att få barn utan att föda – tidens tecken

Som Elsa Lena Ryding och Hanna Åmark påpekar i sin artikel i veckans nummer finns hos många en rädsla inför det okända.

Vi säger till gravida kvinnor att vi inte vet vad som kan hända vid en vaginal förlossning. Vid planerat kejsarsnitt får kvinnan veta precis vad som kommer att hända. Å andra sidan vet vi som obstetriker precis vad vi skall göra vid olika händelseförlopp under en vaginal förlossning. Kanske har vi inte lyckats överföra den vissheten till kvinnorna?

Förlossningssmärtan är unik på det viset att kvinnan i förväg får vetskap om att hon kommer att uppleva smärta. Hur detta påverkar den gravida kvinnan är oklart.

Ofta finns dessutom andra orsaker till förlossningsrädsla som inte kommer fram om man inte ställer rätt frågor till kvinnan.

Kvinnor som vill ha kejsarsnitt skiljer sig vidare något i fråga om personlighet [11]. De är som grupp generellt också äldre, och i familjebildningen ingår oftare än hos icke-förlossningsrädda kvinnor bara ett barn.

Många är inte så rädda för kirurgiska

ingrepp längre, eftersom riskerna minskat. Globaliseringen påverkar oss dessutom. I vissa kulturer och socioekonomiska strata är det mer accepterat med kejsarsnitt än i andra, även om motsatsen också finns.

Eftersom man på 1960-talet kunde börja ha sex utan att få barn och på 1980-talet kunde få barn utan att ha sex, känns det för en del helt naturligt att man på 2000-talet kan få barn utan att föda.

### Omöjligt styra bemanning efter behov

En vaginal förlossning kan vara en mycket traumatisk upplevelse. Nästan 25 procent av förstföderskorna drabbas av någon form av komplikation. Många kvinnor som vill ha kejsarsnitt har själva upplevt eller hört andra tala om komplikationer.

Förlossningar kan inte planeras, vilket betyder att de endast 40 av veckans timmar handläggs av läkare som mestadels sysslar med obstetrik. De övriga 128 timmarna handläggs förlossningar av läkare, som inte alltid är specialkunniga i obstetrik eller som är mer ovana.

Det går heller inte att förutsäga hur många som kommer att föda en speciell dag, och vi kan därför inte i förväg bemanna för toppbelastning. Vi vet att »one-to-one«-vård (att varje barnmorska har hand om bara en födande kvinna) minskar risken för komplikationer; ändå drar vi in på antalet barnmorskor på förlossningsavdelningarna.

Många kvinnor som upplevt sin förlossning som traumatisk tycker att ingen hade tid med dem. Dessutom tar vi inte alltid hand om dessa kvinnor på bästa sätt efter förlossningen.

### Konfronteras själv med kvinnans rädsla

Varför lyckas inte obstetriker och barnmorskor minska antalet kejsarsnitt om man tycker att frekvensen är för hög? En del faktorer är demografiska och kulturella och därför svåra att påverka. Det är också svårt att mäta hur invalidiserande kvinnans rädsla är och väga den mot riskerna med kejsarsnitt.

Vid samtal med kvinnor som önskar kejsarsnitt konfronteras man personligen med kvinnans ångest och rädsla. Detta kan hos den medicinskt ansvarige ge upphov till aggression, arrogans eller svårighet att vara stringent. Det är svårt att neka en kvinna kejsarsnitt när man har henne framför sig – även om man anser att den ökade kejsarsnittsfrekvensen är problematisk.

### Minsta möjliga risk viktigast

Kanske är dock kejsarsnittsfrekvensen inte det viktigaste. Det viktigaste är en

förlossning med minsta möjliga risk för mor och barn.

En normal vaginal förlossning är minst riskfylld, men ett planerat kejsarsnitt är bättre än ett akut kejsarsnitt och ibland också bättre än en vaginal förlossning med komplikationer. De flesta kvinnor vill dock ha en vaginal förlossning [12, 13].

För att åstadkomma det måste vi i första hand förbättra mödravården och den vaginala förlossningen.

Vi måste också utreda hur vi på bästa sätt skall göra kejsarsnitt, vilka riskerna är för friska kvinnor och hur vi kan undvika dem. Vi vinner inget på att skrämma de redan förlossningsrädda kvinnorna. Vi måste ge dem saklig information och respektera dem.

Vi har trots allt kommit långt från Schützers kejsarsnitt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

- NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean delivery on maternal request. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health; 2006. <http://consensus.nih.gov/2006/2006CesareanSOS027html.htm>
- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Cesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD004600.
- National evidence-based clinical guideline: Cesarean section. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2004. <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=694>
- Hakansson S, Kallen K. Cesarean section increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clin Exp Allergy*. 2003; 33:757-64.
- Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85:1225-30.

42 nummer per år.

Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i Läkartidningen.

Läkartidningen

Utmanande saklig