

# Arbets- och Referensgruppen för Perinatologi

Nr 65  
2010

## Kejsarsnitt

### *Redaktionsgrupp:*

Ellika Andolf	KK, Danderyds Sjukhus, Stockholm
Roger Bottinga	KK, Södertälje Sjukhus, Södertälje
Christina Larsson	KK, Danderyds Sjukhus, Stockholm
Håkan Lilja	KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

### *Övriga författare:*

Isis Amer-Wählin	Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm
Birgitta Essén	KK, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Anders Bengtsson	Anestesikliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
Hans Bokström	KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
Ulf Hanson	KK, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Susana Holmgren	KK, Linköpings Universitetssjukhus, Linköping
Lena Hellström-Westas	Barnkliniken, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Stellan Håkansson	Barnkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Ulf Högberg	KK, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Karin Källén	Tornblad Institutet, Lunds Universitet, Lund
Lars-Åke Mattsson	KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
Lennart Nordström	KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Hanne Ringhøj	KK, Skaraborgs sjukhus, Skövde
Elsa Lena Ryding	KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Per Olofsson	KK, Skåne Universitetssjukhus, Malmö
Ylva Vlastic-Stjernholm	KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Ulla-Britt Wennerholm	KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
Margareta Wennergren	KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

---

Redaktör:	ARGUS Ulf Högberg, Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Layout:	Moniqa Frisell
Tryck:	Elanders AB

# Innehåll

Diagnos- och operationskoder.....	5
Definition evidensgrad.....	6
Förord.....	7
Historik.....	9
Den ökade andelen kejsarsnittsförlossningar och dess orsaker 1973-2009 .....	11
Kvalitetssäkring av förlossningsvården – MS Robsons klassifikation i 10 grupper...19	
Val av förlossningssätt för kvinnor med interkurrent sjukdom .....	25
Obstetriska indikationer för elektivt kejsarsnitt.....	29
Övervikt och kejsarsnitt.....	33
Kejsarsnitt på fetal indikation .....	37
Rådgivning om kejsarsnitt på kvinnans begäran och vid psykosocial indikation .....	43
Kejsarsnitt i ett migrationsperspektiv .....	51
Akut kejsarsnitt.....	57
Anestesi vid kejsarsnitt.....	67
Operationsteknik vid kejsarsnitt .....	75
Psykologiskt omhändertagande i samband med akut kejsarsnitt.....	103
Maternella korttidseffekter av kejsarsnitt.....	107
Maternella långtidseffekter av kejsarsnitt.....	115
Neonatala konsekvenser av elektivt kejsarsnitt.....	123
Rådgivning inför ny graviditet efter tidigare kejsarsnitt.....	129
Vårdkedjan vid kejsarsnitt samt förslag till patientinformation.....	133
Vad kostar det? Planerad vaginal förlossning jämfört med planerat kejsarsnitt .....	137
Slutsatser och rekommendationer .....	141

# Diagnos- och operationskoder

## Diagnoskoder

Kejsarsnitt ska beskrivas med både förlossningskod och indikationskod (se nedan) med undantag för kejsarsnitt på psykologisk indikation, där O82.8 är både förlossnings- och indikationskod.

(För sidhänvisningar se *Diagnoshandboken*)

Förlossningskoden anges alltid som huvuddiagnos!

### Akut (inom 8 timmar)

”Planerat elektiv”, men utförd akut se under Elektiv

### Förlossningskod

- enkelbörd O82.1
- flerbörd, samtliga barn O84.2  
(typ av flerbörd kan anges med tilläggskod från O30 sid 8)
- flerbörd, barn II-III O84.8  
(typ av flerbörd kan anges med tilläggskod från O30 sid 8)

### Indikationskod:

- ansiktsbjudning O64.2
- blödning
  - ablatio placentae: kod från O45 sid 10
  - placenta praevia: kod från O44 sid 10
  - annan blödning: kod från O46 sid 11
- bäckenorgan, abnormitet (tillstånd under O34) O65.5
- cervixstenos O65.5

- disproportion bäcken-foster O65.4
- djup tvärställning O64.0
- dålig progress
  - känd/misstänkt nedsatt bäckenkapacitet O65.4
  - stort barn O65.4
  - värksvaghet - se detta ord här nedan
- eklampsi: kod från O15 sid 5
- fosterasfyxi
  - patologiskt antenatalt CTG O36.3
  - hotande eller manifest, under pågående värkarbete O68.9
  - PCB-bradykardi O74.8
- fotbjudning O64.1
- framfallen arm O64.4
- hög rakställning O64.8
- missförhållande bäcken-foster O65.4
- pannbjudning O64.3
- PCB-bradykardi O74.8
- preeklampsi: kod från O14 sid 5
- snedläge O64.4
- säte O64.1
- tvilling 2: Förlossningskod O84.8 + kod för specificerad orsak, t.ex. empelvis tvärläge
- tvärläge O64.4
- värksvaghet
  - primär O62.0
  - sekundär O62.1
- akut kejsarsnitt av annat skäl, t.ex. herpes/uterusruptur - se resp. uppslagsord

# Förord

Barnafödande är en central händelse som väcker de flestas intresse och engagemang. Långt in på 1900-talet var kvinnan så gott som uteslutande hänvisad till vaginal förlossning. Ännu 1926-1930 var den maternella dödligheten vid kejsarsnitt 10% i vårt land. Sedan dess har den medicinska utvecklingen ändrat förhållandena radikalt.

Parallellt med den medicinska utvecklingen har också förändringar skett i samhället vilket lett till en starkare ställning för patienten. Kejsarsnitt som alternativ till vaginal förlossning har därför kommit att diskuteras även utanför den medicinska professionen och indikationer för kejsarsnitt har diskuterats utifrån nya förutsättningar.

Redaktionsgruppen fick år 2005 i uppdrag av Perinatal-ARG att skriva en rapport om kejsarsnitt. I Storbritannien hade år 2004 "Clinical Guidelines" om kejsarsnitt utgivits av Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) och man önskade ett svenskt komplement. Efter rundfrågning inom Perinatal-ARG har ett antal bidrag inkommit. Författarna har med sina olika erfarenheter fått

lägga upp respektive kapitel relativt självständigt. Bidragen har därefter bearbetats av redaktionsgruppen i samråd med varje författare.

De senaste åren har önskemål om evidensgradering av ARG-rapporter diskuterats. När mer specifika önskemål om detta framkom hade de flesta bidrag till denna rapport redan inkommit. I texten hänvisar vi till Cochrane Institute, RCOG och National Institute of Health (NIH), där en evidensgradering finns, och försöker i övrigt om möjligt beskriva vilken typ av studie det rör sig om. Eftersom kejsarsnitt kan ses utifrån så många olika aspekter och påverkas av lokala och tidsbundna faktorer vill redaktionsgruppen påpeka att tillgänglig evidens många gånger behöver kompletteras med beprövad klinisk erfarenhet. Då författarna kommer från olika typer av sjukhus och också är spridda över landet kan rekommendationer ibland skilja sig.

I ett avslutande kapitel har vi försökt sammanställa några viktiga data och rekommendationer. Vår förhoppning är att ARG-rapporten skall kunna användas som underlag för att samordna rutiner i Sverige.

September 2010

*Ellika Andolf   Roger Bottinga   Christina Larsson   Håkan Lilja*