

Vägledning angående kejsarsnitt på kvinnans begäran

En ökande andel gravida kvinnor i Sverige begär ett planerat kejsarsnitt trots att det inte finns tillräckliga obstetriska skäl för detta. I många fall utförs också det kejsarsnitt som kvinnan önskar. Vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna utgör kejsarsnitt på s.k. ”humanitär” indikation ca 5% av alla förlossningar. Cirka 60 % av dessa kvinnor har varit omfödorskor med ett tidigare kejsarsnitt, ofta akut. Det är inte ovanligt med ytterligare riskfaktorer för ett nytt akut kejsarsnitt, som t.ex. tidigare stort barn och värksvaghet, övervikt, assisterad befruktning, äldre obstetrisk förstföderska. En mindre del är omfödorskor med vaginal förlossning bakom sig, och 25-30% är förstföderskor. De senare två grupperna har mera sällan obstetriska riskfaktorer för akut kejsarsnitt.

En enkät till män och kvinnor 20-80 år i Stockholm och Västerbotten visar att 32% menar att en kvinna utan påverkan själv borde få välja förlossningssätt (1). Man hänvisar till kvinnors rätt i samhället, kroppslig integritet samt förlossningsrädsla. Andelen kvinnor med stark förlossningsrädsla har fördubblats i Sverige sedan tidigt 90-tal (2).

Varför begär kvinnor kejsarsnitt? En ganska rimlig oro för ett andra akut sectio nämns ovan. Sekundär förlossningfobi efter en okomplicerad eller ”vardagligt komplicerad” första förlossning och primär förlossningfobi (3) är andra skäl. Man kan tala om fobi när en person har skräck för något och därför undviker detsamma. De flesta kvinnor som t.ex. genomgått en förlossning med VE eller med efterföljande placentalösning är inte extremt rädda för en andra förlossning. Det fordras andra faktorer hos individen (eller ibland också hos vården) för att förklara skräcken för vaginal förlossning (4). Personlighetsvariabler spelar in hos förstföderskan som begär sectio (5). Dessa förstföderskor lider ofta, men inte alltid, av stark förlossningsrädsla (6).

Varför är det viktigt att vi inte gör onödiga kejsarsnitt? Medicinska risker har ofta jämförts mellan kejsarsnitt över huvud taget och genomförd vaginal förlossning. Det finns färre studier som jämför elektivt sectio med de förlossningar där intentionen varit att förlösa vaginalt, men där utgången ibland blivit ett akut sectio. Efter en genomgång av tillgängliga data har American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) funnit att säkrast evidens (7) finns för följande variabler:

- Mindre genomsnittlig blödningsmängd i samband med elektivt sectio
- Andningsproblem hos barnet (både lindriga och allvarliga); klart ökad risk vid elektivt sectio före v 39-40
- För varje kejsarsnitt ökande risk för placenta previa och accreta
- För varje kejsarsnitt ökande risk för uterusruptur

ACOG kommer fram till dessa rekommendationer:

- Inga planerade kejsarsnitt före v 39 om inte medicinska indikationer
- Inga planerade kejsarsnitt pga. bristande tillgång till smärtlindring (smärtlindring bör finnas för alla som önskar)
- Kejsarsnitt kan inte rekommenderas kvinnor som vill ha flera barn

Hur ska vi då ställa oss när kvinnan/paret begär ett kejsarsnitt som vi inte finner behövligt ur obstetrisk synvinkel? *Figoo statement on caesarean section* från januari 2007 kan ge vägledning (understrykningarna är författarens).

FIGO supports the view that childbearing, for the great majority of women throughout the world, is a normal, physiological process influenced by culture, traditions, religion and psychosocial factors. FIGO further asserts

that childbearing is a family event that requires as a starting point a health-oriented rather than a disease-oriented model of care from providers.

The ability to offer delivery by Caesarean section is essential for safe maternity care. In poor countries there remains a substantial burden of maternal and fetal death due to a lack of access to safe Caesarean delivery. Internationally, recommendations on maternal and fetal indications for Caesarean delivery continue to evolve in the light of research findings. However, some countries have experienced increasing recourse to Caesarean delivery for non-medical indications. FIGO considers surgical intervention without a medical rationale to fall outside the bounds of best professional practice. Caesarean delivery should be undertaken only when indicated to enhance the well-being of mothers and babies and improve outcomes.

FIGO respects women as active participants in decisions that affect their health care. Making informed decisions about the use or non-use of interventions such as Caesarean section requires that women have up-to-date, complete and understandable information on the risks and benefits of proposed interventions.

FIGO calls upon individual obstetricians to offer women evidence based delivery care within a framework of professional practice. FIGO exhorts those responsible for public and private maternity service provision to facilitate the best standards of professional practice by enabling staff participation in continuing medical education, review processes such as clinical audit, and outcomes research. Health systems need fully to address the infrastructure requirements for safe operative delivery including anaesthesia, prevention of hospital acquired infection and safe blood transfusion.

All professionals and health policy makers share responsibility for comprehensive maternity service provision that enables women to access appropriate care in a timely manner. Women should not be denied access to Caesarean delivery when needed for want of funds or infrastructure; neither should they be placed under pressure to have a Caesarean birth because of a lack of professional care to support a normal labour and delivery.

Märk att man talar om medicinska skäl och inte endast obstetriska. Det är vanligt att vi i Sverige inte identifierar psykiatriska sjukdomar som depression eller ångestsyndrom som medicinska skäl för ett kejsarsnitt i vissa fall. Psykiatriska diagnoser, förutom mycket svåra tillstånd, journalføres ofta inte, kanske av hänsyn till kvinnan.

Juridiska aspekter enligt svensk lag

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen har patienten alltid rätt att vägra en föreslagen behandling. Patienten har däremot inte rätt att få en behandling som läkaren anser olämplig ur medicinsk synvinkel. Hon har alltid rätt till information och varje behandling så vitt möjligt ske i samråd med patienten, som också har rätt till second opinion. Inom rimliga gränser får patienten inte nekas en behandling av hänsyn till kostnaden.

Etisk analys

En etisk analys (8) av problemet behövs både generellt och i varje enskilt fall.

Berörda parter är:

- Den gravida kvinnan
- Fostret/barnet
- Blivande barnafadern
- Obstetrikern (beslutsfattaren)
- Skattebetalarna
- Framtida patienter

Den gravida kvinnan måste anses som den viktigaste aktören, men även det väntade barnets bästa väger tungt. Vi kan inte heller bortse från framtida patienter/populationen eller från oss själva. Vi som arbetar inom obstetrikens betyder också något.

De fyra etiska tumreglerna som ofta används inom medicinsk etik är:

- Autonomiprincipen.
- Icke skada – principen
- Göra gott – principen
- Rättvis principen.
- Även kostnadseffektivitetsprincipen, som framhölls av prioriteringsutredningen (9), kan vara av intresse.

Nedan kommer jag att tala för de olika principerna, ut olika aktörers synvinkel.

Autonomi – Vem ska bestämma?

Den gravida kvinnan är den som bär barnet i sin kropp och den som ska föda. Förlossningen är en oerhört viktig händelse i de flesta kvinnors liv, något som man minns i detalj under många år framåt. Är det inte rimligt att en gravid kvinna får bestämma, i möjligaste mån, hur hennes förlossning ska gå till? Vem kan bättre än hon veta vad en vaginal respektive en kejsarsnittsförlossning innebär för hennes psykiska hälsa och moderskap? Att kvinnan påverkas i sin syn av massmedia komplicerar förstås bilden av individens val. Har kvinnan verkligen kommit fram till sin önskan själv, eller har hon kanske förletts av populära (manliga?) drömmen om att behålla slidan i ungdomligt skick? Finns det å andra sidan kanske svåra egna upplevelser i bakgrunden; sådant som hon inte ens vill eller kan benämna?

Ett barn har nedsatt autonomi och företräds av föräldrarna. *Ett foster* har ingen autonomi alls. Är det så att vi kan behöva skydda fostret/barnet från onödiga kejsarsnitt som inte gynnar dess hälsa varken på kort eller lång sikt – skydda det i vissa fall mot moderns/föräldrarnas beslut?

Jag vet inte om det finns de som anser att *den blivande fadern* borde ha ett ökat inflytande på sitt barns förlossning? Ingen tänker väl idag att han bör bestämma över kvinnan?

Hur är det med vår autonomi då? Har en *obstetiker* idag något att säga till om? Ska vi bara utföra beställningsjobb? Och ”hur roligt är det?”, som ungdomarna säger. Ska vi inte få ha ett mycket stort inflytande på ställningstaganden som baseras på vår långa utbildning och praktiska träning; på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet? ”Jag litar mer på min svägerska än på dig!”, sa en gravid kvinna till en förlossningsöverläkare i min närhet. Ska en lekman med åsikter få bestämma över medicinska frågor? Hur går det med vår yrkesstolthet och trivsel på arbetsplatsen?

Icke skada och göra gott kan sammanföras inom nyttoprincipen.

Kvinnan löper ökad risk för komplikationer, t.o.m. för död efter planerat kejsarsnitt jfr med efter vaginal förlossning – i vissa fall åtminstone. Man jämför oftast kejsarsnittade kvinnor med dem som redan är vaginalförlösta. Hälsoskillnaderna förefaller mindre när man räknar med de akuta kejsarsnitten i den grupp som planerades föda vaginalt. Det gäller nog att se på det individuella fallet. Är kvinnan en frisk omföderska som fött vaginalt förut? Då tar hon allt en substantiell risk vid ett inte nödvändigt sectio. Är kvinnan en tidigare kejsarsnittad överviktig äldre obstetrisk förstföderska? Ja, då kan det nog göra detsamma, eller är t.o.m. ett elektivt sectio säkrare för den kvinnan?

Förutom de obstetriska riskerna med endera förlossningssättet har vi de psykiatriska. Här har vi ingen evidens att luta oss mot. Postpartumdepression är inte generellt vanligare efter en operativ förlossning (10). Stark rädsla för förlossningen ökar risken för en negativ upplevelse (11). Vi vet också att elektivt sectio upplevs mera positivt än akut sectio eller instrumentell vaginal förlossning (12). Det är rimligt att tänka att ju mera psykiskt sjuk eller skör en kvinna är, ju större risk med att utsätta henne för en oönskad påfrestning. Är hon tidigare frisk kanske hon istället växer med utmaningen?

Nyttan för *barnet* att födas vaginalt framhålls allt mera med hänsyn till mindre risk för neonatal andningsstörning (13), samt framtida astma och allergi. När det gäller dödlighet och förlossningskador finns ofta ingen relation till sectiofrekvensen i ett område.

Framtida patienter löper risker om sectiofrekvensen ökar. Kvinnan kan oftare drabbas av i och för sig ovanliga komplikationer som placenta previa med accreta och ev. hysterektomi vid efterföljande graviditeter. Fler bukoperationer i populationen borde också ge mera ileus och mera kronisk buksmärta i framtiden.

Rättvisa åt alla

Ett skäl för att skriva denna inlaga är att kvinnor behandlas olika i olika områden i Sverige. Möjligheten att få utfört ett kejsarsnitt utan absolut obstetrisk indikation finns i praktiken på många håll men inte överallt. Kvinnor reser då till annan ort om de har kraft därtill. Den som skriker tillräckligt högt eller har rätta kontakter kan till slut ändå bli kejsarsnittad.

Minimera kostnader

Skattebetalarna kan tänkas hålla med prioriteringsutredningen om att om två behandlingsalternativ är lika bra bör man välja det billigaste. Vaginal förlossning är billigare än kejsarsnitt. Dock är akut sectio ännu dyrare, och även komplikationer vid vaginal förlossning kostar. Kanske kan man säga att en lågriskförlossning bör vara vaginal ur rent ekonomisk synvinkel, men att det är mera tveksamt vid en högriskförlossning?

Finns det kostnader som kommer i efterhand? Fler kejsarsnitt efter det första kostar. Psykiatrisk sjuklighet som PTSD eller depression hos någon som vi nekat kejsarsnitt kostar, på många sätt.

Förslag till handläggning.

Kvinnor som begär kejsarsnitt känner ofta skam och skuld i förhållandet till både sjukvården och bekantskapskretsen (14). Vi som ska handlägga frågan känner oss ofta frustrerade inför motstridiga impulser, t.ex. en övertygelse om att en kvinnas hälsa skulle gynnas av en vaginal förlossning och, samtidigt, ett obehag inför att blanka neka henne den typ av förlossning hon själv starkt känner är bäst för henne. Dessutom kan vi också känna skam inför kollegor när vi inte kan få våra patienter att göra som de flesta vill. Det gäller att hitta förhållningssätt som hjälper både kvinnan/paret och oss.

Förslag till handläggning av kvinnor som begär kejsarsnitt som inte är nödvändigt ur obstetrisk synvinkel:

1. Att etablera det **samråd** som patienter har rätt till enligt hälso- och sjukvårdslagen. Tillräcklig tid behövs, och andra personalkategorier kan engageras.

2. Resurserna är alltid begränsade, varför en ”**sortering**” efter fallens art kan vara bra.

a. Kvinnor med tidigare sectio. 60-80% kan föda vaginalt enligt olika studier. Vi vet rätt väl vilka som är riskfaktorerna för ett andra akut sectio och för uterusruptur. Relativ bäckensträngsel, obesitas, stort barn, äldre obstetrisk förstföderska, tidigare sectioindikation värksvaghet eller svår ångest under förlossningen kan vara sådana riskfaktorer som förtjänar en att ta ställning till. Efter ett samtal med obstetiker, med informationsutbyte, bör en hel del kvinnor, som önskar det, kunna sättas upp för sectio utan större tvekan. Andra, t.ex. unga friska slanka kvinnor som fött med pga sätesbjudning första gången, kan behandlas som förstföderskor, se nedan. Kvinnor med tidigare sectio på psykosocial indikation ska inte behöva ta resurser för samma utredning en gång till, men naturligtvis få mycket stöd inför en vaginal förlossning om de vill det.

b. Kvinnor med tidigare sfincterruptur. Kvinnor Risken för ruptur vid nästföljande förlossning ökad med totalt sett liten. Analinkontinens kan uppkomma oavsett

förlossningssätt. Kvinnor med opåverkad sfincterfunktion rådes därför idag till vaginal förlossning. Kvinnor med tidigare sfincterruptur kan dock ha minnen av en mycket svår läkningsperiod med negativa konsekvenser för det sexuella samlivet, även om de inte har analinkontinens. Därför bör förlossningssätt bestämmas vid ett samråd med obstetrikern, och kvinnans önskemål om sectio efter full information bör respekteras.

c. Omfödelskor med tidigare vaginal förlossning utan större kroppsskada samt förstfödelskor förtjänar större resurser. Dessa kvinnor drivs av mera irrationella skäl till sin kejsarsnittönskan. En psykosocial utredning behövs. Kvinnan bör mötas av respekt för sin inställning, ärlig information (varken skräckpropaganda eller överslätande av medicinska risker i hennes fall), och erbjudande om stöd o/e behandling av t.ex. förlossningsrädsla, symptom på posttraumatisk stress, depression eller andra ångestsyndrom. Behandling av psykiatriska tillstånd kräver gott samarbete med psykiatrin. En psykiskt sjuk kvinna kan föda barn som alla andra om inte tillståndet kompliceras av specifika faktorer som t.ex. fobi för att underlivet visas eller berörs, ofta på basen sexuella övergrepp i barnåren. När en kvinna med psykiatrisk diagnos själv önskar kejsarsnitt bör det tas på högsta allvar.

3. En **psykosocial utredning** kan innebära samtal med specialutbildad barnmorska ("Aurorabarnmorska") eller kurator/psykolog med kulturkompetens. En viktig del är genomgång av tidigare förlossningstrauma hos omfödelskan. Ibland bygger önskan om sectio på bristande kunskap om vad som egentligen hände förra gången. Förstfödelskans bakgrund, psykiska hälsa och egna skäl till kejsarsnittönskan behöver gås igenom. I nästa steg tar man, tillsammans med kvinnan, ställning till om hon

- a. nu kan tänka sig gå planera för en vaginal förlossning med hjälp av MVC
- b. behöver ytterligare psykologiskt stöd, eller psykoterapi inom kvinnoklinikens ram, inför en vaginal förlossning
- c. behöver någon dokumenterad överenskommelse ang. medicinska åtgärder som t.ex. induktion med tidig EDA hos omfödelskan som chockats av en snabb och smärtsam förlossning
- d. behöver ett elektivt sectio på indikation t.ex. primär förlossningsfobi
- e. behöver behandling utanför kvinnosjukvården, t.ex. remiss till psykiatrisk öppenvård eller till psykolog med koppling till MHV/BHV – kan gälla inför både vaginal och sectioförlossning

Team med barnmorskor, obstetrikern och kurator/psykolog/psykoterapeut bör få möjlighet att samarbeta smidigt under handledning av person med kompetens för detta. Den plan som tagits av teamet och kvinnan tillsammans ska vara realistisk och väl dokumenterad och bör i möjligaste mån efterlevas inom aktuell klinik samt på andra sjukhus där kvinnan hamnar av något skäl. Om man planerat ett kejsarsnitt bör man också i samråd med kvinnan ta ställning till vad som ska göras om hon kommer in med förlossningsstart före planerad tid.

Bör vi alltså utföra kejsarsnitt som inte är nödvändiga av obstetriska skäl? Ja, efter utredning och rimliga försök, i många fall, till motivation för vaginal förlossning. Kan man inte motivera kvinnan/paret till någon grad av öppenhet inför en ev. vaginal förlossning så kan det vara mera kränkande än hjälpsamt att behöva fortsätta gå i samtal om detta, dessutom slöseri med våra resurser. Psykoterapiforskning visar att motivation är en grundläggande faktor för att uppnå resultat - motivation och ett gott förhållande till behandlaren!

Kejsarsnitt av rent praktiska skäl, som lämpligt datum, är vi inte skyldiga att utföra.

För ETIK-ARG
Elsa Lena Ryding

Referenser:

1. Högberg U, Wulff M, Lynöe N. Caesarean by choice? Empirical study of public attitudes. Submitted. Eller Wulff M. Rätt att välja kejsarsnitt – Attityder hos allmänheten i Västerbotten och Stockholm. Föredrag vid SFOGs årsmöte i Luleå 2007.
2. Nieminen K, Ryding EL. Fear of childbirth and wishing to be delivered by cesarean section – a cross-sectional study of women in various stages of pregnancy. Submitted. Eller Ryding EL. Vems är förlossningen? – Möte med kvinnor som önskar kejsarsnitt. Föredrag vid SFOGs årsmöte i Luleå 2007.
3. Hofberg K, Brockington I, tokophobia – an unreasoning dread of childbirth. *Br J Psychiat* 2000;176:83-5.
4. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing childbirth. *BJOG* 2001;108:492-8.
5. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:1225-30.
6. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008;115:324-31.
7. ACOG committee opinion. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007;110:1501-4.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.
9. *Vårdens svåra val: Slutbetänkande av utredningen av prioritering inom hälso- och sjukvården.* Stockholm: Allmänna Förlaget, 1995 (SOU 1995:5).
10. Roshni PR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ.* 2005;330:879.
11. Alehag S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:56-62.
12. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental, and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 135-144.
13. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Brink Henriksen T. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ.* 2008;336:85-7.
14. Åmark H, Ryding EL. Kvinnor som önskar kejsarsnitt. Ängest, risktänkande och skam vanligt enligt kvalitativ studie. *Läkartidningen.* 2007; 21-27;104:12:950-3