

Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan



Sammanfattning

Frageställning: Under vilka förutsättningar är det relevant att tillmötesgå en kvinnas önskan om ett planerat kejsarsnitt utan att obstetriska eller andra medicinska skäl föreligger?

Trots att det är jämförelsevis säkert att föda barn i Sverige i dag och trots att en vaginal förlossning i de flesta fall är bättre för kvinnan och barnet på både kort och lång sikt, vill en del kvinnor genomgå ett planerat kejsarsnitt i stället för att föda vaginalt. Den dominerande orsaken är förlossningsrädsla. Den största gruppen som önskar kejsarsnitt är omfödelskor som tidigare genomgått kejsarsnitt eller annan komplicerad förlossning, men det finns även förstfödelskor som önskar kejsarsnitt.

Frekvensen av kejsarsnitt har ökat i Sverige. År 2008 var drygt 17 procent av samtliga förlossningar kejsarsnitt. De allra flesta görs utifrån medicinska orsaker, men ungefär 8 procent av kejsarsnitten utförs utifrån kvinnans önskan. Det är viktigt att klargöra under vilka förutsättningar det är motiverat att tillmötesgå en kvinnas önskan om ett planerat kejsarsnitt utan att det finns medicinska skäl.

När man överväger att göra ett ingrepp som inte är medicinskt motiverat är det viktigt att väga riskerna med själva ingreppet mot eventuella risker med att inte göra ingreppet. I det här fallet måste de kort- och långsiktiga effekterna av kejsarsnitt för både mor och barn lyftas fram.

De främsta riskerna för modern med kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning på kort sikt är infektion, djup ventrombos, blodtransfusion och hysterektomi (att livmodern behöver opereras bort) och på lång sikt ökad risk för uterusruptur (bristning i livmoderväggen) och placentakomplicationer (komplicationer som rör moderkakan) vid framtida graviditeter.

För barnet är de främsta kortsiktiga riskerna med kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning neonatal andningsstörning, hypoglykemi (för låg blodsockerhalt) och hypotermi (sänkt kroppstemperatur). Vidare finns det studier som pekar på att det på lång sikt kan finnas ökad risk för astma, gastroenterit, glutenintolerans, typ 1-diabetes och eventuellt vissa tumörsjukdomar. Samtidigt minskar risken för ovanliga allvarliga komplikationer som kan uppstå vid vaginala förlossningar, exempelvis allvarlig syrebrist och allvarlig skada på det nervnät som försörjer armen.

Ett viktigt syfte med den här indikationsrapporten är att fungera som beslutsstöd, så att resurserna används där de gör mest nytta. Det förutsätter en värdering av hur tungt vägande skäl varje kvinna som önskar ett kejsarsnitt har. Det är också viktigt att se till de långsiktiga konsekvenserna av varje beslut om förlossningssätt. Man måste göra en avvägning mellan kvinnans eventuella tidigare förlossningsförfaranden och framtida reproduktion.

Indikation

Det är relevant att tillmötesgå en kvinnas önskemål om kejsarsnitt om förutsättningarna nedan är uppfyllda:

Patientrelaterade förutsättningar:

- Kvinnan har redovisat skälet för sitt önskemål om kejsarsnitt, och det bedöms vara tillräckligt tungt vägande.
- Kvinnan står fast vid sin önskan även efter det att hon (1) fått information om kort- och långsiktiga konsekvenser av olika förlossningssätt för såväl modern som foster/barn och (2) blivit erbjuden/fått stödsamtal/ annan typ av insatser.

Vårdprocessrelaterade förutsättningar:

- En strukturerad anamnes har upptagits och bland annat utifrån denna har kvinnans skäl och styrkan i det (exempelvis grad av rädsla/ångest) värderats.
- En bedömning av kvinnans möjligheter att genomföra en vaginal förlossning har gjorts utifrån risken att det ska bli ett akut kejsarsnitt, en förlossningskomplikation ska uppstå eller att kvinnan ska drabbas av förlossningsrelaterad psykisk ohälsa. Risken för kort- eller långsiktiga komplikationer vid eller efter ett eventuellt planerat kejsarsnitt ska också ha vägts in.
- Information om kort- och långsiktiga konsekvenser av kejsarsnitt för mor och barn har getts såväl muntligt som skriftligt.
- Lämpliga stödinsatser har utformats utifrån en sammanvägning av styrkan i angivna skäl och risken för ovan nämnda komplikationer vid en vaginal förlossning. Stödinsatsernas art och intensitet kommer att variera efter hur kvinnans behov bedömts.
- Stödande samtal/insatser har erbjudits/genomförts.

Vårdgivarrelaterade förutsättningar:

- Vid kliniken bör en handlingsplan upprättas för hur kvinnor med olika skäl och risknivå ska handläggas. Denna utformas utifrån den vårdtradition som finns lokalt och syftar till enhetlighet inom kliniken.

Arbetsgrupp

Ellika Andolf, docent, universitetslektor, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

Håkan Lilja, docent, överläkare, Verksamhetsområde obstetrik, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Ingegerd Hildingsson, professor, barnmorska, Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Sundsvall

Ingela Wiklund, med. dr, barnmorska, BB Stockholm

Margareta Blomdahl, psykiater, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Fredrik Lundberg, med. dr, överläkare, Neonatalkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Margaretha Månsson, chefspsykolog, sektionschef, Verksamhetsområde Barn-, familj- och kvinnosjukvård, sektionen för mödra-, barn- och ungdomshälsövård, Helsingborgs lasarett, Helsingborg

Elsa Lena Ryding, docent, överläkare, Kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Gunilla Sydsjö, professor, Obstetrik och gynekologi, Linköpings universitetssjukhus, Linköping

Helene Törnqvist, hälsoekonom, projektledare för Nationella medicinska indikationer

Gunnar Moa, läkare, projektledare för Nationella medicinska indikationer

Konsulter

Karin Rydin, utredare och informationsspecialist, Statens beredning för medicinsk utvärdering. Ansvarat för litteratursökning.

Lars Sandman, professor i vårdetik, Högskolan i Borås; etisk rådgivare, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Ansvarat för etikavsnittet.

Lars Bernfort, fil. dr, hälsoekonom, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Linköpings universitet. Ansvarat för det hälsoekonomiska avsnittet.

Sofia von Malortie, examinerad språkkonsult i svenska, spec. medicin, Expressiva AB. Ansvarat för redaktionellt arbete och språkgranskning.

Följande personer har lämnat synpunkter på rapportmanuset:

Siw Alehagen, universitetslektor, Institutionen för medicin och hälsa, Avdelningen för omvårdnad, Hälsouniversitetet, Linköping

Elisabeth Almström, överläkare, sektionsansvarig obstetrik, Kvinnokliniken, NU-sjukvården, Trollhättan

Liselott Andersson, med. dr, överläkare, Kvinnosjukvård, Sunderby sjukhus, Luleå

Susana Holmgren, överläkare, Spec.-BB, Universitetssjukhuset i Linköping

Lena Holzman, medicinskt ansvarig läkare, Ekens barnmorskemottagning, Stockholm; överläkare, BB Stockholm

Stellan Håkansson, docent, medicinsk chef, Norrlands Universitetssjukhus

Annika Karlström, barnmorska, programansvarig lektor, Specialistsjuksköterskeutbildning, Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet

Ingela Lundgren, universitetslektor i reproduktiv och perinatal hälsa, docent, prefekt, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Maria Sahlin, barnmorska, doktorand vid KI DS (Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus); förlossningsavdelningen, Danderyds sjukhus

Innehåll

| | |
|---|----|
| Inledning | 3 |
| Bakgrund | 3 |
| Frågeställning | 4 |
| Vad säger litteraturen om konsekvenser av planerat kejsarsnitt på moderns önskan? | 4 |
| Vilka faktorer har betydelse för indikationen? | 8 |
| Förutsättningar som bör vara uppfyllda för att indikation ska föreligga | 9 |
| Etiska aspekter | 10 |
| Hälsoekonomiska aspekter | 11 |
| Diskussion | 11 |
| Slutsatser | 11 |
| Referenser | 12 |
| Ordförklaringar | 19 |
| Bilaga 1: Litteratursökning | 20 |
| Bilaga 2: Patientinformation om förlossnings sätt | 21 |
| Bilaga 3: Omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor | 23 |
| Bilaga 4: Strukturerad anamnes | 27 |
| Bilaga 5: Att bedöma förlossningsrädsla | 28 |

Inledning

Denna rapport har tagits fram inom ramen för projektet Nationella medicinska indikationer, som har drivits i samverkan mellan Svenska läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering. Målgrupp för rapporten är de professioner inom hälso- och sjukvården som fattar beslut om att vidta den aktuella åtgärden eller berörs av ett sådant beslut, samt verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdsledningar.

Syftet med nationella medicinska indikationer är att öka möjligheten att ge ändamålsenlig och kunskapsbaserad vård. Återkommande jämförelser visar att inom många områden i vården varierar vårdkonsumtionen avsevärt inom landet. Detta kan ha många olika orsaker, men det finns anledning att tro att skillnaderna i vårdkonsumtion delvis beror på skillnader i medicinsk praxis. Det innebär att det finns olika parallella bedömningar av när det är indicerat att erbjuda åtgärden i en viss beslutssituation. Såväl för vida som för snäva indikationer innebär att vården varierar i ändamålsenlighet och inte ges på lika villkor.

I arbetet med den aktuella frågeställningen har en arbetsgrupp gjort en litteraturgenomgång för att identifiera faktorer som har betydelse för indikationen. Gruppen har därefter analyserat dessa faktorer var för sig, för att fastställa på vilket sätt de ska ingå i indikationen.

Indikationsbegreppet har använts i enlighet med den definition som anges i Socialstyrelsens termbank: indikation = omständighet som utgör skäl för att vidta en viss åtgärd.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan man inte begära ett ingrepp, utan bara avstå från ingrepp (abort och sterilisering är dock undantag från denna regel). I vissa länder finns något som kallas "informerat val". Det innebär att patienten gör egna vårdval utifrån given information. Enligt den svenska lagstiftningen ska beslut om vård fattas i samråd, när det gäller kejsarsnitt mellan kvinnan/paret och läkaren/barnmorskan. Kejsarsnitt är med andra ord inget man kan välja själv. En viktig fråga i detta sammanhang är hur stor hänsyn man av etiska skäl ska ta till kvinnans önskan i förhållande till de medicinska riskerna på kort och lång sikt. Det finns också andra aktörer att ta hänsyn till: det ofödda barnet, kvinnans partner, vårdpersonalen och samhället i stort.

När etiken är komplex och effekterna av ett ingrepp dessutom är oklara kan det ge upphov till varierande rutiner och ojämlig vård. Därför behövs det en enhetlig indikation för när kejsarsnitt kan utföras utifrån kvinnans önskan. I den här rapportens slutsatser anges omständigheter som bedöms vara nödvändiga för att det ska vara relevant att tillmötesgå en kvinnas önskan om ett planerat kejsarsnitt utan att obstetriska eller andra medicinska skäl föreligger.

Före publicering har ett antal experter som inte varit delaktiga i att ta fram rapporten läst och lämnat synpunkter på rapportmanuset. Dessa experter har utsetts i samråd med respektive yrkesförening.

Bakgrund

Att föda barn kan vara en riskfylld händelse, även om det i dagens Sverige är jämförelsevis säkert. Det som händer under en förlossning kan påverka kvinnans framtida hälsa, och en negativ förlossningsupplevelse kan påverka framtida barnafödande.

Ungefär 20 procent av alla gravida upplever någon form av förlossningsrädsla [1, 2]. Av dem som har fött barn drabbas ungefär 2 procent av posttraumatiskt stressyndrom [3, 4], vilket kan skapa rädsla inför kommande förlossningar. En del kvinnor som känner rädsla inför en vaginal förlossning önskar i stället kejsarsnitt.

I Sverige har frekvensen av kejsarsnitt ökat från 5 procent av samtliga förlossningar i början av 1970-talet till 17,2 procent 2008. De senaste fyra åren har andelen varit något lägre [5]. En del av ökningen av kejsarsnittsfrekvensen mellan åren 1990 och 2001 anses beror på sociodemografiska faktorer, såsom högre ålder hos kvinnorna, större

andel förstföderskor och ökat kroppsmasseindex (BMI). Den största ökningen sågs bland kvinnor med fullgångna graviditeter och barn i huvudläge. Kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt var också en grupp som ökade [6]. Det är svårt att avgöra hur stor andel av alla kejsarsnitt som görs på kvinnans önskan, eftersom diagnoser inte anges på ett entydigt sätt, men andelen har skattats till ungefär 8 procent [7]. Det är en stor variation i landet, vilket kan bero på skillnader i kultur och praxis hos olika vårdgivare.

Den diagnoskod som oftast används vid kejsarsnitt när det saknas medicinsk indikation är O828, psykosocial indikation. Enligt en registerstudie av 6 796 förlossningsjournaler från perioden 1997–2006 är det vanligt att denna diagnoskod kombineras med bidiagnoser, som sätesändläge och tidigare kejsarsnitt [8]. Andelen kejsarsnitt i Sverige på psykosocial (kallas ibland *humanitär*) indikation är den andel som ökat mest under perioden 1990–2001, med hela 80 procent. Det är fortfarande en liten grupp som genomgår kejsarsnitt på denna indikation, men en viss underskattning av den är inbyggd i systemet, eftersom kvinnor som genomgår kejsarsnitt efter att tidigare ha genomgått kejsarsnitt på psykosocial indikation placeras i gruppen med tidigare kejsarsnitt, och inte i gruppen med psykosocial indikation [6]. I vissa fall när kejsarsnitt görs på indikationen sätesbjudning kan förlossningsrädsla vara en komponent, som gör att kvinnan t.ex. inte vill att vändningsförsök görs. Dessa kejsarsnitt hamnar då statistiskt sett i gruppen med indikationen sätesbjudning. Av ovanstående bör det framgå att diagnosättning och statistik över kejsarsnitt på moderns egen önskan, utan medicinska skäl, är inkonsekvent och svårtolkad. En del i att ta hand om denna grupp kvinnor på ett bra sätt i vården är att se till att diagnoser och information om dem går att spåra och överblicka.

Varför önskar kvinnor kejsarsnitt?

En av de vanligaste orsakerna till att kvinnor önskar kejsarsnitt är svåra minnen av en tidigare förlossning. En annan är att kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt och är rädd att det ska orsaka komplikationer vid en vaginal förlossning. Den största gruppen kvinnor som önskar kejsarsnitt är därmed omföderskor som tidigare genomgått kejsarsnitt eller annan komplicerad förlossning [9, 10]. Bland de övriga finns förstföderskor som av olika skäl är rädda för att föda vaginalt eller som av andra skäl önskar kejsarsnitt. I en nationell svensk studie fann man att av de 8,2 procent av kvinnorna som önskade kejsarsnitt var 37 procent förstföderskor [11].

Andra skäl till att önska kejsarsnitt kan vara rädsla för att en vaginal förlossning kan medföra bristningar, livmoderframfall eller urin- och avföringsinkontinens och att sexuallivet ska påverkas negativt. Slutligen finns det hos en del en stor rädsla för att barnet ska skadas vid en vaginal förlossning.

Önskan om kejsarsnitt är vanligare efter sexuella övergrepp och också vid ångest och depression [12, 13]. Då kan det handla om att man inte tror sig kunna hantera en normal förlossning eller är rädd att den ska utlösa psykisk ohälsa. Kvinnans personlighet kan också bidra [14]. Man har också sett att kvinnor med låg utbildning önskar kejsarsnitt i större utsträckning än högt utbildade kvinnor [15].

De flesta kvinnor känner en viss oro inför en förlossning. Vissa upplever ingen förlossningsrädsla alls, medan andra upplever en oerhörd stark rädsla [16–19]. Förlossningsrädsla förekommer såväl före som under förlossningen. Efter en förlossning kan oro kvarstå och till och med fördjupas. Generellt sett känner förstföderskor starkare rädsla än omföderskor, men mycket svår förlossningsrädsla är vanligare hos omföderskor [16, 17, 20].

Frågeställning

Den frågeställning som besvaras i denna rapport är: *Under vilka förutsättningar är det relevant att tillmötesgå en kvinnas önskan om ett planerat*

kejsarsnitt utan att obstetriska eller andra medicinska skäl föreligger?

Frågeställningen gäller oavsett om önskemålet framförs tidigt eller sent i graviditeten.

Vad säger litteraturen om konsekvenser av planerat kejsarsnitt på moderns önskan?

Sammanställningen nedan baseras på en litteraturgenomgång som genomförts inom ramen för Svensk förening för obstetrik och gynekologi under 2009 [7]. Inom ramen för arbetet med att ta fram indikationen har en kompletterande litteratursökning genomförts med specifik inriktning på kejsarsnitt på moderns önskan (se bilaga 1). Den ursprungliga litteraturgenomgången har därefter kompletterats med relevanta data.

Metodologiska aspekter

Det finns många studier av komplikationer i samband med kejsarsnitt, men kvaliteten på studierna varierar. De flesta studier är retrospektiva. Ofta framgår inte av vilken orsak de inkluderade kejsarsnitten har genomförts. Om orsaken till kejsarsnittet inte redovisats är det svårt att avgöra i vilken mån graviditets- eller förlossningskomplikationer kan ha bidragit till utfallet. I stora databaser anges dessutom inte alltid om kejsarsnitten har utförts akut eller varit planerade.

Det är ett faktum att vissa vaginala förlossningar på grund av komplikationer måste avslutas med akut kejsarsnitt. Vid akuta kejsarsnitt förekommer också komplikationer i större utsträckning än vid planerade kejsarsnitt. Det blir därför missvisande att föra de akuta kejsarsnitten till kejsarsnittsgruppen, vilket görs i många studier. För att kunna göra en rättvisande jämförelse av risk mellan vaginal förlossning och planerat kejsarsnitt bör man använda en studiedesign som utgår från "avsikt att behandla" (*intention to treat*, ITT). Detta innebär att det planerade förlossningssättet utgör grund för jämförelsen. Vid en konferens i USA vid National Institute of Health 2006 om kejsarsnitt på moderns önskan poängterades behovet av studier som analyserats enligt ITT [21].

Det finns inga randomiserade studier av planerat kejsarsnitt där barnet ligger i huvudläge. Däremot finns det tre studier där friska kvinnor med barnet i sätesläge randomiserats i fullgången tid till planerat kejsarsnitt eller vaginal förlossning [22–24]. Den största och mest aktuella studien, där mer än 2 000 patienter ingick, visade ingen skillnad i sjuklighet hos kvinnorna [24]. Studien var dock gjord under andra förhållanden än de som råder i Sverige; bland annat ingick utvecklingsländer med varierande grad av utredning och förlossningsövervakning. Andelen akuta kejsarsnitt var hög i studien. Övriga studier av planerade kejsarsnitt är mestadels retrospektiva kohortstudier av, i bästa fall, stora databaser [21, 25]. På senare år har det kommit några stora databasstudier där man har försökt korrigera data för olika variabler [26, 27]. I en studie har man analyserat data utifrån ITT [27].

Konsekvenser för modern

Risker för modern på kort sikt

Att modern dör är den allvarligaste risken som kan förknippas med kejsarsnitt. Denna är mycket låg i utvecklade länder. Tidigare har risken för att modern dör i samband med kejsarsnitt rapporterats vara flera gånger högre än vid vaginal förlossning [28]. Resultat från tidigare studier är dock svårtolkade, eftersom data för planerade kejsarsnitt inte har rapporterats separerade från data för akuta operationer. Generellt låga dödssiffror i Sverige och det nära sambandet mellan indikation för kejsarsnittet och komplikation gör jämförelse i stort sett omöjlig.

Blödning > 1 000 ml: Det är svårt att jämföra blödningens storlek vid vaginal förlossning respektive kejsarsnitt, eftersom blödningen mäts på olika sätt och därmed med olika noggrannhet. Det har gjorts en studie i Danmark där man delade in patienterna enligt ITT och sedan registrerade transfusionskrävande blödning. Man fann transfusionskrävande blödning hos 0,47 procent i gruppen där vaginal förlossning var planerad från början jämfört med 0,46 procent hos dem där kejsarsnitt hade planerats [29]. Att andelarna är i princip lika stora kan bero på att en vaginal förlossning kan sluta instrumentellt eller med akut kejsarsnitt, vilket medför större blödningsrisk.

Liknande slutsatser redovisas vid andra genomgångar [21, 25, 30], medan studier som inte alltid kunnat kontrollera för alla störfaktorer och för indikation eller som inte redovisat de akuta kejsarsnitten separat visar på större blödning i kejsarsnittsgruppen [26, 27]. I en retrospektiv genomgång av Medicinska födelseregistret sågs blödning som översteg 1 000 ml vid 13 procent av alla kejsarsnitt, jämfört med vid 3,5 procent av icke instrumentella vaginala förlossningar [6].

Skador på andra bukorgan: Skador på andra bukorgan är ovanligt, men vanligast vid akuta och upprepade kejsarsnitt. Skada av urinblåsan anges förekomma vid 0,1–1 procent [30, 31], uretärskador vid 0,02–0,05 procent och tarmskador vid < 0,1 procent av alla kejsarsnitt [31]. Det ska dock noteras att de flesta studier är av lågt evidensvärde i fråga om skador på andra bukorgan, och ofta rapporteras olika typer av kejsarsnitt blandade. I en studie från det danska födelseregistret där endast planerade kejsarsnitt undersöktes var risken för blås- eller tarmskada 0,08 procent [29].

Infektion: Risken för infektion är ökad efter kejsarsnitt jämfört med efter vaginal förlossning. Stora särytor, anemiserande blödning, kontakt med vaginalfloran efter vattenavgång och akut operation ökar infektionsrisken. De vanligaste infektionerna efter kejsarsnitt är endometrit, sårinfektion och urinvägsinfektion. En retrospektiv databasstudie av 33 000 fullgångna simplexgraviditeter där man gjorde kejsarsnitt före värdstart visade jämfört med spontan vaginal förlossning en tiofaldigt ökad risk för endometrit. Vid kejsarsnitt efter värdstart ökade risken 20 gånger [32]. Data från Medicinskt födelseregister och slutenvårdsregistret visar en endometrit-/sepsisfrekvens på 14,3 procent efter kejsarsnitt jämfört med 4,2 procent efter okomplicerad vaginal förlossning [6]. I en studie med högt evidensvärde, med antibiotikaproylax och analys enligt *intention to treat* var sårinfektions- och endometritfrekvensen 6,4 procent där man planerat för kejsarsnitt och 4,9 procent där intentionen var vaginal förlossning. Denna skillnad tangerade signifikansgränsen [24]. En dansk registerstudie som följt kvinnorna upp till 30 dagar efter förlossningen visar en infektionsfrekvens på 1,6 procent i vaginalförlossningsgruppen och 7,6 procent i kejsarsnittsgruppen [33]. Den studien är inte analyserad utifrån planerat förlossningssätt. De akuta kejsarsnitten har alltså förts till kejsarsnittsgruppen, vilket kan tänkas ge en högre infektionsfrekvens än om de planerade kejsarsnitten analyserats separat. Diagnostiska svårigheter, oklarhet kring huruvida antibiotika använts och olika värdtid kan eventuellt förklara en del av skillnaderna i infektionsfrekvens.

Den ökade risken för infektion vid kejsarsnitt i jämförelse med vaginal förlossning medför att man i en Cochrane-rapport rekommenderar antibiotikaproylax vid både akuta och planerade kejsarsnitt, eftersom det minskar risken för sårinfektion, urinvägsinfektion, endometrit och postoperativ feber [34]. I Sverige ges profylax vid akuta kejsarsnitt, men för planerade kejsarsnitt finns ingen generell rekommendation [7].

Djup ventrombos och därmed associerat insjuknande i lungemboli är en av de vanligaste orsakerna till att modern dör i samband med graviditet och förlossning [35]. Den relativa risken för djup trombos ökar med 10 gånger redan under tidig graviditet till 1 på 1 000 kvinnor [36], och ytterligare 8 gånger vid kejsarsnitt, framför allt vid akuta och komplicerade operationer [37]. Riskfaktorer för trombos som har med det operativa traumat att göra är vätskebrist, blodförlust, immobilisering och reaktiv trombocytos [38]. Generella riskfaktorer är äldre blivande mor, fetma, rökning, tidigare djup ventrom-

bos, högt blodtryck, diabetes mellitus och trombofili [37]. Vid en genomgång av 32 834 simplexgraviteter med gestationslängd 37 veckor eller mer under perioden 1995–2000 var frekvensen av djup ventrombos 0,1 procent efter spontan vaginal förlösning och 0,2 procent efter planerat och akut kejsarsnitt. Skillnaden var bara statistiskt säkerställd för akuta kejsarsnitt, men det kan bero på bristande styrka hos studien [32]. Incidensen i Sverige av tromboemboliska komplikationer i samband med graviditet och förlösning har fyrdubblats från 1970- till 1990-talet [39], men dödligheten har samtidigt minskat från 4,5 till 0,6 procent vid påvisbar tromboembolisk sjukdom. Vid förekomst av ovan nämnda riskfaktorer och vid akuta kejsarsnitt ges i Sverige ofta trombosprofylax.

Amning: Amningsstarten kan påverkas av smärtan efter det operativa ingreppet [40]. I en svensk studie fann man att kvinnor som genomgått kejsarsnitt på egen begäran beskrev mer amningsproblem än kvinnor som planerat en vaginal förlösning [41]. I en annan studie visades att de fysiologiska koncentrationstoppar av oxytocin som ses i moderns plasma efter vaginal förlösning inte var lika frekventa efter förlösning med akut kejsarsnitt [42].

Fördröjd mobilisering: Mobilisering efter ett kejsarsnitt är till följd av buktraumat helt naturligt fördröjd jämfört med efter en vaginal förlösning. Omedelbart efter ett kejsarsnitt är konsumtionen av analgetika betydligt högre än efter en vaginal förlösning. Tre månader efter ett planerat kejsarsnitt ses i jämförande studier mer uttalad smärta i buken än efter en vaginal förlösning, men däremot ingen skillnad i övrig smärta. Å andra sidan har de kvinnor som genomgått kejsarsnitt mindre bäckenbottenbesvär [43, 44].

Förlängd vårdtid: Flera studier av medelhögt evidensvärde har visat att vårdtiden är längre efter kejsarsnitt. I en randomiserad studie var vårdtiden efter vaginal förlösning respektive kejsarsnitt 2,8 respektive 4 dagar [43]. Enligt den senaste utgåvan av Socialstyrelsens rapport Graviteter, förlösningar och nyfödda barn är vårdtiden i Sverige efter vaginal förlösning 2 dygn och efter kejsarsnitt 3 dygn [5].

Sammanfattningsvis visar två större databasstudier [26, 27] sammantagna korttidskomplikationer efter kejsarsnitt. Liu [27] jämförde 46 000 planerade kejsarsnitt som utförts på grund av sätesbjudning med 2,3 miljoner planerade vaginalförlösningar. Resultatet visade en sjuklighet på 27/1 000 för kejsarsnittsgruppen jämfört med 9/1 000 för vaginalförlösningens grupp (hysterektomi, trombos, infektion, sårkomplikation, anestesikomplikation eller hjärtstillstånd). Studien är analyserad enligt *intention to treat* (ITT). Villar [26] undersökte 13 000 planerade kejsarsnitt, 18 000 akuta kejsarsnitt och 60 000 spontana vaginalförlösningar. Studien är inte analyserad enligt ITT, men man har korregerat för civilstånd, paritet, tidigare kejsarsnitt samt graviditetskomplikationer. De utfall som undersöktes var blodtransfusion, hysterektomi, vård på intensivvårdsavdelning, antibiotika efter förlösningen samt vårdtid. Resultatet visade ett odds ratio (OR) för de sammantagna komplikationerna på 2,0 för akut kejsarsnitt och 2,3 för planerade kejsarsnitt jämfört med vaginala förlösningar. Risken för någon av dessa komplikationer var alltså fördubblad vid planerat eller akut kejsarsnitt.

Risker för modern på lång sikt

Att bedöma risken för långtidskomplikationer efter kejsarsnitt är ännu svårare än att bedöma korttidskomplikationer. Det saknas studier av högt evidensvärde, och vid bedömning av icke randomiserade studier måste man ta hänsyn till flera samvarierande faktorer såsom ålder och högt BMI. Indikationen för kejsarsnitt är inte alltid korrekt angiven och ofta är akuta och planerade kejsarsnitt blandade. Upprepade kejsarsnitt påverkar risken för komplikationer, vilket måste vägas in. Dessutom finns det stora praktiska problem med att studera samband mellan ett kejsarsnitt och besvär som uppträder långt senare. De studier som finns speglar sällan aktuella behandlingsmetoder.

Ökad risk för uterusruptur och hysterektomi: Tidigare myometrioperation (operation i livmoderns muskulatur eller livmoderväggen) ökar risken för uterusruptur (bristning av livmoderväggen) vid efterföljande förlösning. Uterusruptur ökar risken för att livmodern måste opereras bort och även risken för att barnet dör vid försök till vaginal förlösning, även om den risken är mycket liten. Studier med måttligt hög evidensgrad visar en risk för uterusruptur på 4–6 per 1 000 kvinnor vid försök till vaginal förlösning hos kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt [6, 21, 45]. Efter två genomgångna kejsarsnitt är risken 0,9–3,0 procent, dvs. 9–30 per 1 000 kvinnor [46, 47].

Ökad risk för placentakomplicationer: Frekvensen av komplikationer med placentan (moderkakan) vid en ny graviditet efter kejsarsnitt har successivt ökat i takt med den ökande kejsarsnittsfrekvensen under de senaste decennierna [48]. Samtliga placentakomplicationer medför ökad dödlighet och sjuklighet hos både mor och barn.

Risken för *ablatio* (avlossning av moderkakan) efter ett tidigare kejsarsnitt har beräknats till cirka 1 procent, eller en riskökning på 1,3–2,4 gånger [49]. Risken för *placenta previa* (föreliggande moderkaka) är 0,2–0,5 procent för kvinnor som bara fött vaginalt men ökar till 0,4–0,8 procent efter ett kejsarsnitt [45]. Risken för *placenta previa* ökar med antalet tidigare kejsarsnitt och är 7 gånger högre, eller 3–5 procent, efter 2–3 tidigare kejsarsnitt och upp till 45 gånger högre (motsvarande 20–30 procents risk) efter 4 tidigare kejsarsnitt [50–52]. *Placenta previa* ökar i sin tur risken för *placenta accreta* (fastvuxen moderkaka). *Placenta accreta* medför stor risk för blödningar under förlösningen, då moderkakan inte lossnar, och man tvingas därför ofta operera bort livmodern i samband med förlösningen. Risken för *placenta accreta* vid *placenta previa* var 3, 11, 40, 61 respektive 67 procent efter ett, två, tre, fyra respektive fem eller fler genomgångna kejsarsnitt [53].

Postoperativa sammanväxningar kan ge både ökad risk för tarmvred (ileus) och smärtor i buken. Risken för sammanväxningar är individuell. Risken att på lång sikt drabbas av ileus efter kejsarsnitt har inte studerats i så stor utsträckning [45]. Risken anges dock vara lägre efter kejsarsnitt än efter andra abdominala operationer. Den har en retrospektiv studie angetts till 1:2 000 [54]. I en studie från Medicinska födelseregistret har risken för att bli vårdad för sammanväxningar eller ileus inom 15 år efter ett kejsarsnitt (akuta och planerade blandade) angetts till 0,64 procent och efter en vaginal förlösning 0,32 procent [55].

Samlagssmärta: Studier angående samlagssmärta är inte entydiga. I en studie fann man ingen signifikant skillnad [45] medan man i en annan studie fann fler fall av samlagssmärta i kejsarsnittsgruppen i jämförelse med kvinnor som fött vaginalt utan perineotomi (klipp eller snitt i perineum i samband med förlösningen) [56].

Kronisk buksmärta: I en systematisk översikt över kronisk buksmärta och kejsarsnitt redovisas ett OR på 3,18 för kvinnor med tidigare kejsarsnitt jämfört med vaginalförlösta. Det finns dock inga randomiserade studier, vilket innebär att man inte kunnat kontrollera för stör-faktorer [57].

Urininkontinens: Några studier visar att kvinnor som är förlösta vaginalt besväras av urininkontinens i större utsträckning. I en prospektiv studie undersöktes 541 förstföderskor som genomgått planerat kejsarsnitt eller vaginal förlösning. Man studerade trängningar, trängningsinkontinens, ansträngningsinkontinens och användning av inkontinensskydd. Nio månader efter förlösningen var frekvensen 22, 20, 20 respektive 16 procent i kejsarsnittsgruppen och 24, 18, 26 respektive 14 procent i den vaginalförlösta gruppen [58]. I en populationsbaserad studie av cirka 16 000 kvinnor uppgav 2,5–3,9 procent av de som genomgått planerat eller akut kejsarsnitt att de hade besvär efter 3–6 mån jämfört med 8,8 procent av de vaginalförlösta. Om kvinnan förlöst instrumentellt var risken 18–60 procent [59]. En studie av Medicinska födelseregistret visade att risken att bli opererad för ansträngningsinkontinens var 136/30 000 för kvinnor som enbart hade genomgått kejsarsnitt och 723/60 000 för kvinnor som enbart hade fött vaginalt. Resultatet visade att risken för urininkontinens var 1,5 gånger högre för kvinnor som enbart hade genomgått kejsarsnitt jämfört med kvinnor som enbart hade fött vaginalt.

tatet för hur många som behöver genomgå ett kejsarsnitt för att en ska drabbas (*number needed to harm*, NNH) var 357 [60]. I Hannahs randomiserade sätesstudie uppgav 36/798 (4,5 procent) i kejsarsnittgruppen urinläckage, jämfört med 58/797 (7,3 procent) i den vaginalförlösta gruppen [43]. Det har framförts att risken för inkontinenssymtom kan halveras om kvinnans samtliga barn föds med planerat kejsarsnitt [61]. Flera studier med långtidsuppföljning har dock visat att risken för urininkontinens på lång sikt är ungefär lika stor, oavsett förlossningssätt [61–64].

Analinkontinens definieras som ofrivilligt läckage av gas och/eller avföring. Orsaker till analinkontinens kan vara bristningar i ändtarmsmuskeln eller skador på nervus pudendus i samband med förlossningen. Frekvensen av sfinkterrupturer anges i internationella studier vara 3–4 procent, enligt vissa rapporter upp till 7 procent hos förstföderskor. Det är dock inte fastställt att risken för analinkontinens är mindre efter kejsarsnitt. I den randomiserade sätesstudien var det ingen skillnad i analinkontinens efter tre månader [43]. En Cochrane-rapport visar att det inte finns några fördelar med planerat kejsarsnitt för att minska risken för analinkontinens, men det finns inga randomiserade studier av detta [65].

Prolaps: Risken att drabbas av uterusprolaps (livmoderframfall) är cirka 5 procent efter 50 års ålder, och detta är en vanlig orsak till gynekologisk operation. Man uppnår dock sällan full symtomfrihet och återfallsrisken är relativt hög [66]. Studier med magnetröntgen på levatormuskulaturen har visat skador efter förlossningar med långt utdrivningsskede. Skador på bindväv och nervus pudendus har också dokumenterats. Prolaps är starkt associerat till ålder och barnafödande, men obesitas, lungsjukdomar med hosta, arbete med tunga lyft och sannolikt också tarmfunktion påverkar risken för prolaps. Några studier visar att risken för prolaps är mindre efter kejsarsnitt [62, 63, 66–69], medan andra inte kan påvisa någon sådan skillnad [70, 71]. Skillnaden i resultat kan bero på metodologiska svårigheter. Stora registerstudier av skotska och svenska material visar att risken för att opereras för framfall är mycket större om man enbart har genomgått vaginalförlossningar [72, 73]. I dessa studier har man dock inte kunnat kontrollera för alla stör-faktorer. I en ny studie av Medicinska födelseregistret där man försökt kontrollera för fler stör-faktorer var risken att bli opererad för prolaps 58/30 000 för kvinnor som enbart förlöstes med kejsarsnitt och 1 306/60 000 för kvinnor som enbart fött vaginalt. Antalet som behövde föda vaginalt för att en skulle drabbas av prolaps som krävde operation var 135 (NNH) [60].

Postpartumdepression: Postpartumdepression, definierat som höga poäng på skalan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), förekommer hos ungefär 10 procent av alla kvinnor som genomgått en förlossning, oavsett förlossningssätt [74]. Observationsstudier där man jämfört planerat kejsarsnitt och planerat vaginal förlossning visade ingen skillnad i fråga om postpartumdepression [21, 30]. En randomiserad studie visade inte heller några skillnader två år efter förlossningen mellan planerade kejsarsnitt och vaginala förlossningar [64].

Förlossningsupplevelsen: I en svensk populationsbaserad studie med syfte att undersöka förekomst av och riskfaktorer för en negativ förlossningsupplevelse fann man att 7 procent av kvinnorna hade en negativ förlossningsupplevelse. De riskfaktorer man fann var: (1) faktorer relaterade till oväntade medicinska komplikationer, (2) faktorer relaterade till kvinnans sociala liv, (3) faktorer relaterade till kvinnans känslor under förlossningen och (4) faktorer som vårdgivaren har inflytande över (professionellt stöd) [75].

Kvinnor med förlossningsrädsla som inte fått hjälp att bearbeta denna har i en nationell svensk studie visat sig ha en sämre förlossningsupplevelse än förlossningsrädda kvinnor som fått samtalsstöd, men studien visade också att de som inte sökt eller fått stöd oftare födde vaginalt än den andra gruppen [76]. Bland de som fått samtalsstöd är andelen kejsarsnitt alltså högre. Det kan bero på att verksamheten ofta är uppbyggd så att en kvinna som önskar kejsarsnitt först måste träffa en specialutbildad barnmorska för vårdplanering, vilket innebär en viss selektion [77].

Total amningstid: Det finns forskning som visar att den totala amningstiden inte skiljer sig åt mellan kvinnor som förlöstes vaginalt respektive med kejsarsnitt [43, 78], och det finns andra studier som visar på signifikanta skillnader i amningstidens längd, där kvinnor som förlöstes med kejsarsnitt har kortare amningstid [41, 79].

Fertilitet efter kejsarsnitt: En systematisk översikt över åtta kohortstudier [50] visar att kvinnor som genomgått kejsarsnitt föder färre barn än de som fött vaginalt. Den relativa risken för infertilitet (definierat som att man inte föder fler barn) är 1,5 (95% konfidensintervall 1,1–2,0) [45]. Intervallet mellan förlossningarna är också längre. Det är svårt att bedöma i vilken grad själva kejsarsnittet har betydelse för detta [80]. En faktor att ta hänsyn till är att kvinnor som genomgår kejsarsnitt oftast är äldre, vilket i sig innebär lägre fertilitet. Personlighet och indikation för genomgången kejsarsnitt kan spegla en ökad sjuklighet, som i sin tur kan påverka fertiliteten. En lägre fertilitet kan därför spegla förhållanden som fanns redan före kejsarsnittet, och kejsarsnittet i sig är då inte orsak till det i många studier redovisade lägre barnafödandet efter kejsarsnitt [81, 82].

I en registerstudie konstaterades ett samband mellan kejsarsnitt och senare missfall, extrauterin graviditet och tillväxthämning [50]. Graviditeter i uterusärret har också beskrivits [83]. Detta kan leda till missfall med stora blödningar. En annan registerstudie visade en högre risk för intrauterin fosterdöd efter kejsarsnitt, 1,1/1 000 jämfört med 0,5/1 000 för kvinnor som inte genomgått kejsarsnitt [84]. Andra studier har dock inte kunnat bekräfta detta [85].

Sammanfattningsvis kan kejsarsnitt leda till långsiktiga negativa konsekvenser för modern, främst ökad risk för uterusruptur och placentakomplikationer vid kommande graviditeter. För varje kejsarsnitt ökar risken för dessa komplikationer. Risken för urin- och analinkontinens är på lång sikt ungefär jämförbar mellan kvinnor som fött vaginalt och som genomgått kejsarsnitt. Risken att drabbas av uterusprolaps är dock högre för kvinnor som enbart har fött vaginalt än för kvinnor som enbart förlöstes med kejsarsnitt. En annan långsiktig konsekvens är att kvinnor som genomgått kejsarsnitt föder färre barn än kvinnor som fött vaginalt, och också har längre intervall mellan graviditeterna. Detta har visats i studier av stora populationer, men kan bero på andra faktorer än just kejsarsnittet.

Konsekvenser för barnet

När kejsarsnitt görs av medicinska orsaker hos fostret eller modern har man gjort den bedömningen att operationen minimerar de medicinska risker som klart överväger de risker ett kejsarsnitt innebär för modern och barnet. När kejsarsnitt däremot utförs utifrån moderns önskemål, utan medicinsk orsak och trots att vaginal förlossning enligt medicinsk bedömning är att föredra, får de ökade medicinska riskerna för barnet en relativt sett större betydelse. Nedan följer en genomgång av konsekvenser av kejsarsnitt för barnet.

Utöver förlossningssättet har tidpunkten för förlossningen betydelse för utfallet. Överburenhet är förknippat med vissa ovanliga men allvarliga komplikationer, däribland sen intrauterin fosterdöd. Om fostret är storvuxet kan även det innebära ökad komplikationsrisk. Risken för dessa utfall minskar vid födsel före tiden för beräknad förlossning, oavsett förlossningssätt. Eftersom planerade kejsarsnitt görs före det beräknade förlossningsdatumet innebär det minskad risk för dessa utfall, men samma riskminskning uppnås om vaginal förlossning sätts igång vid samma tidpunkt.

Risker för barnet på kort sikt

Neonatal andningsstörning: Den vanligaste komplikationen som är överrepresenterad vid planerat kejsarsnitt är neonatal andningsstörning [86–90]. Under graviditeten insöndras vätska till lungblåsorna som ett led i lungornas utveckling. Inför förlossningen börjar i stället en resorption av vätska från lungblåsorna. Vid normal förlossning sker en dramatisk ökning av denna under inflytande av den kraftiga

insöndringen av oxytocin och katekolaminer, till exempel adrenalin. Vid planerat kejsarsnitt har denna process inte hunnit komma igång ordentligt, vilket ger ökad risk för andningsstörning och ineffektivt gasutbyte i lungorna [91]. Vid akut kejsarsnitt under förlossningsarbetet har processen däremot hunnit komma igång, och risken för andningsstörning är därför inte förhöjd på samma sätt [88].

I lindriga fall får barnen endast snabb andning, men ibland behövs syrgastillförsel och övertrycksandning. I sällsynta fall kan lungsäcken brista, så att lungan faller ihop. Denna komplikation kräver förutom andningshjälp (i form av respiratorbehandling) också dränagebehandling [92, 93]. En annan komplikation är kvarstående förhöjt blodtryck i lungkretsloppet, vilket också kan kräva speciella insatser [93].

Risken för någon form av andningsstörning avtar ju närmare tiden för beräknad förlossning man kommer. I en stor brittisk studie från 1995 var incidensen vid 37 veckors graviditet 7,4 procent efter planerat kejsarsnitt jämfört med 1,3 procent efter vaginal förlossning [88]. Senare forskningsrapporter från flera andra länder visar liknande resultat. Flera studier visar att planerat kejsarsnitt före 39 veckors graviditet jämfört med senarelagd operation ökar risken betydligt för andningsstörningar av olika allvarlighetsgrad och behov av mekanisk ventilation. Planerat kejsarsnitt bör därför utföras efter 39 fullgångna veckor [90, 94–96].

Våren 2010 fanns det i det svenska kvalitetsregistret för neonatalvård 662 barn som fötts fullgångna (i graviditetsvecka 37–41) med planerat kejsarsnitt. Av dessa vårdades 54 procent på grund av andningsstörning. Medelvårdtiden var 3,4 dagar, varav 0,1 dygn med respirator och ett dygn med enklare övertrycksandning. En andel på 10 procent hade en allvarligare form av andningsstörning, med sammanfallen lunga, annan andningssjukdom eller förhöjt blodtryck i lungkretsloppet. Endast enstaka barn krävde avancerad andningshjälp med så kallad ECMO-behandling (där blodet leds ut och syresätts på maskinell väg innan det återförs till kroppen) [97]. Av det sydsvenska kvalitetsregistret framgår det att neonatal andningsstörning förekom hos 4,5 procent av de barn som fötts med planerat kejsarsnitt men endast hos 1,2 procent av dem som fötts vaginalt. Vart 35:e planerat kejsarsnitt leder till att barnet behöver neonatalvård [98].

Andra negativa konsekvenser för det barn som föds via planerat kejsarsnitt är ökad risk för hypoglykemi [99] och hypotermi [100]. Vidare har flera studier visat att om kejsarsnitt utförs före 39 fullgångna veckor ses en flerfaldigt ökad risk för neonatal hypoglykemi, sepsis, inläggning på neonatal intensivvårdsavdelning och vårdtid på sjukhus över 5 dagar [90, 94–96]. När det gäller etablering av amning och anknytning mellan mor och barn relaterat till förlossningssätt är data inte entydiga. I vissa studier har man sett en något kortare amningsperiod och något sämre anknytning efter kejsarsnitt, medan andra inte har kunnat se detta mönster. Tidig samvård även efter operation kan sannolikt minska eventuella skillnader [41, 101–104].

Sammanfattningsvis har tidpunkten för ett kejsarsnitt stor betydelse för hur stora risker barnet utsätts för. Den vanligaste omedelbara komplikationen vid kejsarsnitt är neonatal andningsstörning av olika grad. Vid ett planerat kejsarsnitt före fullgången tid är risken för detta större än vid ett akut kejsarsnitt eller vaginal förlossning vid fullgången tid, på grund av olika grad av lungmognad. Andra komplikationer som är vanligare vid kejsarsnitt än vid vaginal förlossning är hypoglykemi, hypotermi och sepsis.

Risker för barnet på lång sikt

Det finns också studier av långtidseffekter av kejsarsnitt, effekter som visar sig efter nyföddhetsperioden och hos unga vuxna.

Ökad risk

Påverkad bakterieflora: Man har hos barn som fötts genom kejsarsnitt sett att bakteriefloran i tarmen etablerats senare än vid vaginal förlossning, och att detta lett till permanenta skillnader i bakterieflora [105]. Detta skulle kunna ge en obalans mellan bakteriernas

produkter som i sin tur skulle kunna ha betydelse för tarmslemhinnans struktur och funktion. Att bakteriefloran i tarmen är viktig för det immunologiska systemets utveckling har också beskrivits [106–109]. I populationer av patienter med vissa autoimmuna sjukdomar har man sett att en högre andel än i den totala populationen har fötts med kejsarsnitt, men sambanden är inte klarlagda.

Astma och gastroenterit: Ovanstående skulle kunna förklara varför man i en svensk registerstudie fann att barn som fötts genom kejsarsnitt löpte cirka 30 procent högre risk att vårdas på sjukhus för astma och/eller gastroenterit jämfört med barn som fötts genom vaginal förlossning. Risken var något högre vid planerat än vid akut kejsarsnitt. Astmafrekvensen var 2,6 procent hos kejsarsnittsbarn jämfört med 2,0 procent hos vaginalt födda. Även risken för födoämnesallergier och atopi har visat sig vara förhöjd. På samma sätt var frekvensen av gastroenterit 4,0 procent hos kejsarsnittsfödda och 3,1 procent hos vaginalt födda. För samtliga dessa tillstånd var skillnaderna signifikanta, men något orsakssamband är inte fastlagt [110]. Det finns även välgjorda studier där man inte sett något samband mellan planerat kejsarsnitt och senare utveckling av astma [111]. I en metaanalys som omfattade tjugo studier, de flesta kohortstudier, var dock risken för att få diagnosen astma i barndomen 20 procent högre för dem som fötts genom kejsarsnitt än för dem som fötts vaginalt [112]. I denna analys skilde man inte på planerat och akut kejsarsnitt. Prevalensen för läkardiagnostiserad astma hos svenska skolbarn i 7–8-årsåldern ökade från 5,7 procent 1996 till 7,4 procent 2006 [113].

Glutenintolerans: Incidensen i Sverige har ökat kraftigt, från 19/100 000 år 1998 till 44/100 000 år 2003. Preliminära resultat från en pågående studie i Sverige antyder att prevalensen bland barn i årskurs 6 nu kan vara så hög som 3/100 [114]. Etiologin får antas vara multifaktoriell utifrån det faktum att det förekommer signifikanta regionala skillnader, där incidensen är högst i Västra Götaland, Halland, Småland, på Öland och Gotland och lägst i södra Sverige, östra Mellansverige utom Stockholmsregionen och i Norrland, samt att man sett könsskillnader, familjär överrepresentation och inflytande av tillmatningsrutiner [115, 116]. Dessa etiologiska faktorer tycks också medföra en ökad risk för att bli förlöst med kejsarsnitt. I en populationsbaserad kohortstudie fann man att kvinnor med glutenintolerans hade lägre fertilitet i lägre ålder och högre fertilitet i högre ålder än kvinnor i motsvarande åldrar utan glutenintolerans [117]. Detta innebar bland annat att kvinnor med glutenintolerans i högre utsträckning födde genom kejsarsnitt (OR 1,33). En del av den riskökning på 80 procent att drabbas av glutenintolerans efter kejsarsnitt som redovisas i en multicenterstudie från 2010 kan sannolikt därför förklaras av ärftligt betingade samband [118]. Det finns för närvarande inte stöd för något orsakssamband mellan kejsarsnitt och glutenintolerans. För inflammatoriska tarmsjukdomar som grupp är data ännu motsägelsefulla [119, 120].

Diabetes typ 1: Risken att insjukna i typ 1-diabetes före 15 års ålder har fördubblats de senaste 20 åren i Sverige, som har rapporterat världens näst högsta incidens, cirka 45/100 000 [121, 122]. Etiologin är sannolikt multifaktoriell; utöver genetiska faktorer har inflytande från miljöfaktorer och virusangrepp diskuterats. Det finns också rapporter om ökad förekomst av diabetes typ 1 i barnåren efter kejsarsnitt jämfört med efter vaginal förlossning. Riskökningen för diabetes efter kejsarsnitt har i en metaanalys av 20 observationsstudier rapporterats till 23 procent [123]. En svaghet i analysen är att författarna inte har kunnat värdera en eventuell skillnad mellan planerat och akut kejsarsnitt. I en studie från Nordirland och Skottland var dock den ökade risken mer markerad efter planerat kejsarsnitt [124].

Vissa ovanliga tumörsjukdomar har rapporterats förekomma i högre grad hos barn som fötts via kejsarsnitt än hos vaginalt födda [125, 126]. Andra har dock inte kunnat bekräfta något sådant samband [127]. I dessa studier har man inte skilt mellan planerat och akut kejsarsnitt. Det finns alltså ännu inte något stöd för orsakssamband mellan att födas med kejsarsnitt och senare tumörsjukdom, men för-

lossningssättets betydelse för uppkomst av senare sjukdom uppmärksammas allt mer. I en aktuell svensk studie har man visat förändrat uttryck av arvsmassan hos barn som fötts genom kejsarsnitt jämfört med barn som fötts genom vaginal förlösning [128]. Inte heller denna studie fastslår något orsakssamband, men den visar att det kejsarsnittsfödda barnet kan utsättas för annan påverkan än det vaginalfödda. För att kunna avgöra om det finns några verkliga samband eller inte krävs det dock fler studier.

Sammanfattningsvis finns det stöd för att kejsarsnitt innebär ökade risker för barnet, inom en rad tillstånd som redovisas ovan, jämfört med vaginal förlösning.

Minskad risk

Mekoniumaspiration: Mekonium (tarmbeck) i fostervattnet förekommer i olika grad vid 10–15 procent av fullgångna graviditeter [129]. Med aktiv fosterövervakning har problemet med allvarlig mekoniumaspiration minskat. I en kohortstudie från Australien och Nya Zeeland som omfattade nästan 2,5 miljoner vaginala förlösningar var behovet av intubation och mekanisk ventilation på grund av mekoniumaspiration 0,43/1 000 förlösningar [130].

Allvarlig syrebrist har studerats i Sverige, exempelvis i ett västsvenskt material om 42 203 barn från åren 1985–1991. Där återfanns 227 fullgångna nyfödda barn med apgarpoäng <7 vid 5 minuters ålder där orsaken bedömdes vara syrebrist. Endast 1,8/1 000 uppvisade dock tecken på hjärnskada i neonatalperioden, endast 0,3/1 000 dog och endast 0,2/1 000 uppvisade tecken på bestående hjärnskada [131]. I en svensk populationsbaserad sammanställning från perioden 1991–1994 av cerebral pares hos barn födda i fullgången tid visades att orsaken endast i 28 procent av fallen var allvarlig syrebrist [132]. Ny teknik med kylning av den asfyktiska hjärnan i neonatalperioden som nu införs kommer att förbättra resultaten ytterligare [133, 134]. Även andra sällsynta men allvarliga tillstånd finns:

Plexus brachialis-skada, dvs. en skada på det nervnät som försörjer armen. Risken har utvärderats i ett svenskt material som omfattade 1 213 987 förlösningar och var vid vaginal icke instrumentell förlösning 0,2 procent, vid instrumentell vaginal förlösning 0,9 procent och vid kejsarsnitt 0,04 procent [135].

Intrakraniell blödning har undersökts i ett amerikanskt populationsbaserat material som omfattade 583 340 förlösningar med simplexgraviditeter och barn som vägde 2 500–4 000 gram. Sådan blödning förekom hos 0,05 procent vid spontan vaginal förlösning, 0,12 procent vid förlösning med sugklocka, 0,15 procent vid förlösning med tång, 0,11 procent vid akut kejsarsnitt och 0,04 procent vid planerat kejsarsnitt. Författarnas slutsats var att en gemensam riskfaktor var onormalt värkarbete [136].

Neonatal sepsis och meningit: När det gäller neonatal sepsis och/eller meningit är incidensen i fullgången tid mycket låg, i ett svenskt material 2,2/1 000 med en mortalitet på 0,1/1 000. Av de som drabbades hade 59 procent den tidiga formen (med debut under första levnadsveckan) som anses relaterad till vaginal förlösning, med incidensen 1,3/1 000 [137].

Sammanfattningsvis innebär kejsarsnitt en minskad risk för ovanliga, men allvarliga komplikationer som är förknippade med vaginal förlösning, exempelvis allvarliga följder av mekoniumaspiration och allvarlig syrebrist.

Risker vid framtida graviditeter och förlösningar

Utöver riskförhållandena vid den aktuella förlösningen finns också risken för negativa konsekvenser av ett tidigare genomfört kejsarsnitt för barn i en kommande graviditet, eftersom varje nytt kejsarsnitt ökar risken för placentakomplicationer flerfaldigt (se vidare ovan, i avsnitten om uterusruptur respektive placentakomplicationer). Samtidigt är risken för uterusruptur vid vaginal förlösning efter

kejsarsnitt ökad till 0,5–2 procent, bland annat beroende på hur förlösningen startar [138].

En skotsk studie visade att om en vaginal förlösning genomförs efter kejsarsnitt kvarligger risken för perinatal död på samma nivå som hos en förstföderska när mekaniska orsaker undantagits. Däremot var risken för perinatal död på grund av uterusruptur åttafaldig jämfört med motsvarande risk för omföderskor som inte genomgått kejsarsnitt [139]. En riskökning för perinatal död men inte för intrapartal eller neonatal död om den första förlösningen är ett kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlösning har beskrivits i en studie från Tyskland. Generellt var dock dessa mödrar äldre, hade i större utsträckning fetma och hade fler obstetriska komplikationer under graviditeten jämfört med mödrar vars första förlösning var vaginal [140].

Sammanfattningsvis kan kejsarsnitt innebära negativa hälsoeffekter även för eventuella framtida foster/barn. Samtidigt kan vissa risker som är förknippade med vaginal förlösning undvikas. Det är därför svårt att göra en sammanvägd riskbedömning.

Vilka faktorer har betydelse för indikationen?

Skälen till att friska kvinnor önskar genomgå ett planerat kejsarsnitt i stället för att föda vaginalt varierar. Det kan vara förlösningssrådsla, omständigheter kring tidigare förlösning, andra tidigare vårdupplevelser, tankar om framtida reproduktion med mera.

För att fastställa vad som bör ingå i indikationen för kejsarsnitt på moderns önskan har arbetsgruppen analyserat nedanstående faktorer av potentiell betydelse.

Förlösningssrådsla

Förlösningssrådsla är vanligt förekommande. Studier indikerar en prevalens på 5–40 procent av gravida kvinnor [2, 10, 141–143]. Förlösningssrådsla finns i ett spektrum från lättare oro, som inte inverkar negativt på kvinnans dagliga tillvaro, till förlösningssfobi med påtaglig funktionssvikt. Förlösningssrådsla kan delas in i följande tre undergrupper:

- Primär; där kvinnan redan före eller under sin första graviditet har en rädsla för förlösningen. Om rädslan finns före graviditeten kan den göra att hon undviker att bli gravid.
- Sekundär; efter tidigare traumatisk förlösningssupplevelse, t.ex. smärtsam eller långdragen förlösning som avslutats med sugklocka. Kan i svåra fall utvecklas till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) [144].
- Samsjuklighet till depression, ångestsyndrom eller annan psykisk sjukdom [145].

Förlösningssrådslan kan vara grundad i oro för barnets eller den egna hälsan eller i oro för att tappa kontrollen eller att inte orka följa förlösningen.

Förlösningssrådsla associeras med tidigare svår förlösningserfarenhet, personlighetsdrag med lättväckt ångest och oro, bristande socialt stöd, ångestsyndrom och egentlig depression [146].

Förstföderskor med förlösningssrådsla utgör en särskild grupp, eftersom de inte har någon egen erfarenhet av barnafödande. Det kan i stället finnas andra mekanismer och föreställningar som kan vara orsak till rädslan. Det är viktigt att bemöta och ta hand om de här kvinnorna på ett bra sätt, eftersom förlösningssättet vid första barnets födelse har en avgörande betydelse för kvinnans reproduktiva hälsa.

För kvinnor som önskar kejsarsnitt på grund av förlösningssrådsla har såväl arten som graden av rädsla betydelse för hur den indivi-

duella vårdplanen ska utformas och utgör en viktig grund vid beslut om kvinnans önskemål ska tillmötesgå eller inte. Graden av förlösningsrädsla kan skattas med hjälp av olika psykometriska instrument (se bilaga 5). För kliniskt bruk finns följande definition av olika grader av förlösningsrädsla [16, 147, 148]:

- Lindrig eller måttlig förlösningsrädsla: En oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför en förlösning. En måttlig rädsla kan vara svår att hantera utan hjälp och stöd, men medför inte något ständigt psykiskt illabefinnande.
- Svår förlösningsrädsla: Rädsla inför, under eller efter förlösning som medför ett psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag och/eller funktioner.
- Förlösningsfobi: En extrem förlösningsrädsla som medför undvikande av graviditet eller av vaginal förlösning [148, 149].

Ålder

Ålder i sig kan inte användas som utgångspunkt för om en åtgärd ska vidtas eller inte, utan det handlar snarare om de faktorer som är förknippade med ålder. Kvinnans ålder är starkt relaterad till såväl möjligheten att bli gravid som till hur förlösningsutfallet blir [5].

Ett kejsarsnitt innebär högre risk än en vaginal förlösning, om det inte finns medicinska omständigheter som uppväger risken. Riskökningen är inte så stor om kvinnan endast kommer att föda ett barn. Men risken ökar betydligt för varje ytterligare graviditet och förlösning som hon genomgår, vilket tydligt framgår av den genomgång av litteratur som redovisats tidigare i rapporten. En ung kvinna som genomgår kejsarsnitt, liksom de barn som hon eventuellt kommer att vänta, utsätts därför för en större framtida risk. *När risken med det aktuella kejsarsnittet ska vägas så handlar det här alltså inte om ålder i sig utan om sannolikheten att bli gravid ytterligare en eller flera gånger.* Att få en ung kvinna som först uttrycker en önskan om ett kejsarsnitt att ändra sig och i stället planera för att föda vaginalt kan därför vara betydelsefullt, särskilt om hon är förstföderska.

För en kvinna som är 40 år eller äldre när kejsarsnittet utförs är sannolikheten för ytterligare spontana graviditeter låg. Det faktum att det nu finns möjlighet till assisterad befruktning (inklusive äggdonation) även i förhållandevis hög ålder innebär dock att även en i sammanhanget äldre kvinna utsätts för en viss framtida risk som också måste beaktas.

En annan aspekt att beakta är medicinska risker som ökar med stigande ålder, t.ex. risken för djup ventrombos.

Tidigare kejsarsnitt

I Sverige är det praxis att ett tidigare kejsarsnitt i sig inte utgör ett hinder för vaginal förlösning. Ett tidigare kejsarsnitt ökar visserligen risken för akut kejsarsnitt vid kommande vaginal förlösning, men den risken bedöms inte vara så stor att den i sig uppväger andra risker som ett kejsarsnitt innebär. Som tidigare redovisats i avsnittet om konsekvenser för modern ökar risken för placentakomplicationer vid graviditet och uterusruptur vid vaginal förlösning om kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt. För varje ytterligare kejsarsnitt som kvinnan genomgått ökar risken betydande. För dessa kvinnor måste man därför göra en individuell riskbedömning.

Tidigare förlösningsskada hos modern

Tidigare förlösningsskada hos modern, exempelvis stora bristningar, inkontinens etc. är enligt praxis inte medicinskt skäl för kejsarsnitt såvida det inte finns kvarstående allvarliga besvär. Däremot kan den ge upphov till rädsla hos kvinnan inför förlösningen och bidra till att hon önskar föda med kejsarsnitt. Dessa kvinnor behöver särskild

tid avsatt för att få möjlighet att diskutera varför skadan uppkom och information om möjligheten att förebygga att den upprepas igen.

Övergripping

Kvinnor som blivit utsatta för sexuellt våld, annan typ av våld eller tortyr är en speciell grupp. De kan vara rädda för att de ska känna sig utsatta vid en vaginal förlösning, tappa kontrollen eller för att smärtan i samband med förlösningen ska väcka starka minnen av det som de varit utsatta för. Ofta kan det vara svårt för kvinnan att vid samtalen beröra det som är den verkliga orsaken till hennes rädsla. Därför kan det vara svårt att få klart för sig vad som ligger bakom kvinnans önskemål. Det krävs förtroendefulla samtal för att kvinnan ska våga berätta vad hon varit med om och vad i själva förlösningssituationen som hon är rädd för. Den här faktorn kan utgöra indikation för planerat kejsarsnitt, men det krävs en individuell bedömning.

Tidigare dött eller skadat barn relaterat till graviditet eller förlösning

Att ett barn skadats eller dött vid en tidigare vaginal förlösning utgör oftast inte indikation för kejsarsnitt. Kvinnan kan dock känna stor rädsla för att även det väntade barnet ska drabbas och därför önska att bli förlöst med kejsarsnitt. Det krävs speciella insatser för att ge dessa par tillräcklig information och även möjlighet att diskutera den tidigare händelsen. Om det visar sig vara svårt att etablera trygghet inför en ny vaginal förlösning kan detta utgöra indikation för planerat kejsarsnitt, men det krävs en individuell bedömning.

Psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom kan i enstaka fall utgöra medicinskt skäl för planerat kejsarsnitt. Det rör sig i dessa fall om en akut psykiatrisk symtombild. Kvinnan kan under sådana omständigheter ha svårt att medverka vid förlösningen. En kvinna med psykisk sjukdom eller annan allvarlig psykisk sjukdom som är välinställd på farmakologisk behandling och i stabilt skede kan dock mycket väl klara av att genomgå en vaginal förlösning efter psykopedagogiska insatser med information och psykologisk förberedelse. Vaginal förlösning kan många gånger vara att föredra, eftersom kvinnan så påtagligt är närvarande och delaktig i det som sker, vilket kan motverka vanföreställningar. Beslut om förlösningssätt bör ske i samråd med psykiater och obstetrik.

Planeringsskäl

En mindre grupp kvinnor vill inte uppge skäl för sin önskan, eller anger att de önskar kejsarsnitt av praktiska eller planeringsmässiga skäl. Med planeringsskäl avses när kvinnan eller paret inte kan uppge andra skäl än rent praktiska, exempelvis att partnern är bortrest, att paret bor långt från sjukhuset eller att det passar i deras livsplanering. Detta bedöms inte vara skäl för kejsarsnitt.

Förutsättningar som bör vara uppfyllda för att indikation ska föreligga

Patientrelaterade förutsättningar:

Kvinnan har redovisat skälet för sitt önskemål om kejsarsnitt, och det bedöms vara tillräckligt tungt vägande

En förutsättning för att en kvinna ska erbjudas ett kejsarsnitt utan medicinska skäl är att hon tydligt anger skälet till sitt önskemål, eftersom det inte är en rättighet att kräva ett kirurgiskt ingrepp och efter-

som läkaren som fattar beslutet har det långsiktiga ansvaret för beslutets konsekvenser för såväl kvinnan som det väntade barnet samt eventuella framtida graviditeter. För att indikation ska föreligga bör skälet dessutom vara tillräckligt tungt vägande.

Kvinnan står fast vid sin önskan

Om kvinnan står fast vid sin önskan även efter det att hon (1) fått och förstått information om kort- och långsiktiga konsekvenser av olika förlossningssätt för såväl henne själv som för fostret/barnet liksom för eventuella framtida graviditeter och (2) blivit erbjuden/fått stödsamtal/annan typ av insatser kan det finnas skäl att tillmötesgå hennes önskan om kejsarsnitt. Grundläggande är att det finns tillräckligt med tid för att kvinnan ska få möjlighet att ta till sig och begrundat information om de olika förlossningssätten och vad detta kan få för konsekvenser på såväl kort som lång sikt för henne själv, det väntade barnet och eventuella framtida barn. Vidare behövs tid om kvinnan ska få möjlighet att få stödjande samtal och eventuella andra insatser. Avsikten med dessa är att stärka henne så att hon får möjlighet att samtala om och bearbeta sådant som hindrar henne från att se vaginal förlossning som ett möjligt alternativ. Omfattningen av insatserna kan i vissa fall begränsas av att graviditeten är långt gånget när önskemålet framförs. Därför är det viktigt att barnmorskor inom mödravården redan tidigt i graviditeten frågar varje kvinna hur hon ser på förlossningen, så att de som behöver särskilt stöd kan remitteras till samtalsmottagning för förlossningsrädda kvinnor och par.

Vårdprocessrelaterade förutsättningar:

En strukturerad anamnes har upptagits och kvinnans skäl har värderats

En förutsättning för att kunna värdera en kvinnas önskan om planerat kejsarsnitt är att en *strukturerad anamnes* har upptagits. Utifrån denna ska kvinnans skäl och styrkan i det (exempelvis grad av rädsla/ångest) ha bedömts.

Kvinnor som är rädda för att en vaginal förlossning ska ge återfall av psykisk ohälsa, oro för att något ska hända barnet, oro för att själva bli skadade vid vaginal förlossning, rädsla för att tappa kontrollen/känna sig utlämnade/lämnas ensamma eller för förlossningsmärta bör erbjudas fortsatt stöd och individuell vårdplanering med målsättning att i första hand nå fram till en vaginal förlossning.

Kvinnor som önskar kejsarsnitt av planeringsmässiga skäl eller som inte uppger något skäl för sitt önskemål bedöms inte ha tillräckligt tungt vägande skäl för att genomgå kejsarsnitt. I gruppen kan dock döljas kvinnor som är felkategoriserade då de inte velat uttrycka sin oro. Även dessa bör därför erbjudas stöd och individuell vårdplanering.

I enstaka fall kan kvinnan ha så tungt vägande skäl att vaginal förlossning inte övervägs.

Riktlinjer för anamnestagning finns i bilaga 4. Om det vid anamnestagningen framkommer att kvinnan är förlossningsrädd bör rädslan graderas med hjälp av ett psykometriskt instrument för ändamålet. Se bilaga 5 om att bedöma förlossningsrädsla.

En sannolikhets- och riskbedömning har genomförts

En bedömning har gjorts där man har sammanvägt sannolikheten för ytterligare graviditeter och riskökningar av olika slag som är relaterade till förlossningssättet för såväl kvinnan som foster/barn.

Vid bedömningen tas hänsyn dels till sannolikheten för ytterligare graviditeter (bedömd fertilitet i kombination med hur hon ställer sig till att skaffa ytterligare barn), dels till sannolikheten för att en vaginal förlossning skulle komma att sluta i ett akut kejsarsnitt samt risker med ett eventuellt planerat kejsarsnitt.

Information om kort- och långsiktiga konsekvenser av kejsarsnitt för mor och barn har getts såväl muntligt som skriftligt.

Det är av stor vikt att kvinnor som önskar kejsarsnitt får en korrekt och ingående information om konsekvenser av kejsarsnitt för såväl

moder som barn. Informationen bör ges både muntligt och skriftligt. Vårdgivaren ska ha försäkrat sig om att kvinnan har förstått informationen. Ett förslag på hur den skriftliga informationen till kvinnan kan utformas finns i bilaga 2.

Lämpliga stödinsatser har utformats

Stödinsatser utformas utifrån en sammanvägning av styrkan i de skäl kvinnan har uppgett och bedömningen av risken för akut kejsarsnitt, komplikationer vid vaginal förlossning, förlossningsrelaterad psykisk ohälsa respektive risker vid kommande graviditeter och förlossningar efter ett eventuellt kejsarsnitt.

Stödjande samtal/insatser har erbjudits/genomförts

Stödjande samtal/insatser har erbjudits/genomförts. Insatserna har anpassats dels till det skäl som kvinnan har för sin önskan, dels efter styrkan i hennes oro/rädsla.

Vårdgivarrelaterad förutsättning:

En handlingsplan bör finnas vid kliniken

Vid kliniken bör en handlingsplan upprättas för hur kvinnor med olika skäl och risknivå ska handläggas. Denna utformas utifrån den vårdtradition som finns lokalt och syftar till enhetlighet inom kliniken.

Etiska aspekter

Finns det ett vårdbehov?

Vanligtvis avgör hälso- och sjukvårdens personal (oftast läkare) om det finns behov av en viss åtgärd. Patientens uppgift är då att bidra med fakta av olika slag som har betydelse för behovsbedömningen. När en kvinna önskar ett kejsarsnitt är situationen annorlunda. Klart är att kvinnan har behov av förlossningsvård, men hon har själv definierat att detta behov endast kan tillfredsställas med ett kejsarsnitt. Oro, ångest och stark rädsla är något som hälso- och sjukvården har möjlighet att behandla, men frågan är i vilken mån ett kejsarsnitt är lösningen. Vid bedömningen av hur vårdbehovet ser ut måste olika faktorer vägas in. Oro, ångest och tidigare erfarenheter kan/bör påverka valet av behandlingsalternativ, dvs. fungerar som en ram för hur vi kan uppnå målet att åtgärda vårdbehovet.

Hur ska kvinnans autonomi/delaktighet i beslutet vägas in?

Normalt innebär respekt för patientens autonomi att vårdgivaren kartlägger vårdbehovet i samverkan med patienten. I denna kartläggning är det en viktig del att väga in patientens subjektiva uppfattning om sin situation och dennes värderingar av vilka behandlingsmål som ska uppnås. Därefter bedömer vårdgivaren vilket/vilka behandlingsalternativ som bäst kan möta detta vårdbehov och erbjuder patienten denna/dessa. Patienten får sedan ta ställning. Om patienten tackar nej till ett alternativ som vårdgivaren anser att patienten skulle gagnas av eller behöva, så bör vårdgivaren försäkra sig om att patienten förstått vad detta innebär, men måste därefter (om patienten bedöms som beslutskompetent) acceptera detta utan att närmare eftersöka skälen. I de fall där patienten hamnar i en viss situation där hon måste genomgå något, i detta fall en vaginal förlossning, om inget görs, ser beslutssituationen annorlunda ut än vid andra medicinska beslut. Detta skulle kunna motivera att man gör ett avsteg från normalregeln och tillåter kvinnan att önska en alternativ åtgärd om hon har goda skäl för detta. Men sjukvården bör kräva att kvinnan uppger relevanta skäl för sin önskan – eftersom det faktiskt finns möjlighet att avstå från att tillmötesgå kvinnans önskan. Det är viktigt att nej-alternativet finns kvar, även om det är lättare att säga ja än nej. Om nej-alternativet försvinner uppstår problemet att det inte finns

anledning att ange skäl för ja-alternativet. Det är viktigt att lyfta fram planerad vaginal förlossning som ett alternativ till kejsarsnitt.

Hänvisning till fysisk och personlig integritet är relevanta aspekter att väga in vid dialogen fram till ett beslut om kejsarsnitt. Hänvisning till självidentitet och självbild likaså.

Rättvisespekten

Rättvisespekten gör att varje kvinna i samma situation bör behandlas lika inom vården. Detta gör det viktigt att utforma ett gemensamt systematiskt sätt att kategorisera och värdera de skäl som kvinnan åberopar. Rättvisespekten i relation till vårdens begränsade resurser kan även innebära att man i en prioriteringssituation väljer att begränsa möjligheten till kejsarsnitt om behovet i relation till andra relevanta behov bedöms som mindre angeläget – en sådan situation kan dock kräva ytterligare differentieringar mellan de kvinnor som har tungt vägande skäl för att få kejsarsnitt i denna situation och de som har mindre tungt vägande skäl.

Professionella värderingar och ansvar

De professionella värderingarna bör komma in i dialogen inför beslutet, genom att man uttrycker hur man ser på de risker och den nytta som är förknippade med de alternativa åtgärderna, även om man i slutändan accepterar moderns önskan. Även om moderns önskan är ett nödvändigt villkor för att erbjuda kejsarsnitt utan medicinska skäl så kvarstår det professionella ansvaret att eftersöka skälen för önskan och att endast acceptera vissa typer av skäl.

Eftersom det ger en viss glidning mot efterfrågestyrd vård i och med att man accepterar moderns önskan som en nödvändig förutsättning för kejsarsnitt bör man bevaka så att det inte sker ytterligare glidningar utan att man är beredd på och medvetet förhåller sig till den typen av glidning.

I dialogen som leder fram till beslutet bör hänsyn tas till tredje part (fostret/barnet) – och risker/nytta för barnet bör vägas in i argumentationen. I den mån beslutet har stora och långtgående negativa konsekvenser för barnet bör det leda till större restriktivitet med att tillmötesgå önskan om kejsarsnitt.

Hälsoekonomiska aspekter

Ingen studie har identifierat där kejsarsnitt på moderns önskan respektive vaginal förlossning har jämförts i fråga om kostnadseffektivitet. Litteratursökningen gav dock några studier där kostnader för planerat kejsarsnitt respektive vaginal förlossning jämfördes. I en kanadensisk retrospektiv studie jämfördes kumulativa kostnader för sjukhusvård, för den aktuella graviditeten och kommande graviditeter för olika förlossningssätt vid den första förlossningen. Man kom fram till att kejsarsnitt gav högre kumulativa kostnader än andra förlossningssätt, oavsett antal eller typ av efterföljande förlossningar [150]. I en amerikansk studie jämfördes utfall efter planerat kejsarsnitt respektive planerad vaginal förlossning. Man fann att kejsarsnitt var förknippat med

- fler sjukhusinläggningar under de första 30 dagarna efter förlossningen (19,2 per 1 000 vs 7,5 per 1 000)
- 2,3 gånger högre risk för ny sjukhusinläggning under de första 30 dagarna (främst beroende på sårkomplikationer och infektioner, kontrollerat för störfaktorer)
- 76 procent högre genomsnittlig initial sjukhuskostnad (USD 4 372 vs 2 487)
- 77 procent längre sjukhusvistelse (4,3 vs 2,4 dagar). [151]

Vid en hälsoekonomisk bedömning behöver hänsyn tas inte bara till kostnaderna, utan också till utfallen av olika behandlingar (t.ex. överlevnad, livskvalitet). Såväl livskvalitet som kostnader påverkas av de risker på kort och lång sikt, för mödrar och för barn, som beskrivits på annan plats i denna rapport. Dessutom bör det inte glömmas bort att det sannolikt ligger en livskvalitetsvinst i att oroliga blivande mödrar erbjuds kejsarsnitt. Att kvantifiera för- och nackdelar med planerat kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning på ett sätt som leder fram till en meningsfull skattning av kostnadseffektivitet låter sig med dagens kunskapsläge inte göras.

Diskussion

Det vetenskapliga underlaget i den aktuella frågan är bristfälligt. Vi vet med andra ord för lite om effekterna av olika förlossningssätt för att få en heltäckande bild av risker och fördelar med de olika alternativen. Det kommer hela tiden ny forskning, och exempelvis är det vi vet om långsiktiga effekter av att födas med kejsarsnitt ännu relativt osäkert. Det är dock viktigt att hela tiden följa forskningen för att kunna ge aktuell information till kvinnor som önskar kejsarsnitt.

Arbetsgruppen har uttryckt att en viktig strävan vid handläggning av önskemål om kejsarsnitt är att nå konsensus med den gravida kvinnan. Man kommer inte att lyckas med det i alla fall, men bör ändå se detta som målet.

För enhetlighet i omhändertagandet av kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation är det önskvärt att varje klinik upprättar en handlingsplan för detta.

Slutsatser

När det inte finns medicinska skäl för att göra ett kejsarsnitt innebär kejsarsnittet oftast en högre risk för mor och barn på både kort och lång sikt än en vaginal förlossning. Därför är det viktigt att inledningsvis ta en strukturerad och noggrann anamnes, där kvinnans skäl för att önska ett kejsarsnitt tydligt framgår. Det ska därefter värderas hur tungt vägande kvinnans skäl är. Vid svagt vägande skäl, exempelvis planeringsskäl, finns det ingen indikation för kejsarsnitt.

För de patienter som bedöms ha tyngre vägande skäl görs en riskbedömning, exempelvis utifrån följande frågor: Hur sannolikt är det att kvinnan kommer att genomgå fler graviditeter och förlossningar? Hur stor är risken för komplikationer som kräver akut kejsarsnitt vid den aktuella förlossningen? Vilka risker innebär ett planerat kejsarsnitt?

En mycket viktig del i processen är att informera kvinnan om kort- och långsiktiga konsekvenser av kejsarsnitt, både för henne själv och för barnet. Informationen bör ges både muntligt och skriftligt. Riskerna vid kommande graviditeter och förlossningar ökar i viss mån efter ett kejsarsnitt, och i hög grad för varje ytterligare kejsarsnitt. Om kvinnan planerar att föda fler barn eller är så ung att det är sannolikt att hon kommer att göra det oavsett vad hon i nuläget har för planer är det därför viktigt att hon är medveten om konsekvenserna av de olika alternativen och kan bedöma vad som är bäst för henne själv, det barn hon väntar och eventuella kommande barn.

Kvinnan ska erbjudas stödinsatser i form av samtal eller annan verksam behandling, såsom psykoterapi. Intensiteten i insatserna differentieras utifrån hur starkt vägande skäl hon har och resultatet av riskbedömningen. Differentieringen görs med syfte att satsa mest resurser på de patienter som har mest att vinna på att omvärdera sin önskan om kejsarsnitt och i stället välja att föda vaginalt.

Om en patient som bedöms ha tillräckligt tungt vägande skäl har fått och förstått all information hon behöver samt har erbjudits och eventuellt genomgått stödsamtal och ändå står fast vid sin önskan om kejsarsnitt så är det motiverat att bifalla denna önskan.

Kliniken bör också ha upprättat en plan för hur de olika kategorierna av kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinska skäl ska handläggas.

Referenser

1. Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 1982;13(2):98–107.
2. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009 Jan;116(1):67–73.
3. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009 Apr;116(5):672–80.
4. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2006 Nov;11(4):389–98.
5. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2008, Assisterad befruktning 1991–2007. Socialstyrelsen 2009. Rapport. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-12-11>.
6. Källén K, Rydström H, Otterblad Olausson P. Kejsarsnitt i Sverige 1990–2001 [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2005.
7. Andolf E, Bottinga R, Larsson C, Lilja H, red. Kejsarsnitt, ARG-rapport 65 Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2010.
8. Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth*. 2010 Mar;37(1):11–20.
9. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health*. 2009 Jun;37(4):364–71.
10. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807–13.
11. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 2002 Jun;109(6):618–23.
12. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(4):435–40.
13. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Jul;189(1):148–54.
14. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(10):1225–30.
15. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth – few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2010 Jul 12.
16. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008 Dec;29(4):240–50.
17. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Jan;82(1):10–7.
18. Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997 Nov;76(10):948–52.
19. Sjöberg N-O, red. Förlossningsrädsla, ARG-rapport 51: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2004.
20. Nerum H, Halvorsen L, Sørlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006 Sep;33(3):221–8.
21. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request. *NIH Consens Sci Statements*. 2006 Mar 27–29;23(1):1–29.
22. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1980 May 15;137(2):235–44.

23. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol*. 1983 May 1;146(1):34–40.
24. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375–83.
25. Dahlgren LS, von Dadelszen P, Christilaw J, Janssen PA, Lisonkova S, Marquette GP, et al. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009 Sep;31(9):808–17.
26. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007 Nov 17;335(7628):1025.
27. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007 Feb 13;176(4):455–60.
28. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990 Oct;97(10):883–92.
29. Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2005. Rapport. Tillgänglig på: <http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CEMTV/Kejsersnit/kejsersnit.pdf>.
30. Caesarean section: Clinical Guideline April 2004. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2004. Rapport. Tillgänglig på: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/caesarean-section>.
31. Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001 Feb;15(1):49–61.
32. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004 May;103(5 Pt 1):907–12.
33. Leth RA, Møller JK, Thomsen RW, Uldbjerg N, Nørgaard M. Risk of selected postpartum infections after cesarean section compared with vaginal birth: A five-year cohort study of 32,468 women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009 Jul 29:1–8.
34. Smaill FM, Gyte GM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD007482.
35. May A. The Confidential Enquiries into Maternal Deaths 1997–1999: what can we learn? *Int J Obstet Anesth*. 2002 Jul;11(3):153–5.
36. Lindqvist P, Dahlbäck B, Mar ál K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol*. 1999 Oct;94(4):595–9.
37. de Swiet M. Thromboembolism. I: de Swiet M, red. *Medical disorders in obstetric practice*. 3:e uppl. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1995. s. 116–42.
38. Corosu R, Vizzaccaro F, Moretti S. [Incidence of thromboembolic complications in cesarean sections and heparin prophylaxis]. *Minerva Ginecol*. 1999 May;51(5):173–6.
39. Samuelsson E, Hellgren M, Högberg U. Pregnancy-related deaths due to pulmonary embolism in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):435–43.
40. Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Sjöling M, Hildingsson I. Women's postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section. *J Clin Nurs*. 2010 May;19(9–10):1326–34.
41. Carlander Klint A-K, Edman G, Christensson K, Andolf E, Wiklund I. Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sex Reprod Healthc*. 2010 Feb;1(1):27–34.
42. Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev*. 1996 Jul 5;45(1–2):103–18.
43. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA*. 2002 Apr 10;287(14):1822–31.
44. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 2002 Jun;29(2):83–94.
45. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv*. 2004 Aug;59(8):601–16.

46. Hofmeyr GJ, Say L, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG*. 2005 Sep;112(9):1221–8.
47. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Jul;108(1):12–20.
48. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD004660.
49. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 Feb;14(1):1–18.
50. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 May;174(5):1569–74.
51. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Nov;177(5):1071–8.
52. Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr;107(4):771–8.
53. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta – summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta*. 2002 Feb–Mar;23(2–3):210–4.
54. Al-Took S, Platt R, Tulandi T. Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Feb;180(2 Pt 1):313–5.
55. Andolf E, Thorsell M, Källén K. Cesarean delivery and risk for postoperative adhesions and intestinal obstruction: a nested case-control study of the Swedish Medical Birth Registry. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Oct;203(4):406 e1–6.
56. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Apr;27(4):332–9.
57. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006 Apr 1;332(7544):749–55.
58. Ekström A, Altman D, Wiklund I, Larsson C, Andolf E. Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Apr;19(4):459–65.
59. Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2009 Jan;113(1):134–41.
60. Leijonhufvud A, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Jan;204(1):70 e1–7.
61. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003 Mar 6;348(10):900–7.
62. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. 2000 Dec;107(12):1460–70.
63. Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet Gynecol*. 2002 Aug;100(2):226–9.
64. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep;191(3):917–27.
65. Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(2):CD006756.
66. Tegerstedt G, Miedel A, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Jan;194(1):75–81.
67. Carley ME, Turner RJ, Scott DE, Alexander JM. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1999 Feb;6(1):85–9.

68. Chiaffarino F, Chatenoud L, Dindelli M, Meschia M, Buonaguidi A, Amicarelli F, et al. Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999 Jan;82(1):63–7.
69. Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol.* 2003 May;101(5 Pt 1):869–74.
70. Gürel H, Gürel SA. Pelvic relaxation and associated risk factors: the results of logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999 Apr;78(4):290–3.
71. Krebs L, Langhoff-Roos J. Elective cesarean delivery for term breech. *Obstet Gynecol.* 2003 Apr;101(4):690–6.
72. Uma R, Libby G, Murphy DJ. Obstetric management of a woman's first delivery and the implications for pelvic floor surgery in later life. *BJOG.* 2005 Aug;112(8):1043–6.
73. Larsson C, Källén K, Andolf E. Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case-control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Mar;200(3):243 e1–4.
74. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health.* 2005 Jun;8(2):97–104.
75. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004 Mar;31(1):17–27.
76. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG.* 2006 Jun;113(6):638–46.
77. Nyberg K, Lindberg I, Öhrling K. Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sex Reprod Healthc.* 2010 Apr;1(2):55–60.
78. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth.* 2002 Jun;29(2):124–31.
79. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):451–6.
80. Murphy DJ, Stirrat GM, Heron J. The relationship between Caesarean section and subfertility in a population-based sample of 14 541 pregnancies. *Hum Reprod.* 2002 Jul;17(7):1914–7.
81. Tollånes MC, Melve KK, Irgens LM, Skjaerven R. Reduced fertility after cesarean delivery: a maternal choice. *Obstet Gynecol.* 2007 Dec;110(6):1256–63.
82. Oral E, Elter K. The impact of cesarean birth on subsequent fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007 Jun;19(3):238–43.
83. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003 Mar;21(3):220–7.
84. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet.* 2003 Nov 29;362(9398):1779–84.
85. Bahtiyar MO, Julien S, Robinson JN, Lumey L, Zybert P, Copel JA, et al. Prior cesarean delivery is not associated with an increased risk of stillbirth in a subsequent pregnancy: analysis of U.S. perinatal mortality data, 1995–1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Nov;195(5):1373–8.
86. Usher R, McLean F, Maughan GB. Respiratory distress syndrome in infants delivered by cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1964 Mar 15;88:806–15.
87. Hack M, Fanaroff AA, Klaus MH, Mendelawitz BD, Merkatz IR. Neonatal respiratory distress following elective delivery. A preventable disease? *Am J Obstet Gynecol.* 1976 Sep 1;126(1):43–7.
88. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995 Feb;102(2):101–6.
89. van den Berg A, van Elburg RM, van Geijn HP, Fetter WP. Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5-year retrospective study and a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001 Sep;98(1):9–13.
90. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med.* 2009 Jan 8;360(2):111–20.

91. Jain L, Dudell GG. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. *Semin Perinatol*. 2006 Oct;30(5):296–304.
92. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. *Acta Paediatr*. 1999 Nov; 88(11):1244–8.
93. Heritage CK, Cunningham MD. Association of elective repeat cesarean delivery and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Am J Obstet Gynecol*. 1985 Jul 15;152(6 Pt 1):627–9.
94. Wilmink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S, Mol BW, van der Post JA, Papatonis DN. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Mar;202(3):250 e1–8.
95. Bailit JL, Gregory KD, Reddy UM, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Ramirez MM, et al. Maternal and neonatal outcomes by labor onset type and gestational age. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Mar;202(3):245 e1– e12.
96. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008 Jan 12;336(7635):85–7.
97. Håkansson S. 2010. Personlig kommunikation.
98. Amer-Wählin I, Hellström-Westas L, Urell H, Källén K. Neonatal morbidity after elective caesarean section. 2010.
99. Hägdevik K, Faxelius G, Irestedt L, Lagercrantz H, Lundell B, Persson B. Catecholamine surge and metabolic adaptation in the newborn after vaginal delivery and caesarean section. *Acta Paediatr Scand*. 1984 Sep;73(5):602–9.
100. Christensson K, Siles C, Cabrera T, Belaustequi A, de la Fuente P, Lagercrantz H, et al. Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr*. 1993 Feb;82(2):128–31.
101. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003 Sep;88(5):F380–2.
102. Patel RR, Liebling RE, Murphy DJ. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth*. 2003 Dec;30(4):255–60.
103. De Lathouwer S, Lionet C, Lansac J, Body G, Perrotin F. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Dec 1;117(2):169–73.
104. Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol*. 2000 Mar;36(2):251–60.
105. Grönlund MM, Lehtonen OP, Eerola E, Kero P. Fecal microflora in healthy infants born by different methods of delivery: permanent changes in intestinal flora after cesarean delivery. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1999 Jan;28(1):19–25.
106. Sudo N, Sawamura S, Tanaka K, Aiba Y, Kubo C, Koga Y. The requirement of intestinal bacterial flora for the development of an IgE production system fully susceptible to oral tolerance induction. *J Immunol*. 1997 Aug 15;159(4):1739–45.
107. Moreau MC, Gaboriau-Routhiau V. The absence of gut flora, the doses of antigen ingested and aging affect the long-term peripheral tolerance induced by ovalbumin feeding in mice. *Res Immunol*. 1996 Jan;147(1):49–59.
108. Madsen K, Cornish A, Soper P, McKaigney C, Jijon H, Yachimec C, et al. Probiotic bacteria enhance murine and human intestinal epithelial barrier function. *Gastroenterology*. 2001 Sep;121(3):580–91.
109. Hooper LV, Wong MH, Thelin A, Hansson L, Falk PG, Gordon JI. Molecular analysis of commensal host-microbial relationships in the intestine. *Science*. 2001 Feb 2;291(5505):881–4.
110. Håkansson S, Källén K. Caesarean section increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clin Exp Allergy*. 2003 Jun;33(6):757–64.
111. Maitra A, Sherriff A, Strachan D, Henderson J. Mode of delivery is not associated with asthma or atopy in childhood. *Clin Exp Allergy*. 2004 Sep;34(9):1349–55.
112. Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy*. 2008 Apr;38(4):629–33.
113. Andersson M, Bjerg A, Forsberg B, Lundbäck B, Rönmark E. The clinical expression of asthma in schoolchildren has changed between 1996 and 2006. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010 Aug;21(5):859–66.

114. Myleus A, Ivarsson A, Webb C, Danielsson L, Hernell O, Högberg L, et al. Celiac disease revealed in 3 % of Swedish 12-year-olds born during an epidemic. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009 Aug;49(2):170–6.
115. Olsson C, Hernell O, Hörnell A, Lönnberg G, Ivarsson A. Difference in celiac disease risk between Swedish birth cohorts suggests an opportunity for primary prevention. *Pediatrics.* 2008 Sep;122(3):528–34.
116. Olsson C, Stenlund H, Hörnell A, Hernell O, Ivarsson A. Regional variation in celiac disease risk within Sweden revealed by the nationwide prospective incidence register. *Acta Paediatr.* 2009 Feb;98(2):337–42.
117. Tata LJ, Card TR, Logan RF, Hubbard RB, Smith CJ, West J. Fertility and pregnancy-related events in women with celiac disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology.* 2005 Apr;128(4):849–55.
118. Decker E, Engelmann G, Findeisen A, Gerner P, Laass M, Ney D, et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics.* 2010 Jun;125(6):e1433–40.
119. Ponsonby AL, Catto-Smith AG, Pezic A, Dupuis S, Halliday J, Cameron D, et al. Association between early-life factors and risk of childhood-onset Crohn's disease among Victorian children born 1983–1998: a birth cohort study. *Inflamm Bowel Dis.* 2009 Jun;15(6):858–66.
120. Sonntag B, Stolze B, Heinecke A, Luegering A, Heidemann J, Lebiecz P, et al. Preterm birth but not mode of delivery is associated with an increased risk of developing inflammatory bowel disease later in life. *Inflamm Bowel Dis.* 2007 Nov;13(11):1385–90.
121. Dahlquist G. Diabetes accelererar bland barn i Europa. *Läkartidningen.* 2008(26):1917.
122. Dahlquist G, Mustonen L. Analysis of 20 years of prospective registration of childhood onset diabetes time trends and birth cohort effects. Swedish Childhood Diabetes Study Group. *Acta Paediatr.* 2000 Oct;89(10):1231–7.
123. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia.* 2008 May;51(5):726–35.
124. Patterson CC, Carson DJ, Hadden DR, Waugh NR, Cole SK. A case-control investigation of perinatal risk factors for childhood IDDM in Northern Ireland and Scotland. *Diabetes Care.* 1994 May;17(5):376–81.
125. Cook MB, Graubard BI, Rubertone MV, Erickson RL, McGlynn KA. Perinatal factors and the risk of testicular germ cell tumors. *Int J Cancer.* 2008 Jun 1;122(11):2600–6.
126. Urayama KY, Von Behren J, Reynolds P. Birth characteristics and risk of neuroblastoma in young children. *Am J Epidemiol.* 2007 Mar 1;165(5):486–95.
127. Bluhm E, McNeil DE, Cnattingius S, Gridley G, El Ghormli L, Fraumeni JF, Jr. Prenatal and perinatal risk factors for neuroblastoma. *Int J Cancer.* 2008 Dec 15;123(12):2885–90.
128. Schlinzig T, Johansson S, Gunnar A, Ekström TJ, Norman M. Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. *Acta Paediatr.* 2009 Jul;98(7):1096–9.
129. Kabbur PM, Herson VC, Zaremba S, Lerer T. Have the year 2000 neonatal resuscitation program guidelines changed the delivery room management or outcome of meconium-stained infants? *J Perinatol.* 2005 Nov;25(11):694–7.
130. Dargaville PA, Copnell B. The epidemiology of meconium aspiration syndrome: incidence, risk factors, therapies, and outcome. *Pediatrics.* 2006 May;117(5):1712–21.
131. Thornberg E, Thiringer K, Odeback A, Milsom I. Birth asphyxia: incidence, clinical course and outcome in a Swedish population. *Acta Paediatr.* 1995 Aug;84(8):927–32.
132. Hagberg B, Hagberg G, Beckung E, Uvebrant P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991–94. *Acta Paediatr.* 2001 Mar;90(3):271–7.
133. Azzopardi DV, Strohm B, Edwards AD, Dyet L, Halliday HL, Juszczak E, et al. Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy. *N Engl J Med.* 2009 Oct 1;361(14):1349–58.
134. Edwards AD, Brocklehurst P, Gunn AJ, Halliday H, Juszczak E, Levene M, et al. Neurological outcomes at 18 months of age after moderate hypothermia for perinatal hypoxic ischaemic encephalopathy: synthesis and meta-analysis of trial data. *BMJ.* 2010;340:c363.
135. Mollberg M, Hagberg H, Bager B, Lilja H, Ladfors L. High birthweight and shoulder dystocia: the strongest risk factors for obstetrical brachial plexus palsy in a Swedish population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Jul;84(7):654–9.

136. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med.* 1999 Dec 2;341(23):1709–14.
137. Persson E, Trollfors B, Brandberg LL, Tessin I. Septicaemia and meningitis in neonates and during early infancy in the Goteborg area of Sweden. *Acta Paediatr.* 2002;91(10):1087–92.
138. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001 Jul 5;345(1):3–8.
139. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA.* 2002 May 22–29;287(20):2684–90.
140. Richter R, Bergmann RL, Dudenhausen JW. Previous caesarean or vaginal delivery: which mode is a greater risk of perinatal death at the second delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007 May;132(1):51–7.
141. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(1):56–62.
142. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery.* 2010 Jul 3.
143. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002 Dec;23(4):229–35.
144. 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 Gynaecol.* 1998 Sep;19(3):135–44.
145. Ryding EL, Sundell G. Definitioner och diagnostik. I: Sjöberg N-O, red. *Förlossningsrädsla, ARG-rapport 51 Svensk förening för gynekologi och obstetrik; 2004.* s. 7–14.
146. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG.* 2001 May;108(5):492–8.
147. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol.* 2001 Nov;98(5 Pt 1):820–6.
148. Lukesch H, Kochenstein P, Holz C. [Therapeutical treatment of primiparae to reduce anxieties in connection with pregnancy and delivery (author's transl)]. *Z Geburtshilfe Perinatol.* 1980 Aug;184(4):303–9.
149. Areskog-Wijma B. Treatment of fear of childbirth. I: Leysen B, Nijs P, Richter D, red. *Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* Leuven-Amersfort: Acco Press; 1985. s. 191–8.
150. Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF. Cumulative economic implications of initial method of delivery. *Obstet Gynecol.* 2006 Sep;108(3 Pt 1): 549–55.
151. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol.* 2007 Mar;109(3):669–77.

Ordförklaringar

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

självskattningsskala som används för att diagnostisera postpartumdepression och som innefattar såväl klassiska depressiva symtom som ångestsymtom

gastroenterit

akut inflammation/infektion i mag-tarmkanalen

ileus

tarmvred

ITT – intention to treat

studiedesign med syfte att undersöka ursprungligen avsedd behandling, inte den behandling som faktiskt gavs. Till exempel när en vaginal förlossning avslutas med akut kejsarsnitt blir det den vaginala förlossningen som utvärderas och inte kejsarsnittet.

odds ratio

odds ratio (OR) är odds för ett önskat utfall i en behandlingsgrupp, dividerat med motsvarande odds i kontrollgruppen. Odds ratio är ungefär detsamma som relativ risk, när risken är liten.

perinatal dödlighet

andelen dödfödda, döda under förlossning och antalet nyfödda som dött under den första levnadsveckan per 1 000 födda

placenta previa

föreliggande moderkaka

placenta accreta

moderkaka som vuxit fast i livmoderväggens muskel

PTSD (posttraumatiskt stressyndrom)

ångestsyndrom med symtom på överspändhet, nedsatt vitalitet samt ångestladdade tankar och minnesbilder som uppträder en tid efter den traumatiska händelsen, i detta fall förlossningen

relativ risk (RR)

risken för ett önskat utfall i behandlingsgruppen dividerad med samma risk i kontrollgruppen. Till exempel är död ett önskat utfall när effektmåttet är överlevnad. Antag att risken att drabbas av ett akut kejsarsnitt är 8 procent med en ny, experimentell behandling, och 10 procent med standardbehandling. Den relativa risken för att drabbas av ett akut kejsarsnitt, om man får den nya behandlingen, är alltså 8 procent dividerat med 10 procent = 0,80, dvs. 80 procent. Den nya behandlingen minskar således risken för att drabbas av ett akut kejsarsnitt med 20 procent.

simplexgraviditet

graviditet där kvinnan väntar *ett* barn

Bilaga 1: Litteratursökning

Litteratursökning har utförts i databaserna PubMed och Cochrane Library t o m december 2009. I tabell 1 ges en mer detaljerad beskrivning av vilka söktermer och begränsningar som använts.

Tabell 1 Sökstrategi: kejsarsnitt på moderns önskan.

PubMed 1950–2009 (december)

Sökstrategi: kejsarsnitt på moderns önskan

| | | | | | | |
|--|-----|---|-----|---|-----|--|
| Cesarean section | AND | Vaginal (TI/AB) Vaginally (TI/AB) | AND | Elective ca(e)sarean (TI/AB) Maternal request (TI/AB) On demand (TI/AB) Choice (TI/AB) Non medical (TI/AB) Low risk patient(s) (TI/AB) | AND | Clinical trial (PT) Epidemiologic studies Versus (TI/AB) Group(s) (TI/AB) Compare(d) (TI/AB) Comparison (TI/AB) |
| OR | | | | | | |
| Cesarean section | AND | Intraoperative complications Postoperative complications | AND | Elective ca(e)sarean (TI/AB) Maternal request (TI/AB) On demand (TI/AB) Choice (TI/AB) Non medical (TI/AB) Low risk patient(s) (TI/AB) | | |
| OR | | | | | | |
| Cesarean section/ adverse effects Cesarean section/ complications | AND | Elective ca(e)sarean (TI/AB) Maternal request (TI/AB) On demand (TI/AB) Choice (TI/AB) Non medical (TI/AB) Low risk patient(s) (TI/AB) | | | | |

Cochrane Library version 4–2009

Sökstrategi: kejsarsnitt på moderns önskan

| | | | | |
|---|-----|--|-----|--|
| Cesarean section (ti, ab, kw) Caesarean section (ti, ab, kw) | AND | Vaginal (ti, ab, kw) Vaginally (ti, ab, kw) | AND | Elective (ti, ab, kw) Maternal Request (ti, ab, kw) On demand (ti, ab, kw) Non medical (ti, ab, kw) Low risk patient(s) (ti, ab, kw) |
|---|-----|--|-----|--|

Söktermerna i PubMed har utgjorts av MeSH-termer (NLM:s kontrollerade nyckelord, Medical Subject Heading) om inget annat anges. TI/AB = Title/Abstract; PT = publication type; / = subheading

Söktermerna i Cochrane Library har utgjorts av MeSH-termer (NLM:s kontrollerade nyckelord, Medical Subject Heading) om inget annat anges. ti = title; ab = abstract; kw = keyword

Bilaga 2: Patientinformation om förlossningsätt

Du väntar ett barn, och när tiden är mogen ska han eller hon komma ut och bli en ny familjemedlem. Förlossningen kan ses som en dörr till en ny fas i ditt liv. Bakom den dörren väntar förhoppningsvis många år av nya upplevelser och utmaningar.

Under graviditeten kan det kännas som att förlossningen är målet, i stället för att vara en milstolpe längs vägen. Du kanske tänker mycket på den, funderar över vad som kan hända och hur det kommer att gå. Och förlossningen är viktig. Du och ditt barn är värda en bra förlossning, utan onödiga komplikationer. Du är värd en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt och ditt barn är värt en så bra start i livet som möjligt. Du kan öka chanserna till det genom att vara så väl förberedd som möjligt. Du kan läsa på och du kan förbereda dig mentalt och fysiskt (exempelvis med avslappnings- och andningstekniker).

Vaginal förlossning innebär minst risker för dig och barnet

Sverige är ett av de länder där det är säkrast att föda barn, och de flesta förlossningar är helt normala. I Sverige föder i dag 80–85 procent sitt barn vaginalt, på naturlig väg, vilket också är det förlossningsätt som rekommenderas, eftersom det innebär minst risker för både mamman och barnet. Om du är frisk och din graviditet utvecklas normalt brukar målet vara en vaginal förlossning. I vissa fall rekommenderas förlossning med kejsarsnitt av medicinska skäl, till exempel vid två tidigare kejsarsnitt, föreliggande moderkaka och vid vissa sjukdomar hos mor eller barn.

Du kanske känner dig orolig och tycker att en vaginal förlossning känns oförutsägbar. Om det är ditt första barn vet du inte hur det kommer att kännas och hur du kommer att reagera. Du kanske är rädd för smärtan eller för att få bristningar i underlivet. Det är helt normalt att känna så, och sådan oro kan du hantera genom att prata om den och genom att lära dig mer om hur kroppen fungerar under en förlossning. Du kan få stöd och hjälp genom mödravårdscentralen. Prata med din barnmorska om det är något du oroar dig för.

Hjälp och stöd under en vaginal förlossning

Barnmorskorna och undersköterskorna på förlossningsavdelningen gör sitt bästa för att du ska må så bra som möjligt under förlossningen, och för att den ska bli så säker och positiv som möjligt. De kan vägleda dig i hur du bäst kan möta värkarna, och erbjuda dig olika typer av smärtlindring om du behöver det.

I dag går det att övervaka noggrant hur mor och barn mår under förlossningen och hur förlossningen fortskrider. Det finns också effektiva metoder om det skulle bli besvärligt i förlossningens slutfas. Exempelvis kan barnmorskan eller en läkare hjälpa till med så kallad sugklocka som fästs på barnets huvud. Det behövs hos cirka 10 procent av förstföderna, men är ovanligt hos omföderna, som brukar ha en snabbare förlossning.

Om barnet visar tecken på ansträngning eller om förlossningen inte går framåt kan det ibland bli nödvändigt att göra kejsarsnitt akut. Risken för akut kejsarsnitt för en frisk förstföderna varierar mellan 3 och 11 procent, för en omföderna som fött vaginalt tidigare mellan 0,5 och 3 procent och för en omföderna som fött med kejsarsnitt tidigare mellan 8 och 30 procent. Vid igångsättning ökar risken, särskilt hos förstföderna men mindre hos omföderna. Risken är mindre om livmodertappen är "mogen" för förlossning.

Om rädslan känns för stor

Om du är mycket rädd för att föda är det viktigt att du berättar det för barnmorskan på mödravårdscentralen, ju tidigare i graviditeten desto bättre. Du kan då få stöd av specialutbildade barnmorskor och förlossningsläkare. Målet är att uppnå en säker förlossning, att det ska kännas tryggt för dig att föda och att din förlossningsupplevelse ska bli så bra som möjligt.

Om ni kommer fram till att det vore bäst med en vaginal förlossning planerar ni tillsammans vad du ska få för stöd under graviditeten och om det är något särskilt som är viktigt för dig för att du ska känna dig tillräckligt trygg för att våga föda vaginalt. Nedan finns några exempel på sådant som ni kan komma överens om inför förlossningen, i en individuell förlossningsplan.

Samtalen kan också leda fram till en överenskommelse om planerat kejsarsnitt. Det förekommer även överenskommelse om planerad vaginal förlossning (induktion), det vill säga igångsättning av förlossningen. För att en sådan förlossning inte ska bli långdragen bör man vänta med att sätta igång förlossningen till dess att livmodertappen är mjuk.

Några exempel på vad en individuell förlossningsplan kan innehålla:

- Att du, så långt det är möjligt, ska få ha en barnmorska eller undersköterska hos dig under hela förlossningen, om du vill det.
- Att du kan få en kateter inlagd i ryggen redan vid förlossningens början så att du kan få epiduralbedövning om/när du behöver det.
- Att en plan upprättas för hur förlossningen förväntas framskrida och att kejsarsnitt ska göras om förlossningen drar ut på tiden.

Möt det nya livet med öppna ögon och mer kunskap

Livet är stort, och det är lätt att känna sig liten som blivande förälder. Vi oroar oss lätt för sådant som kan hända oss själva eller våra barn. Vi kan inte ha kontroll över allt, även om vi gärna vill tro det nu när vi har möjlighet att kontrollera så mycket som tidigare generationer inte hade någon makt över. Något du kan göra för din egen och ditt barns skull är att värda och utveckla din tilltro till dig själv och din egen förmåga.

Ett sätt att göra det är att möta oron med öppna ögon och hitta sätt att övervinna den eller leva med den.

Ett annat sätt är att öka din kunskap. Här följer fakta om möjliga konsekvenser av att föda barn vaginalt och av att genomgå kejsarsnitt.

Fysiska konsekvenser för kvinnan vid de olika förlossningsätten

Vid den aktuella förlossningen:

- **Infektion.** Risken för infektion i hud, urinvägar eller livmoder vid vaginal förlossning är cirka 2 procent, vid planerat kejsarsnitt 10 procent och vid akut kejsarsnitt upp till 20 procent. Oftast är antibiotikabehandling tillräcklig, men sjukhusvistelsen blir förlängd och ibland kan såret behöva öppnas.
- **Blodpropp.** Risken för blodpropp i benen är generell något förhöjd i samband med graviditet. Vid kejsarsnitt ökar risken flera gånger. Förflyttas blodproppen genom blodkärlen till lungorna kan det medföra svåra komplikationer och i värsta fall dödsfall.
- **Skador på andra organ.** Vid kejsarsnitt kan andra organ i sällsynta fall skadas. Skada på urinblåsan förekommer hos mindre än 1 procent och brukar inte medföra problem om den åtgärdas direkt. Skada på urinledaren rapporteras i mindre än 0,05 procent, skada på tarm hos mindre än 0,1 procent.
- **Återhämtning.** Efter en vaginal förlossning återhämtar sig de flesta ganska snabbt, medan det tar längre tid efter ett kejsarsnitt, eftersom det handlar om en stor bukoperation. Kejsarsnitt ger också mer smärtor efteråt. Någon gång kan det också vara svårt för tarmen att komma igång efter ett kejsarsnitt, och det kan ta något längre tid att komma igång med amningen.
- **Bristning i bäckenbottenvävnad.** En större bristning i bäckenbotten inträffar vid 2–5 procent av alla vaginala förlossningar. Det finns en liten risk för skada på ändtarmens slutmuskel. En sådan bristning sys, men ett fåtal kvinnor får ändå bestående problem framför allt med att hålla gaser och någon gång avföring. En ny operation kan då behöva utföras efter några månader. Barmorskan använder alltid ett förebyggande handgrepp, så kallat bäckenbottenskydd, för att minska risken för stora bristningar.
- **Urininkontinens.** Se Långsiktiga komplikationer nedan.
- **Bristning i livmoderväggen.** Att livmodern brister i samband med kraftigt värkarbete är mycket ovanligt och inträffar hos 0,05 procent av kvinnor som inte tidigare genomgått kejsarsnitt, hos 0,5–1 procent av kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt och 2–3 procent av kvinnor som genomgått två kejsarsnitt. Vid alla förlossningar följer personalen noggranna rutiner för förlossningsövervakning, och om kvinnan tidigare har fött med kejsarsnitt är övervakningen extra noggrann.
- **Riklig blödning.** Risken för riklig blödning (mer än 1 000 ml) är 4–5 procent vid både vaginal förlossning och planerat kejsarsnitt. Vid akut kejsarsnitt är risken för riklig blödning upp till 15 procent.

Vid framtida förlossning

- **Föreliggande moderkaka.** Risken för föreliggande moderkaka, det vill säga att moderkakan sitter för långt ned och är i vägen när barnet ska födas, är 0,5 procent hos den som inte genomgått kejsarsnitt tidigare och cirka 2 procent hos den som genomgått ett kejsarsnitt. Risken ökar sedan mycket kraftigt för varje genomgången kejsarsnitt. Föreliggande moderkaka innebär en ökad risk för större blödning under graviditeten, vilket är farligt för både mamma och barn.
- **Inväxt av moderkakan i livmoderväggen.** Om moderkakan växer in i eller genom livmoderväggen blir det mycket svårt att få ut den vid förlossningen. Drygt 3 procent av dem som genomgått ett kejsarsnitt drabbas, men hela 40 procent av dem som genomgått tre kejsarsnitt. Inväxt av moderkakan är vanligast när moderkakan är föreliggande. Vid inväxt moderkaka kan det uppstå en stor blödning i samband med förlossningen, som kan resultera i att livmodern måste opereras bort. Hos 2–3 procent av de kvinnor som genomgått tre kejsarsnitt måste livmodern opereras bort på grund av denna komplikation.
- **Bristning i livmoderväggen.** Se ovan.

Långsiktiga komplikationer

- **Sammanväxningar.** Alla bukoperationer kan leda till sammanväxningar och kronisk smärta, och i sällsynta fall tarmvred och bräck i äret.
- **Urininkontinens.** Efter en vaginal förlossning förekommer ökade svårigheter att kontrollera urinen, särskilt under de första månaderna. Risken för urininkontinens är något lägre hos kvinnor som genomgått kejsarsnitt jämfört med kvinnor som fött vaginalt, men långtidsuppföljningar har visat att det på lång sikt är ungefär lika stor risk att drabbas av inkontinens oavsett om man har fött vaginalt eller med kejsarsnitt.

Konsekvenser för barnet vid de olika förlossningsätten

Kortsiktiga eller omedelbara konsekvenser

- **Andningsstörning.** Efter ett kejsarsnitt är det vanligare än efter en vaginal förlossning att barnet får andningsbesvär som kan kräva överflyttning till barnklinik. Någon form av andningsstörning uppträder hos 3,7 per 1 000 nyfödda barn som fötts med planerat kejsarsnitt. När förlossningen startat vaginalt är risken 0,7 per 1 000 barn även om det blir akut kejsarsnitt. Vid planerat kejsarsnitt minskar risken ju senare i graviditeten operationen utförs. Därför bör planerade kejsarsnitt göras efter 39 fullgångna veckor.
- **Allvarlig syrebrist och andra svåra förlossningsskador** hos barnet vid vaginal förlossning är mycket sällsynta komplikationer.

Långsiktiga konsekvenser

Hos barn som har fötts med kejsarsnitt etableras bakteriefloran i tarmen ofta senare än hos barn som har fötts vaginalt. Det kan påverka utvecklingen av immunsystemet och exempelvis ge ökad risk för vissa autoimmuna sjukdomar.

Nedanstående sjukdomar räknas till våra folksjukdomar och de har alla ökat i frekvens under den senaste 10-årsperioden. Det finns många olika orsaker bakom de här sjukdomarna. Både arv och miljö har inflytande och kanske också andra faktorer som vi ännu inte vet så mycket om. Det man har kunnat konstatera är att barn som fötts med kejsarsnitt i högre utsträckning utvecklar de här sjukdomarna. Det finns inga bevis för att kejsarsnitt utlöser dessa sjukdomar, men man kan inte utesluta att framtida forskning kan komma fram till att kejsarsnitt kan bidra till att de här sjukdomarna uppkommer.

- **Allergi, astma.** Studier tyder på att barn som föds med kejsarsnitt i ökad utsträckning drabbas av astma och/eller allergiska besvär jämfört med barn som föds vaginalt. Risken för astma är 2,6 procent bland de som fötts med kejsarsnitt och 2,0 procent bland barn som fötts vaginalt, dvs. 30 procent högre risk i kejsarsnittgruppen.
- **Diabetes.** I Sverige insjuknar 4,5 barn per 1 000 födda i insulinkrävande diabetes före 15 års ålder. Barn som föds med kejsarsnitt löper 20 procent högre risk att insjukna i diabetes än barn som föds vaginalt.
- **Glutenintolerans.** Frekvensen av glutenintolerans hos barn under två års ålder är 1,5–2,0 per 1 000 födda i Sverige. Andelen med glutenintolerans är nästan fördubblad bland barn som fötts med kejsarsnitt.

Bilaga 3: Omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor

Förlossningsrädsla är en vanlig anledning till kvinnors önskan om planerat kejsarsnitt. Rädslan kan bero på tidigare svår förlossningserfarenhet, personlighetsdrag med lättväckt ångest och oro, bristande socialt stöd eller ångestsyndrom och egentlig depression [1]. Studier indikerar att allvarlig förlossningsrädsla förekommer hos cirka 6 procent av gravida kvinnor, vilket gör förlossningsrädsla till ett vanligt problem.

Förlossningsrädsla indelas dels utifrån om den är primär, sekundär eller relaterad till annan psykisk sjuklighet, dels utifrån hur svår rädslan är. Primär förlossningsrädsla innebär att kvinnan redan innan hon blivit gravid eller under sin första graviditet har en rädsla för att föda, vilket kan leda till att hon undviker eller skjuter på att bli gravid. Sekundär förlossningsrädsla innebär att kvinnan utifrån en tidigare förlossningsupplevelse utvecklat en rädsla för att föda igen. I svåra fall kan detta utvecklas till posttraumatiskt stressyndrom. Kvinnor med depression, ångestsyndrom eller annan psykisk sjukdom kan på grund av detta drabbas av förlossningsrädsla, och behöver specifik behandling. [2]

Förlossningsrädsla finns i ett spektrum från lättare oro, som inte inverkar menligt på kvinnans dagliga tillvaro, till förlossningsfobi med påtaglig funktionssvikt. Det senare är exempel på en enkel fobi med svår rädsla och ångest samt undvikande beteende. Fobin behöver inte bara vara inriktad på den kommande förlossningen, utan kan utvecklas till en mer generaliserad ångest med katastroftankar kring att barnet ska bli skadat, att kvinnan själv helt ska tappa kontrollen, förlora förståndet eller till och med dö i samband med förlossningen. Samsjuklighet med annat ångestsyndrom eller depression är hög.

Olika nivåer för hur förlossningsrädda kvinnor bör tas om hand

Förlossningsrädda kvinnor tas om hand på olika sätt beroende på hur allvarlig rädslan är. Den första nivån är samtal inom mödrahälsovården, där kvinnan får allmänt stöd och grundläggande utredning av förlossningsrädslan. Om kvinnan behöver mer specialiserad hjälp remitteras hon till en särskild samtalsmottagning (som ofta kallas Auroramottagning), som kan kallas andra nivån. Om kvinnan bedöms behöva psykoterapi kan hon remitteras till detta, vilket kan kallas tredje nivån. Nedan beskrivs nivåerna mer utförligt.

Handläggning inom mödrahälsovården (nivå 1)

Alla barnmorskor och obstetiker som arbetar inom mödrahälsovården bör genom samtal med kvinnan kunna bedöma och kartlägga graden av förlossningsrädsla. Det är viktigt att lyssna på kvinnan, låta henne beskriva vad det är hon är rädd för och eventuellt berätta om tidigare upplevelser. Det handlar om att skapa en förtroendefull kontakt med kvinnan för att ge henne möjlighet att våga föda. På den här basala nivån ska också vården kunna erbjuda saklig medicinsk information om det efterfrågas samt kunna remittera vidare till nästa nivå för ytterligare bedömning och behandling.

I dag har mödrahälsovården (MHV) och kvinnoklinikerna i landet en beredskap för att uppmärksamma och behandla förlossningsrädda kvinnor. På många kliniker remitterar man till samtalsmottagning för förlossningsrädda kvinnor och par. Omhändertagandet av förlossningsrädda kvinnor kan variera från klinik till klinik, men syftet är alla ska få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt.

Barnmorskor och läkare inom MHV kan samverka i bedömning och vårdplanering. Även om kvinnan inte uttrycker att hon önskar kejsarsnitt kan det behövas extra åtgärder när den gravida kvinnan är rädd inför sin förlossning. Obehandlad rädsla kan, enligt klinisk erfarenhet, stegras och leda till kejsarsnittsönskan sent i graviditeten. Hur rädslan kan graderas anges i avsnittet Förlossningsrädsla på s. 8–9 i rapporten. Här ges en översikt över vilket stöd som kan vara lämpligt vid olika grader av rädsla.

Primär förlossningsrädsla

Lätt till måttlig rädsla

- Samtal med barnmorskan och eventuellt annat stöd
- Förlossningsförberedelse inom föräldrautbildning, eventuellt enskild förlossningsförberedelse
- Födelseplan bör upprättas
- Om kvinnan önskar kejsarsnitt skickas remiss till samtalsmottagning eller specialistmödravård

Måttlig till svår rädsla och förlossningsfobi

- Läkarbesök med bl.a. bedömning av psykisk sjuklighet och andra medicinska omständigheter och vårdplanering i samråd med barnmorskan
- Remiss tidigt i graviditeten till samtalsmottagning vid kvinnoklinik

Sekundär förlossningsrädsla

Lätt till måttlig rädsla

- Om tidigare normal vaginal förlossning, förlossningsgenomgång med MVC-barnmorska
- Om tidigare komplicerad förlossning, i första hand remiss till obstetiker inom MHV
- Vid frågor om förlossningssätt, i första hand remiss till obstetiker inom MHV
- Realistisk födelseplan

Måttlig till svår rädsla, önskan om kejsarsnitt

- Läkarbesök för bedömning av eventuell tidigare komplicerad förlossning och psykisk sjuklighet samt vårdplanering
- Remiss tidigt i graviditeten till samtalsgrupp eller motsvarande, alternativt specialistmödravård

Krisreaktion efter svår förlossningsupplevelse

- Kan remitteras till samtalsmottagning vid kvinnoklinik eller motsvarande

Handläggning vid samtalsmottagning på kvinnoklinik (nivå 2)

Till den här nivån remitteras förlossningsrädda kvinnor som behöver ett mer specialiserat samtalsstöd än vad mödrahälsovården kan erbjuda. Vården bör bedrivas av erfarna och specialintresserade barnmorskor i nära samarbete med obstetrikern. Det bör även finnas tillgång till psykolog, kurator och/eller psykiater och om möjligt psykiater med intresse för obstetriska frågor. Barnmorskornas uppgift är att ta strukturerad anamnes (se bilaga 4), gå igenom tidigare förlossningar samt upprätta en förlossningsplan.

Remisserna från mödrahälsovården bör bedömas av barnmorska och läkare och patienten bör få tid för samtal så snart som möjligt. Vid remissbedömningen bestäms om patienten ska träffa en barnmorska eller läkare initialt. De kvinnor som redan har en etablerad kontakt med psykolog, kurator eller psykiater rekommenderas fortsätta med den. För verksamhets- och kvalitetsuppföljning registreras alla remisser.

En del kvinnor tar själva kontakt med samtalsmottagningen och kan efter brev eller telefonkontakt få tid för ett första samtal. Det finns dock en fördel med att alla kontakter går via mödrahälsovården. Den egna barnmorskan får då en chans att försöka hjälpa om hon har möjlighet. Att kvinnan själv ringer och lägger fram sitt problem underlättar å andra sidan prioriteringen av insatser. Man kan organisera det på olika sätt beroende på enhetens storlek och resurser.

Första besöket bör vara ett bedömnings- och planeringsbesök. Oftast är det barnmorskan som tar det första samtalet. Vid relativa indikationer för kejsarsnitt kan obstetrikern träffa kvinnan/paret först, och bedöma om det är aktuellt med fortsatt stöd av barnmorska inför vaginal förlossning. Det finns inte någon evidens för lämpligt antal besök.

Vid det första samtalet får kvinnan beskriva vad hon är rädd för, gärna så konkret som möjligt. Hon får också berätta om sin sociala situation inklusive relationen till partnern. Man frågar efter tidigare skadande eller kränkande händelser, tidigare sjuklighet (både somatisk och psykisk) och eventuella tidigare sjukvårdserfarenheter. Vid bedömningssamtalet kan det komma fram att kvinnan har behov av hjälp utöver vad samtalsmottagningen kan erbjuda, exempelvis remiss till psykiater eller speciell enhet för psykosocial obstetrik och gynekologi.

För de flesta förlossningsrädda kvinnor kan samtalsmottagningen erbjuda tillräcklig hjälp, och bedömningssamtalet avslutas med en planering för fortsatta samtal och eventuellt teamsamarbete.

Handläggning av förstföderskor

Förstföderskor med livslång förlossningsfobi eller avsevärda psykiska problem bör tidigt få tala med gruppens läkare i diagnostiskt syfte. Samtalen hos barnmorskan på samtalsmottagningen fokuseras på rädslan och förlossningsförberedelse anpassad efter kvinnans/parets behov.

Handläggning av omföderskor med tidigare traumatisk förlossning

Det är viktigt att i första hand ge utrymme för kvinnans/parets egen upplevelse och uppfattning om den traumatiska förlossningen. Många beskriver svår smärta, bristande förtroende, ensamhet, förlust av kontroll och utdragna förlopp. Ge extra tid för det speciellt svåra och känslor i samband med det. Kvinnor med tidigare PTSD efter förlossning kan inte enbart handläggas av barnmorska, utan behöver bedömning och behandling av psykiater eller psykiater [3].

Positiva resultat, men mer forskning behövs

Verksamheten vid en samtalsmottagning finns beskriven i en studie där kvinnorna jämfördes med kvinnor utan förlossningsrädsla. De rädda kvinnorna var mycket nöjda med samtalen. De rapporterade dock en högre grad av förlossningsrädsla och symptom på posttraumatisk stress efter sin förlossning [4]. Rådgivning av liknande slag har angetts kunna reducera behovet av "onödiga" kejsarsnitt med 50–80 procent [1, 5, 6]. Det finns dock ingen randomiserad kontrollerad studie som utvärderat effekterna av samtal med förlossningsrädda kvinnor. Ur etisk synvinkel är det endast möjligt att göra en randomiserad kontrollerad studie om en ny verksamhet startas vid en klinik där man tidigare inte haft något omhändertagande av förlossningsrädda.

Uppföljning av förlossningsrädda kvinnor

Det är extra viktigt att följa upp förlossningsupplevelsen för dessa kvinnor. Redan första veckan finns behov av uppföljning, men om allt verkar bra då bör man också ta upp förlossningsupplevelsen vid efterkontroll på MVC 6–10 veckor efter förlossningen. För de som handlagts vid samtalsmottagning på kvinnoklinik kan uppföljningen ske där. Förlossningsrädda kvinnor löper större risk att få en negativ förlossningsupplevelse och att utveckla PTSD. Återkoppling bör ges till förlossningspersonal vid goda insatser, men också när en realistisk förlossningsplan inte har följts.

Psykioterapi vid förlossningsrädsla (nivå 3)

Till den här nivån remitteras patienter som behöver en psykioterapeutisk kontakt. Det gäller kvinnor med svår primär förlossningsrädsla/-fobi, kvinnor som är traumatiserade efter tidigare negativa förlossningsupplevelser eller andra typer av traumatiska upplevelser i anamnesen, samt kvinnor med depression och ångestsyndrom.

Med psykoterapi menas behandling av person med psykoterapiutbildning på någon nivå. Psykoterapi kan bedrivas i grupp eller enskilt och med olika metoder. Det finns en föreställning om att psykoterapi skulle vara farligt eller ineffektivt om patienten är gravid, men detta demteras av dem som har goda erfarenheter av det. En grupp som man skulle kunna prioritera är fysiskt friska förstföderskor med normal personlighet och svår förlossningsrädsla eller förlossningsfobi. Kejsarsnitt blir kanske annars enda möjligheten vid varje förlossning i den kvinnans liv. Resurserna för den här typen av behandling varierar mycket i Sverige. Vid ett fåtal kliniker finns en psykosocial enhet med möjligheter till psykoterapi. Psykologer inom mödrhälsovården kan ibland åta sig behandlingen.

Ingen evidens för bästa metod

Det finns några observationsstudier som visar att det går att arbeta med korttidspsykoterapi med gravida kvinnor och lindra förlossningsrädsla samt minska antalet kejsarsnitt med cirka hälften [7–10]. Det finns en randomiserad kontrollerad studie [1] som visade effekt av kognitiv terapi med minskad ångest inför förlossning och kortare förlossningstid. Behandlingsgruppen jämfördes med en kontrollgrupp som fick två rådgivningssamtal. I båda grupperna avstod 60 procent från ett önskat kejsarsnitt. Gruppintervention med kognitiv bearbetning och avslappning förefaller lovande enligt en öppen jämförande studie [11].

Sammanfattningsvis finns ingen evidens för bästa behandlingsmetod vid förlossningsrädsla. Vilken metod man än använder (även rådgivning) ändrar sig alltså ungefär hälften av de kvinnor som initialt önskat kejsarsnitt på grund av rädsla. KBT förefaller lovande, eftersom man har kunnat påvisa att metoden ger en sänkning av ångestnivån och kortare förlossningar. Vi vet dock inte om andra psykoterapimetoder ger lika bra resultat. Det behövs dels fortsatt forskning, dels ökade resurser i det kliniska arbetet runt om i landet. Som effektmått bör man inte endast använda frekvens av kejsarsnitt utan också t.ex. graden av förlossningsrädsla efter förlossningen, liksom symtom på posttraumatisk stress.

Behandling av ångestsyndrom och depression

Ångestsyndrom och depression kan sekundärt ge en svår förlossningsrädsla. Blod- och injektionsfobi behandlas framgångsrikt och snabbt med KBT. Denna metod tycks vara effektiv även som gruppterapi i två sessioner för gravida kvinnor [12]. Enligt observationsstudier tycks KBT kunna användas utan risk vid andra ångestsyndrom som paniksyndrom hos gravida [13–15]. Depression i samband med graviditet och förlossning behandlas med beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa, dvs. KBT. När relationsproblem är det mest centrala rekommenderas interpersonell psykoterapi och parterapi, vilket har dokumenterad effekt [16, 17].

Motiverande samtal

Barnmorskor och läkare inom obstetrik kan utföra ett avgörande motiveringsarbete när de anser att kvinnan skulle behöva psykoterapi men hon själv inte är så angelägen [18]. Det gäller att mobilisera individens egna skäl för att gå i terapi. Fyra principer är grundläggande: att uttrycka empati för kvinnan, att titta på hur diskrepansen mellan hur hon har det nu och hur hon skulle vilja ha det ser ut, att låta bli att envist argumentera för psykoterapi när hon uttrycker skäl emot samt att stödja hennes tro på sin förmåga till förändring. Det gäller att ta reda på vad som är viktigast för kvinnan, t.ex. att barnet inte ska ta skada. Vad är det som är värst med att ha det som hon har det? Vad skulle hon vilja ha för förändring? Hur mycket tror hon på sina möjligheter till förändring?

Det gäller i princip att invänta kvinnans egen önskan om förändring och erbjuda hjälpen då. Tyvärr är tiden kort under en graviditet, och många kvinnor tycker inte att ångesten på kort sikt (i samband med terapin) uppväger vinster på lång sikt (tillräckligt bra förlossning utan onödigt kejsarsnitt).

Observera

Förutsättningen för att framgångsrikt kunna hjälpa en kvinna att hantera sin förlossningsrädsla är att inte missa en eventuell psykiatrisk samsjuklighet som behöver specifik behandling. En del kvinnor är inte motiverade att genomgå behandling för sin förlossningsrädsla. De kan känna sig kränkta och ifrågasatta när deras önskan om kejsarsnitt inte omedelbart får bifall. Om rädslan är tillräckligt stark kan till och med samtal om förlossning väcka intensiv ångest. Kvinnan kan ha svårt med tilltro till sjukvårdspersonal, kanske till följd av tidigare negativa erfarenheter. Respekt och lyhördhet för kvinnans tankar och känslor räcker många gånger långt, men i vissa fall går det inte att skapa en god allians med kvinnan, vilket är förutsättningen för att terapeutiska interventioner ska kunna vara verkningsfulla.

Referenser till bilaga 3

1. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol.* 2001 Nov;98(5 Pt 1):820–6.
2. Sjöberg N-O, red. Förlossningsrädsla, ARG-rapport 51: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2004.
3. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008 Dec;29(4):240–50.
4. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Jan;82(1):10–7.
5. Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997 Nov;76(10):948–52.

6. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006 Sep;33(3):221–8.
7. Lukesch H, Kochenstein P, Holz C. [Therapeutical treatment of primiparae to reduce anxieties in connection with pregnancy and delivery (author's transl)]. *Z Geburtshilfe Perinatol*. 1980 Aug;184(4):303–9.
8. Areskog-Wijma B. Treatment of fear of childbirth. I: Leysen B, Nijs P, Richter D, red. *Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Leuven-Amersfort: Acco Press; 1985. s. 191–8.
9. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993 May;72(4):280–5.
10. Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998 Sep;77(8):819–25.
11. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1315–9.
12. Lilliecreutz C, Josefsson A, Sydsjö G. An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnant women – a group intervention program. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Jun;13(3):259–65.
13. Abramovitz JS, Larsen K, Moore KM. Treatment of anxiety disorders in pregnancy and the postpartum. I: Hendrick V, red. *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum Principles and treatment*. Totowa, New Jersey: Humana Press; 2006. s. 83–108.
14. Robinson L, Walker JR, Anderson D. Cognitive-behavioural treatment of panic disorder during pregnancy and lactation. *Can J Psychiatry*. 1992 Nov;37(9):623–6.
15. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):1285–98.
16. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering 2004. Rapport nr: 166.
17. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2010. Rapport.
18. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. New York: The Guilford Press; 2002.

Bilaga 4: Strukturerad anamnes

En av förutsättningarna för att tillmötesgå en kvinnas önskan om kejsarsnitt utan medicinska skäl är att en anamnes har upptagits på ett strukturerat sätt. Baserat på den ovan redovisade litteraturgenomgången föreslås följande komponenter ingå i en sådan strukturerad anamnes. Det är dock viktigt att kvinnan först får beskriva vad hon är rädd för, eller med andra ord, varför hon vill ha kejsarsnitt.

Sociodemografisk bakgrund

Anamnesen bör innefatta kvinnans ålder, civilstånd/relation, födelse-land, utbildningsnivå och yrke.

Obstetrisk bakgrund

Information om tidigare förlossningar, missfall, avbrutna graviditeter, fertilitetsönskemål och infertilitetsproblematik bör efterfrågas. Om kvinnan tidigare fött barn bör förlossningsupplevelse och förlossningsätt efterfrågas. Tidigare förlossningar med kejsarsnitt, både planerade och akuta, bör gås igenom avseende orsak och upplevelse.

Hälsfaktorer

Genomgångna sjukdomar och framför allt gynekologiska operationer bör gås igenom. Hälsfaktorer som rökning, onormalt BMI och smärtproblematik bör registreras. Kvinnans egen upplevelse av sin fysiska kapacitet att kunna föda barn kan efterfrågas. Det kan vara av vikt att efterfråga hur kvinnans mor samt eventuella systrar, mosttrar och fastrar fött barn, då det finns visst stöd i litteratur att exempelvis värksvaghet kan gå i arv.

Psykologiska faktorer

Förlossningsrädsla bör utredas genom skattning av rädslans art och grad. Eftersom både förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt kan ändras över tid, bör sådan mätning upprepas i senare delen av graviditeten. Allmän oro/ångest bör efterfrågas samt tidigare eller pågående depression eller utmattningssyndrom. Psykisk sjukdom bör föranleda särskild uppmärksamhet.

Motiv för önskemål

Kvinnan bör själv ges möjlighet att uttrycka sina motiv för önskemål om kejsarsnitt. I samband med detta bör vårdgivaren ta reda på vad kvinnan känner till om för- och nackdelar med kejsarsnitt, för att kunna reda ut eventuella missuppfattningar eller kunskapsluckor och för att kvinnan/paret ska få en fullständig information.

Bilaga 5: Att bedöma förlossningsrädsla

För att kunna stödja förlossningsrädda kvinnor och par på bästa sätt är det användbart att utöver anamnes använda sig av någon typ av mätinstrument för att få ett mått på graden av rädsla. Det finns ett antal olika instrument och skalor för detta som med fördel kan användas i mödravården för att avgöra vilka patienter som bör remitteras vidare för särskilda stödinsatser.

Skalor för att mäta förlossningsrädsla

En av de mest använda skalorna för forskningsändamål för att bedöma förlossningsrelaterad rädsla är Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) [1]. Även om många vetenskapliga artiklar ger mycket starka rekommendationer för rutinmässig screening av kvinnor för förlossningsrelaterad rädsla med hjälp av detta instrument, kan det faktiska genomförandet i kliniska situationer påverkas av frågeformulärets längd och komplexitet i W-DEQ.

På senare tid har visuell analog skala (VAS) testats och befunnits vara enkel och lätt att använda, med en hög grad av följsamhet, bland annat i en stor finsk studie [2].

Eriksson och medarbetare [3] utvecklade ett instrument för att mäta förlossningsrelaterad rädsla, riktat till både kvinnor och män. Först fick deltagarna skatta sin rädsla på en 6-gradig skala (från "ingen rädsla alls" till "mycket stark rädsla"). Rädslans intensitet skattades därefter på en 4-gradig skala avseende påverkan på det dagliga livet ("inte alls" till "väldigt mycket").

Vad visar mätinstrumenten?

I den finska studien som nämns ovan ombads kvinnorna att betygsätta hur rädda de var inför förlossningen på en skala från 0 till 10. Rekommendationerna att använda en skärningspunkt motsvarande siffran 5 i VAS-skalan motsvarade en sensitivitet på 97,8 procent mot W-DEQ (100 poäng eller mer). Totalt 38,9 procent av kvinnorna i den finska studien ansågs ha förlossningsrelaterad rädsla (VAS-poäng på 5 eller mer). VAS-skattningen var högre för kvinnor som tidigare fött barn, och för dem som rapporterade ett tidigare kejsarsnitt eller hade erfarenhet av förlossning med sugklocka.

När Eriksson och medarbetare i en retrospektiv studie kombinerade variablerna i sitt mätinstrument uppskattades 23 procent av kvinnorna och 13 procent av männen ha stark förlossningsrädsla, 57 respektive 59 procent lätt till måttlig rädsla och 20 respektive 28 procent ingen förlossningsrädsla [3].

I en jämförande studie mellan australiska och svenska kvinnor skattades förlossningsrädsla med hjälp av två 100 mm VAS-skalor [4]. Frågan formulerades "Hur känner du dig just nu inför förlossningen?", och besvarades genom kryssmarkering på skalorna, där ytterligheterna formulerades "lugn" respektive "orolig", samt "ingen rädsla" och "stark rädsla". Bakgrunden till att två frågor används är bristen på tillförlitlighet hos enskilda frågor [5] så att en bedömning av den interna samstämmigheten kunde kontrolleras. De två VAS-skalorna uppvisade en stark korrelation ($\rho = 0,83$), vilket anses stödja sammanslagningen till en skala (FOBS). Skalan är kontrollerad mot det faktiska antalet kvinnor som fått samtalsstöd för förlossningsrädsla, där samtliga skattade > 50. Resultatet visade att 86 procent av de som fått samtalsstöd hade skattat mer än 50 på FOBS-skalan. Motsvarande information saknas i det australiska materialet, eftersom det saknas speciella enheter för förlossningsrädda kvinnor där.

Förlossningsrädsla i förhållande till önskan om kejsarsnitt

Det är inte alla som är förlossningsrädda som önskar kejsarsnitt. Enligt en studie av Waldenström och medarbetare från 2006, som byggde på ett nationellt urval av 2 480 kvinnor, framkom att bland de förlossningsrädda (definierat som att i andra trimestern ha "väldigt negativa känslor" inför förlossningen) önskade drygt hälften (55 procent) kejsarsnitt, medan det bland de som inte var förlossningsrädda var 5,6 procent som önskade kejsarsnitt [6]. I en studie av Nieminen och medarbetare från 2009 framkom att 3,1 procent av de kvinnor som låg under gränsen för förlossningsrädsla önskade kejsarsnitt. Av förstföderskorna var det 2,2 procent och av omföderskorna 4,0 procent, och i båda dessa grupper kan det finnas kvinnor med medicinska skäl för kejsarsnitt [7]. Liknande siffror återfanns i en studie av Karlström och medarbetare 2010, men där utgick man från kejsarsnittsönskemål. Resultaten visade att av de 90/1 186 kvinnor (7,6 procent) som önskade kejsarsnitt var 54 procent förlossningsrädda [8].

Mödravården bör bedöma graden av förlossningsrädsla

Vid inskrivningsbesöket i mödravården bör barnmorskan fråga kvinnan hur hon känner inför förlossningen. Så snart en kvinna uppger önskemål om kejsarsnitt eller uttrycker förlossningsrädsla bör graden av rädsla mätas. Höga värden, exempelvis ett resultat på över 60 mm på VAS-skalan, bör föranleda tidig remiss till samtalsmottagning.

Referenser till bilaga 5

1. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1998 Jun;19(2):84–97.
2. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. BJOG. 2009 Jan; 116(1):67–73.
3. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2005 Mar;26(1):63–72.

4. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2010 Jul 3.
5. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
6. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006 Jun;113(6):638–46.
7. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807–13.
8. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth – few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2010 Jul 12.

Nationella medicinska indikationer

Projektet Nationella medicinska indikationer har drivits i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska Läkaresällskapet, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering, med finansiering från Socialdepartementet.

Projektets syfte har varit att utveckla beslutsstöd i form av nationella indikationer för åtgärder inom vård och omsorg. Arbetet har genomförts i samverkan med vårdens professioner.

Denna rapport är en del i detta utvecklingsarbete, som har utmynnat i ett förslag till process och organisation för att i en fortlöpande verksamhet ta fram och uppdatera nationella indikationer inom vården. En sådan verksamhet kommer att byggas upp inom Socialstyrelsen.