

KEJSERSNIT PÅ MODERS ØNSKE
- en medicinsk teknologivurdering

2005

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Kejsersnit på moders ønske - en medicinsk teknologivurdering

Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Kejsersnit, sectio, maternal request, patientens ønske, moders ønske, eget ønske, ønske, uden klinisk indikation, etik, MTV, medicinsk teknologivurdering.

Sprog: Dansk med engelsk resume

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 23. december 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 2005

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: P.J.Schmidt Grafisk produktion

Elektronisk ISBN: 87-7676-250-5

Elektronisk ISSN: 1399-2481

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering

Medicinsk Teknologivurdering 2005; 7(4)

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Rapporten kan downloades fra www.cemtv.dk under publikationer

Forord

Formålet med denne rapport fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) har været at undersøge baggrunden for og konsekvenserne af at foretage kejsersnit på moders ønske i stedet for hjælp til almindelig fødsel. Hensigten er at levere beslutningsgrundlag for fremtidig håndtering af området.

Problemområdet er – som det også vil fremgå af rapporten – temmelig komplekst. Alene det faktum, at man her står med ikke én, men to individer, nemlig moderen og barnet, adskiller denne problematik fra de fleste andre sundhedsrelaterede emner. Dernæst adskiller problematikken sig ved, at der ikke er tale om to behandlingsformer, som man frit kan vælge imellem, men om en ekstra mulighed ud over, hvad fødselshjælpen ellers tilbyder.

I rapporten etableres en etisk forståelsesramme for problemstillingen. Desuden fokuseres på at definere og afgrænse kejsersnit på moders ønske og at undersøge risici for mor og barn ved gennemførelsen af planlagt kejsersnit sammenlignet med en vaginal fødsel. Baggrunden for kvindernes valg af kejsersnit belyses, og en række øvrige forhold af stor betydning for kvinden, herunder særligt behovet for information, analyseres. Endelig undersøges de organisatoriske og økonomiske konsekvenser af, at kvinder vælger kejsersnit frem for vaginal fødsel.

Rapporten henvender sig til beslutningstagere på området. Det gælder i særlig grad obstetrikere, jordemødre, gravide, administratorer og sundhedspolitikere, som alle skal tage stilling til den fremtidige praksis på dette område.

Projektet er udført i CEMTV af en tværfaglig projektgruppe med relevant ekspertise. Centeret vil gerne takke medlemmerne af projektgruppen samt andre, der har bidraget til rapportens tilblivelse.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
December 2005*

*Finn Børlum Kristensen
Centerchef*

Indhold

Sammenfatning	7
Baggrund	7
Formål	7
Metode	7
Resultater	7
Perspektivering	9
Summary	10
Background	10
Object	10
Method	10
Results	10
Perspectives	12
Læsevejledning	13
Ordliste	14
1 Indledning og baggrund	16
1.1 Baggrund	16
1.2 Formål og afgrænsning	16
1.3 Projektgruppen	17
1.4 Referencegruppen	18
1.5 Data og metoder	18
1.5.1 Etik	18
1.5.2 Teknologi	18
1.5.3 Patient	18
1.5.4 Organisation	18
1.5.5 Økonomi	18
2 Kejsersnit på moders ønske – problemstilling og patientgruppe	19
2.1 Problemstillingen	19
2.1.1 Juridiske aspekter	19
2.1.2 Forskellige kulturbetingede forhold	19
2.2 Patientgruppen – definition og afgrænsning	20
2.3 Eksempler på indikationer for planlagt kejsersnit	21
2.3.1 Forliggende moderkage	21
2.3.2 Underkropspræsentation	21
2.3.3 Skader på mellemkødet	21
2.3.4 Tidligere kejsersnit	21
2.3.5 Risiko for akut kejsersnit under fødslen	22
2.3.6 Risikovurdering	22
2.3.7 Angst for at føde	23
2.3.8 Kvinde, der tidligere har mistet et barn	23
2.3.9 Ingen identificerbar årsag til planlagt kejsersnit	23
2.4 Karakteristik af patientgruppen	24
2.5 Sammenfatning	25
3 Etiske aspekter	26
3.1 Etik i MTV	26
3.2 Kejsersnit uden klinisk indikation	27
3.2.1 Etikken i den kliniske indikation	27
3.2.2 Etikken i kejsersnit på moders ønske/uden klinisk indikation	28
4 Teknologi	31
4.1 Konsekvenser for moderen ved kejsersnit på moders ønske – litteraturgennemgang	31
4.1.1 Umiddelbare komplikationer	32
4.1.2 Senfølger	32
4.1.3 Fødselsmådens indflydelse på efterfølgende graviditet og fødsel	32
4.1.4 Uterusruptur	32
4.1.5 Fertilitet	32
4.2 Konsekvenser for moderen ved kejsersnit på moders ønske – registerdata	33
4.2.1 Komplikationer ved planlagt kejsersnit og vaginal fødsel i Danmark 1997-2005	33
4.2.2 Sammenfatning – Konsekvenser for moderen	35

4.3	Konsekvenser for barnet ved kejsersnit på moders ønske – litteraturstudie	35
4.3.1	Perinatal Mortalitet	36
4.3.2	Cerebral parese og abnorm neurologisk udvikling	36
4.3.3	Behov for genoplivning	36
4.3.4	Respiratorisk morbiditet	36
4.3.5	Fødselsskader	36
4.3.6	Temperaturpåvirkning og amning	36
4.3.7	Langtidsfølger	37
4.3.8	Risici for kommende søskende	37
4.4	Konsekvenser for barnet ved kejsersnit på moders ønske – Registerdata	37
4.5	Sammenfatning – konsekvenser for barnet	38
5	Patient	39
5.1	Foretrukken fødselsmåde	39
5.2	Angst	39
5.3	Psykisk påvirkning af kvinden	40
5.4	Information	41
5.5	Fremtidige mulige behov for indsats	42
5.5.1	Den gode fødsel	42
5.5.2	Forbedret information	43
5.6	Sammenfatning	43
6	Organisation	45
6.1	Indledende samtaler med obstetriker og jordemoder	46
6.2	Datofastsættelse og fælles information	46
6.3	Fødselsforløb	47
6.4	Kapacitet og fleksibilitet	47
6.5	Teknologi og fremtiden for planlagte kejsersnit	48
6.6	Uddannelse	48
6.7	Arbejds miljø og arbejdstilfredshed	48
6.8	Økonomi og frit sygehusvalg	48
6.9	Sammenfatning	49
7	Økonomi	50
7.1	Andre studier	50
7.2	Metode	50
7.3	Resultater	52
7.4	Sammenfatning	53
8	Perspektivering/anbefaling	54
8.1	Etik og jura	54
8.2	Risiko	54
8.3	Information	54
8.4	Omfang	55
8.5	Økonomi	55
8.6	Årsag til ønsket	55
8.7	Mulighed for ændring af praksis	55
8.8	Anbefalinger	56
Bilag		57
Bilag 1	Litteratursøgning teknologi og patient	57
Bilag 2	Evidens-skema	58
Bilag 3	Interviewguide organisation	59
Bilag 4	Litteratursøgning økonomi	61
Bilag 5	Hvordan udføres kejsersnit i Danmark	62
Bilag 6	Tabelfdata	64
Litteratur		71

Sammenfatning

Baggrund

Hyppigheden af kejsersnit har gennem en årrække været stigende. I 1991 blev 12,4% af alle fødende forløst ved kejsersnit mens tallet i 2003 var steget til 19,5%. En del af stigningen kan forklares ved en vækst i antallet af sædefødsler og flerfoldsfødsler forløst ved kejsersnit, og en del af stigningen kan måske tilskrives en højere gennemsnitsalder hos mødrene. I tillæg til dette antages en ændret holdning blandt gravide og fødselshjælpere til fødselsmåden at have en væsentlig betydning for stigningen i hyppigheden af kejsersnit. Såvel i Danmark som internationalt opleves det, at et stigende antal kvinder vælger kejsersnit uden medicinsk indikation (på moders ønske) og derved bidrager til stigningen i hyppigheden af kejsersnit. Baggrunden for dette er ikke tilstrækkeligt belyst, men det antages, at f.eks. kvinders behov for at kunne kontrollere og planlægge fødslen, psykologisk betinget angst for at føde samt tidligere traumatiske fødselsoplevelser er væsentlige årsager til kvindernes ønske. Denne antagelse undersøges nærmere i nærværende MTV-rapport.

Formål

Kejsersnit på moders ønske har været genstand for stor interesse bl.a. i medierne, i faglige kredse og i Folketingets Sundhedsudvalg. Rapportens formål er at bidrage til debatten og danne udgangspunkt for beslutningstagning i relation til den fremtidige håndtering af denne problemstilling. Rapporten skal bidrage ved at indsamle viden om og udarbejde en samlet vurdering af fordele og risici ved planlagt kejsersnit på moders ønske set i forhold til vaginal fødsel. I rapporten analyseres risici for mor og barn ved gennemførelsen af planlagt kejsersnit, de patientrelaterede baggrundsparemetre og konsekvenser vurderes, og endelig undersøges de organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Dette suppleres med en etisk analyse af problemstillingen, som danner en overordnet forståelsesramme for den øvrige analyse.

Metode

Den etiske analyse er foretaget med udgangspunkt i etiske principper, lovgivning på området samt den tilgængelige viden, der er frembragt i de øvrige analyser. Analysen af teknologien er baseret på systematisk litteratursøgning og -vurdering samt på registerdata. Patientperspektivet baseres på systematisk litteratursøgning og -vurdering, organisationsanalysen på kvalitative casestudier og den økonomiske analyse på en litteraturgennemgang samt på data fra Sundhedsstyrelsens omkostningsregister.

Resultater

Som udgangspunkt for rapporten diskuteres de medicinske indikationer for planlagt kejsersnit med henblik på at afgrænse kejsersnit på moders ønske. Grænserne mellem absolut og relativ medicinsk indikation og kejsersnit på moders ønske er dog flydende, og kategoriseringen af »på moders ønske« bygger derfor i høj grad på et individuelt klinisk skøn. Antallet af kvinder, som er registreret i Landspatientregistret under koden »kejsersnit på moders ønske«, udgør i størrelsesordenen 1000 årligt. Ca. 80% af disse er flergangsfødende. En undersøgelse fra Skejby sygehus har vist, at 93% af flergangsfødende kvinder, der har ønsket kejsersnit, begrundede ønsket med baggrund i en tidligere fødselsoplevelse.

Den etiske analyse foretages ud fra de fire principper: autonomi, ikke skade, godgørelse og retfærdighed. I en vurdering af kejsersnit på moders ønske konkluderes, at hvis kejsersnit fortsat skal

betragtes som en fødselsmåde, der kræver en særlig grund, og dermed ikke er ligestillet med den vaginale fødsel, så kræver indikationen for et kejsersnit, at en vaginal fødsel ville være forbundet med en øget risiko for mor eller barn. Hvis dette ikke er tilfældet, kan man ikke tale om en *ret* til kejsersnit for kvinden, men derimod om et *ønske*. Et sådant ønske pålægger ikke i sig selv sundheds-væsnet en pligt til at imødekomme det, men sundhedspersoner kan i den konkrete situation skønne, at de anførte grunde til ønsket gør, at planlagt kejsersnit er det bedste valg. Hvis opfattelsen af kejsersnit ændrer sig så markant, at gennemførelsen af et kejsersnit ikke kræver en særlig begrundelse, og vaginal fødsel og kejsersnit dermed ligestilles, har kvinden ud fra en rent etisk betragtning et krav på frit valg mellem de to behandlingsformer. For fastholdelsen af den traditionelle forrang for den vaginale fødsel taler, at den følger svangerskabets fysiologi, og ikke kræver et udefrakommende indgreb.

Hvad angår *teknologien*, så er den internationale litteratur vedr. risici for moderen og barnet karakteriseret ved at være heterogen, med lav evidensgrad og at have grundlæggende metodeproblemer. Hvad angår moderen, så findes der ingen studier som sammenligner komplikationer blandt raske gravide, som får foretaget kejsersnit udelukkende på moders ønske med gravide som planlægger at føde vaginalt. Danske registerdata viser en øget risiko for infektion og reoperation efter planlagt kejsersnit. Komplikationerne bør sammenholdes med risikoen for sphinkterruptur og indgreb som intrauterin palpation (livmoderen føles efter) ved planlagt vaginal fødsel. Alvorlige komplikationer som hysterektomi og tromboemboli er meget sjældne. Der er imidlertid behov for en nærmere analyse af de sjældne, alvorlige komplikationer til kejsersnit i validerede udtræk fra de danske registre. Der er ligeledes behov for yderligere forskning i risikoen for alvorlige komplikationer i en efterfølgende graviditet. Med hensyn til risici for barnet, så har man ikke sikkert kunnet påvise nogen gevinst for barnet ved planlagt kejsersnit, hverken hvad angår perinatal mortalitet, morbiditet eller handicaps på længere sigt. Der synes at være en øget forekomst af respirationsproblemer efter planlagt kejsersnit som er knyttet til gestationsalderen. Danske registerdata viste, bortset fra en svagt nedsat risiko for lav Apgar score efter planlagt kejsersnit, ingen signifikant forskel i hyppighed af udvalgte komplikationer for barnet ved de to fødselsmåder. Det er overraskende, at der ikke i den danske registrering var samme forskel på hyppigheden af respiratorisk morbiditet efter planlagt kejsersnit og planlagt vaginal fødsel samt gestationsalder som i udenlandske studier. En mulig forklaring kan være, at registreringen af koder for respirationsproblemer ved overflytninger af børn efter vaginal fødsel eller akut kejsersnit har andre årsager (f.eks. iltmangel eller mistanke om lungebetændelse) end ved overflytninger af børn født ved planlagt kejsersnit (surfaktantmangel). Dette bør belyses ved validering af registeroplysninger. Det bør ligeledes undersøges om prognosen for børn som overflyttes med respirationsproblemer (indlæggelsesvarighed og senkomplikationer) er den samme ved de to fødselsmåder.

Litteraturvurderingen vedr. *patientperspektivet* viser, at der mangler basal viden på en række områder. Udenlandske studier viser dog, at den vaginale fødsel er den foretrukne fødselsmåde for størstedelen af de adspurgte kvinder. Angst synes at være en væsentlig grund til ønsket om kejsersnit, og det estimeres, at 6-10% af de gravide frygter fødslen. Angstbegrebet dækker over en lang række parametre som f.eks. angst for kontroltab, for at dø, for barnets liv og helbred og for sindssyge. Angsten er typisk baseret på yderst komplekse og multifaktorielle forhold, som kræver en individuel afdækning. Det er uklart om – og i hvilket omfang – et planlagt kejsersnit medfører flere psykiske problemer for kvinden end en vaginal fødsel, men et enkelt studie og ekspertudsagn peger på, at den vaginale fødsel kan bibringe kvinden en positiv psykisk påvirkning. Endelig fremhæves i litteraturen, at der er et betydeligt behov for at sikre, at der gives tilstrækkelig information, så kvinden har mulighed for at foretage et informeret valg, hvis hun udtrykker ønske om kejsersnit. Det er dog uklart hvilken information kvinderne har behov for, i hvilken form informationen skal gives, og hvem der skal give den.

Organisationsanalysen baseres på tre kvalitative casestudier. Studierne indikerer, at i det omfang man kan sikre gode fødselsforløb for kvinderne, så kunne en meget væsentlig del af efterspørgslen på kejsersnit på moders ønske reduceres. Omfanget af kejsersnit på moders ønske vurderes som meget

moderat, og næsten altid velbegrunder. Organisatorisk har de involverede sygehuse valgt at håndtere patientgruppen, der henvender sig med ønske om et kejsersnit på moders ønske, ved at sætte fokus på udredningen af de bagvedliggende årsager til ønsket, for derved at hjælpe kvinden til at kunne træffe et informeret valg om, hvilken fødselsmåde der ønskes, og lave aftaler om alternative fødselsforløb, hvis dette ønskes. Flere forskellige forhold adskiller de tre afdelinger i måden, hvorpå de mere generelt har organiseret forløbet omkring et kejsersnit. Omlægningen til faste dage, hvor der udføres kejsersnit, rapporteres at have givet en række fordele både for personale, patienten og produktiviteten, uden at der kan peges på nævneværdige ulemper.

Data fra omkostningsdatabasen for fødsler er forbundet med meget stor usikkerhed, hvorfor resultaterne af den *sundhedsøkonomiske analyse* er forbundet med samme usikkerhed. Trods dette, er de danske resultater i god overensstemmelse med de internationale studier, og størrelsesordenen af omkostningsestimaterne for de forskellige grupper er i god overensstemmelse med det, man ville forvente a priori. På grundlag af udtrækket fra omkostningsdatabasen vurderes det, at det koster i størrelsesordenen 5000 kr. mere pr. kejsersnit i forhold til et vaginalt forløb for flergangsfødende, mens der ikke er nogen synlige ekstraomkostninger for førstegangsfødende. Det er dog et åbent spørgsmål om denne meromkostning i praksis kunne reduceres væsentligst, hvis f.eks. kejsersnit på moders ønske blev fjernet som en mulighed, da denne gruppe kvinder formodentligt alternativt vil efterspørge mere smertelindring end den gennemsnitlige gravide, der føder vaginalt, ligesom gruppen af flergangsfødende, der får kejsersnit på mors ønske, adskiller sig fra den store gruppe af flergangsfødende ved hyppigere at have haft et kompliceret forløb første gang, hvorfor de hyppigere oplever komplikationer ved den næste fødsel. De estimerede årlige samfundsmæssige meromkostninger på baggrund af gennemsnitsomkostningerne fra omkostningsdatabasen ved en *hypotetisk* øgning på 5 procentpoint hos de, der efterspørger kejsersnit på moders ønske, er ca. 6 mio. kr.

Perspektivering

Rapportens hovedkonklusion er, at der bør gøres en yderligere indsats for at sikre, at kvindens første fødselsoplevelse bliver god. Kejsersnit ønskes primært af flergangsfødende med en dårlig fødselsoplevelse bag sig, og det er derfor centralt at forebygge ønsket ved at sikre gode førstegangsfødsler. Et andet centralt punkt er den information, der gives de gravide som grundlag for deres valg. De gravide, der ønsker kejsersnit, skal oplyses om såvel fordele som risici for både mor og barn, samt at der kan være konsekvenser ved senere graviditeter og fødsler, ja endog på muligheden for igen at blive gravid. Desuden anbefales det, at der på en række områder igangsættes forskning med henblik på at etablere et bedre vidensgrundlag vedrørende kejsersnit på moders ønske.

Summary

Background

The frequency of caesarean sections has been rising for a number of years. In 1991, 12.4% of all deliveries were by caesarean section, while in 2003 the proportion had risen to 19.5%. This rise can partially be attributed to an increase in the number of breech deliveries and multiple birth deliveries being carried out by caesarean section, and another part of the increase may possibly be ascribed to a higher average age among expectant mothers. In addition to this, a changed attitude to birth methods among pregnant women and health professionals can be assumed to be of considerable importance in the rise in the frequency of caesarean sections. Both in Denmark and internationally, an increasing number of women are choosing caesarean section without medical indication (maternal request) and thereby contribute to the rise in the frequency of caesarean sections. The background for this is not elucidated sufficiently, but it may be assumed that e.g. women's need to control and plan the birth, psychologically caused fear of giving birth and previous traumatic birth experiences are significant reasons for the wish by these women. This assumption is being studied in more detail in the present Health Technology Assessment.

Object

Caesarean section on maternal request has become the object of considerable interest among other things in the media, in the health professional circles and in the Danish parliamentary Health Committee. The object of this report is to contribute to the debate and provide an input for decision making in relation to the future management of this issue. The report is intended to contribute by collating information and set out an overall assessment of the benefits and risks in a planned caesarean section on maternal request seen in relation to a vaginal delivery. The report analyses the risks for mother and child in a planned caesarean section which is carried through, the patient-related background parameters and consequences are evaluated, and finally the organisational and economic consequences are investigated. To this is added an ethical analysis of the problem, to form an overall comprehension framework for the rest of the analysis.

Method

The ethical analysis is undertaken based on ethical principles, legislation in the field and the available knowledge provided by the rest of the analyses. The technological analysis is based on a systematic literature review and on registered data. The patient perspective is based on a systematic literature review, the organisational analysis on qualitative case studies and the economic analysis on a study of the literature and data from the cost register of the National Board of Health.

Results

As a basis for the report, the medical indications for planned caesarean section are discussed in order to define caesarean section on maternal request. The boundaries between absolute and relative medical indication and caesarean section on maternal request are, however, fluid, and the categorisation of "maternal request" is therefore to a large extent based on an individual clinical judgement. The number of women registered in the Danish National Patient Registry under the term "elective caesarean on maternal request" is in the region of 1,000 annually. Approximately 80% of these are multiparae. A study from Skejby hospital has shown that 93% of multiparae who choose to have a caesarean section, based their wish on an earlier birth experience.

The ethical analysis is based on the four principles: autonomy, non-maleficence, beneficence and justice. In an evaluation of caesarean section on maternal request, it is concluded that, if the caesarean section is to continue to be viewed as a method of delivery requiring a special reason, and therefore not to be equated with vaginal delivery, the indication for a caesarean section must require that a vaginal delivery would be linked to an increased risk for mother or child. If this is not the case, we cannot speak of a mother's *right* to a caesarean section, but we can speak of a mother's *request*. Such a request does not itself require the health authority to accommodate it, but health personnel may in the concrete situation agree that the reasons cited for the request make a caesarean section the best choice. If the perception of caesarean section were to change radically, so that the performance of a caesarean section did not require a special reason, and vaginal birth and caesarean section were therefore regarded as equivalent, the woman would, from a purely ethical perspective, have the right to make a free choice between the two methods of treatment. In favour of the maintenance of the traditional preference for vaginal birth is the fact that it follows the physiology of pregnancy and does not require invasive intervention.

As far as the *technology* is concerned, the international literature concerning risks for mother and child is characterised by heterogeneity, low standards of evidence and fundamental methodological problems. Concerning the mother, there are no studies comparing the complications among healthy pregnant women who had caesarean sections purely on maternal request, with pregnant women who choose to give birth vaginally. Danish register data show an increased risk of infection and reoperation after an elective caesarean section. These complications should be compared with the risk of sphincter rupture and invasive intra-uterine palpation (examination of the uterus) in planned vaginal births. Serious complications such as hysterectomy and thromboembolism are very rare. However, there is a need for a more detailed analysis of the rare, serious complications of caesarean section in validated extracts from the Danish registers. Likewise, there is a need for further research into the risks of serious complications in any subsequent pregnancy. Concerning the risks to the child, no advantage has been shown with certainty for the child arising from elective caesarean section, either in terms of perinatal mortality, morbidity or long-term complications. There appears to be a raised incidence rate of respiratory problems following elective caesarean section, connected to the gestation age. Danish register data show, with the exception of a slightly lower risk of low Apgar score after elective caesarean section, no significant difference in the frequency of selected complications for the child in the two delivery methods. It is surprising that the same difference in the frequency of respiratory morbidity after elective caesarean section and planned vaginal birth as in foreign studies was not evident in Danish registers. A possible explanation may be that the registration of codes for respiratory problems when children are transferred after vaginal delivery or acute caesarean section are for different reasons (e.g. oxygen deficiency or suspicion of lung inflammation) than when children are transferred after elective caesareans (surfactant deficiency). This should be clarified by the validation of register information. Investigations should also be made to establish whether the prognosis for children who are transferred with respiratory problems (duration of inpatient stay and late complications) is the same for both methods of delivery.

The literature review concerning the *patient perspective* shows that basic knowledge is lacking in many areas. Foreign studies, however, show that vaginal birth is the method of choice for the majority of women asked. Fear seems to be a major reason for the request for caesarean section, and it is estimated that 6-10% of pregnant women fear giving birth. The concept of fear covers a large range of parameters, e.g. fear of loss of control, of dying, fear for the child's life and physical and mental health. The fear is typically based on extremely complex and multi-factorial conditions, requiring individual uncovering. It is not clear whether, and to what extent, an elective caesarean section brings more emotional problems for a woman than a planned vaginal birth, but a single study and expert opinions suggest that vaginal birth can bring positive emotional effects to a woman. Finally, the literature stresses the important need to ensure that enough information is given for a woman to be enabled to make an informed decision if she expresses a wish to have a caesarean section. However, it is not clear what information women are in need of, in what form the information should be given, or who should give it.

The organisational analysis is based on three qualitative case studies. The studies indicate that to the extent that a good labour experience can be assured for women, a very considerable proportion of the demand for caesarean sections on maternal request could be reduced. The extent of elective caesarean sections on maternal request is regarded as very moderate and almost always well-founded. Organisationally, the hospitals involved have chosen to manage patient groups connected with the wish for an elective caesarean section on maternal request, by focusing on an investigation of the underlying reasons for the request, in order to help the woman to be able to make an informed decision as to what method of delivery she desires and to make agreements on alternative ways of delivery progress, if so desired. Many different conditions distinguish the three departments in terms of how they in general organise the procedures surrounding a caesarean section. The stipulation of fixed days on which caesarean sections are performed is reported to have brought a number of advantages for staff, patient and productivity, without having caused any noticeable inconvenience.

Data from the birth cost database are affected by very high levels of uncertainty and therefore the results of the *health economics analysis* are affected by the same uncertainty. In spite of this, the Danish results are in close agreement with international studies, and the scale of the cost estimates for the various groups are in close agreement with what would be expected *a priori*. On the basis of extracts from the cost database, it is estimated that it costs in the order of DKK 5,000 more per caesarean section compared to a vaginal birth for multiparae, while there were no apparent extra costs associated with primiparae. However, it is open to debate whether this extra cost could in practice be significantly reduced if, for example, caesarean sections on maternal request were to be removed as an option, since this group of women would presumably request more pain relief than the average pregnant woman giving birth vaginally. Also the group of multiparae receiving elective caesarean sections on maternal request differs from the majority of multiparae in that they have more often had labour complications the first time, and will therefore more often experience labour complications at subsequent births. The estimated annual social burden of cost based on the average costs from the cost database in case of a *hypothetical* increase of 5 percentage points in elective caesarean sections on maternal request is approx. DKK 6 million.

Perspectives

The main conclusion of this report is that more should be done to ensure that women's first birth experience is a good one. The caesarean section is mostly requested by multiparae who have had a bad earlier experience and it is therefore the key point to prevent the wish for an elective caesarean by ensuring good first-time births. The information given to pregnant women as a basis for their choice is another central point. Pregnant women requesting a caesarean section should be informed of the benefits and risks to both themselves and to the child. They should also be informed about implications for later pregnancies and births and even on the possibility to become pregnant again. It is also recommended that research should be undertaken in a number of areas to establish a better knowledge foundation concerning caesarean section on maternal request.

Læsevejledning

Rapporten er udarbejdet af en tværfaglig projektgruppe, som tilsammen er ansvarlig for rapportens indhold.

Rapporten består af 8 kapitler. Endvidere er der udarbejdet en række bilag, hvoraf bilag 5 – »hvordan udføres kejsersnit i Danmark« og bilag 6 – »tabeldata« har fungeret som baggrundsdokumenter.

- Rapporten indledes med en kort sammenfatning af rapportens samlede indhold
- Herefter følger en engelsk oversættelse af sammenfatningen
- Kapitel 1 beskriver baggrunden for og formålet med projektet, projektgruppens og referencegruppens sammensætning samt de anvendte metoder i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten
- I kapitel 2 præsenteres juridiske aspekter samt en række kulturbetingede forhold med relevans for problemstillingen. Patientgruppen defineres og afgrænses, og med udgangspunkt i diskussion af en række eksempler på indikationer for planlagt kejsersnit skitseres nogle praktiske problemer ved den konkrete afgrænsning af kejsersnit på moders ønske.
- Kapitel 3 indeholder en etisk analyse af problemstillingen kejsersnit på moders ønske med fokus på, om det rent etisk er det mest korrekte at tilbyde gravide et valg mellem vaginal fødsel og kejsersnit.
- I kapitel 4 fokuseres på, hvilke risici der for mor og barn er forbundet med et planlagt kejsersnit sammenlignet med en planlagt vaginal fødsel.
- Kapitel 5 belyser øvrige patientrelaterede baggrundsparetre for og konsekvenser af gennemførelsen af kejsersnit på moders ønske.
- I kapitel 6 fremstilles de organisatoriske konsekvenser af gennemførelsen af kejsersnit på moders ønske.
- Kapitel 7 analyserer de økonomiske omkostninger for sundhedsvæsenet ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit.
- I kapitel 8 sammenholdes de fundne resultater, og perspektivering og anbefalinger præsenteres.

Ordliste

- adækvat** – passende, tilstrækkelig
- akut kejsersnit** – kejsersnit, der udføres mindre end 8 timer efter, at det er besluttet. Udføres af hensyn til mor eller barn pga. fødselskomplikationer, eller pga. graviditetskomplikationer, der kræver snarlig forløsning (f.eks. præeklamsi), men kan også udføres i situationer hvor fødslen starter før datoen for et planlagt kejsersnit
- analfissur** – rifter ved endetarmen
- appgar score** – pointsystem til klinisk vurdering af det nyfødte barn (typisk efter 1 og 5 minutter), hvor barnet får 0-2 point for hver af 5 egenskaber: Hjerteraktion, respiration, farve, tonus, reflekser
- aspiration** – fejlsvælgning til luftveje af fx væske
- autonomi** – selvbestemmelse, udtryk for den enkeltes ret til at bestemme over sig selv
- beneficence** – godgørenhed
- B-Lynch** – kirurgisk indgreb hvorved livmoderen midlertidigt snøres sammen. Anvendes til behandling af blødning, der skyldes manglende sammentrækning af livmoderen efter fødsel
- BMI** – body mass index – mål for overvægt/fedme
- CEMTV** – Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, center under Sundhedsstyrelsen
- cerebral parese** – hjernelæsion i den ikke fuldt udviklede hjerne, f.eks. opstået tæt på fødslen
- CI** – confidence interval, sikkerhedsgrænser, angiver inden for hvilket interval den »sande« værdi med størst sandsynlighed findes
- DADJ** – tidligere betegnelse for Jordemoderforeningen
- diabetes** – sukkersyge
- DSI** – DSI Institut for Sundhedsvæsen (tidligere Dansk Sygehus Institut)
- DSOG** – Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- endometrit** – endometritis, betændelse i livmoderens slimhinde
- foetus** – eller føtus: foster; det endnu ufødte barn
- føtal indikation** – klinisk indikation, der kun vedrører fosterets ve og vel, og ikke moderens
- gastroenteritis** – mave-tarminfektion, »dårlig mave«
- gemelli** – tvillinger
- gestationsalder** – angiver hvor mange uger moderen er henne i graviditeten
- hovedstilling** – barnet ligger med hovedet nedad, så det vil blive født først ved en vaginal fødsel
- HMTV** – hurtigt MTV, bygger på de samme elementer som en almindelig MTV, men er mere fokuseret på bestemte aspekter
- intracutan** – »i huden«, fx sammensyning i huden med »skjult« tråd
- intrauterin** – inde i livmoderen
- kontaminering** – »forurening«, typisk med bakterier eller virus, førende til infektion
- LPR** – Landspatientregisteret. Register, hvor sygehusbehandlinger, operationer og diagnoser fra hele landet registreres
- maleficence** – skade/ondskab
- maternel** – vedrørende moderen
- meconium** – det nyfødte barns første afføring
- meconiumaspiration** – hvis barnet får meconium i luftvejene
- MFR** – det medicinske fødselsregister
- morbiditet** – sygelighed
- mortalitet** – dødelighed
- MTV** – medicinsk teknologivurdering
- neonatal** – perioden fra 1 til og med 28 dage efter fødslen
- obstetriker** – fødselslæge
- obstetrisk** – vedrørende fødslen
- Ogilvie's syndrom** – akut opstået pseudoobstruktion (tarmstop) af tyktarm, f.eks. efter kejsersnit
- overbåren** – graviditet, der er nået mere end to uger forbi terminen
- paritet** – angivelse af, hvor mange gange en kvinde (tidligere) har født

per se – »i sig selv«

perinatal – perioden fra fødsels start til og med 7 dage efter

placenta – moderkage

planlagt kejsersnit – forløb, hvor man mere end 8 timer i forvejen har planlagt kejsersnit

planlagt vaginal fødsel – forløb, hvor man i forvejen har planlagt en almindelig, vaginal fødsel

plexus brachialis læsion – beskadigelse af nerverne til armen

præeklampsi – svangerskabsforgiftning, tilstand med forhøjet blodtryk og ofte ødem og protein i urinen

placenta prævia – moderkagen »ligger i vejen« og spærrer fødselsvejen. Kaldes også forliggende moderkage

pædiater – børnelæge

RCOG – det britiske selskab for gynækologer/obstetrikere, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RDS – respiratorisk distress syndrom (se dette)

respiratorisk distress syndrom – (RDS), vanskeliggjort vejrtrækning hos nyfødte på grund af dårligt udfoldede lunger

RR – relativ risiko (eng. rate ratio), udtryk for forholdet mellem to risici

section – kejsersnit

singleton – ét barn (i modsætning til tvillinger, trillinger etc.)

sphincterruptur – iturevet lukkemuskel, her endetarmens lukkemuskel

statistisk signifikant – udtryk for, at det er usandsynligt, at en konstateret forskel er tilfældig

surfaktant – en naturligt forekommende substans, som nedsætter overfladespændingen i de mindste lungeafsnit (alveolerne), så de kan holdes åbne

sutur – tråd til at sy sår sammen med

sædestilling – barnet ligger med enden først for i fødselsvejen

termin – det forventede tidspunkt for fødslen svarende til fulde 40 uger

TTN – transitorisk tachypnoe neonati: forbigående hurtigt åndedræt hos nyfødte

UK – underkropsstilling, det samme som sædestilling

vaginal fødsel – fødsel, hvor barnet kommer ud gennem skeden, uanset om det er med hjælp eller ej

vaginisme – skedekrampe

økologisk studie – studie af ændringer i forekomst af eksponering og effekt målt på populationsniveau

1 Indledning og baggrund

1.1 Baggrund

Primo 2005 blev der nedsat en projektgruppe med henblik på at udarbejde en hurtig medicinsk teknologivurdering (HMTV) af kejsersnit på moders ønske. Problemstillingen havde på daværende tidspunkt været genstand for stor interesse i medierne samt i faglige kredse, og Folketingets Sundhedsudvalg havde stillet en række spørgsmål til ministeren bl.a. vedrørende omfang og økonomi.

Den faglige baggrund for problemstillingen er, at hyppigheden af kejsersnit har været stigende såvel i Danmark som internationalt. Hyppigheden af udførte kejsersnit er gennem de sidste 10 år steget betydeligt. I 1991 var der 63.757 fødsler, og heraf blev 7.894 forløst ved kejsersnit, svarende til 12,4%. I 2003 blev der samlet udført 12.404 kejsersnit ud af 63.595 fødsler, dvs. kejsersnitfrekvensen var steget til 19,5%. Andelen af kejsersnit i forhold til det samlede antal fødsler er på landsplan således steget med 56% fra 1991 til 2003. En del af stigningen kan forklares ved, at der i Danmark er en stigende hyppighed af flergangsgraviditeter, og inden for denne gruppe er der stigende brug af kejsersnit sammenlignet med enkeltfødsler. Desuden kan en del af stigningen måske tilskrives højere gennemsnitsalder hos mødrene (1). Endvidere forløses mødre med børn i sædestilling i dag stort set altid ved kejsersnit.

Der har været en større stigning i hyppigheden af kejsersnit før den gravide er gået i fødsel end i kejsersnit iværksat under selve fødslen. (Dette illustreres i figur 2.1 i kapitel 2). Denne stigning kan ikke alene forklares ved de ovennævnte ændringer i sammensætningen af populationen af gravide. I anden sammenhæng har man fundet, at den største stigning i hyppigheden af kejsersnit før fødsel er sket blandt flergangsfødende og her især flergangsfødende med tidligere kejsersnit (2). En uændret hyppighed af kejsersnit før fødsel blandt førstegangsfødende kan formentlig tages som udtryk for en uændret holdning blandt de gravide til at stile mod at føde sit barn selv (3). Stigningen i kejsersnit før fødsel blandt de flergangsfødende afspejler givetvis en ændret holdning til fødselsmåde, men det kan ikke afgøres, om de gravidens ønske om planlagt kejsersnit vejer tungere i den sammenhæng end en ændret holdning blandt lægerne (4, 5).

Formentlig er der tale om en ændret holdning både hos de gravide og hos fødselshjælperne. Medvirkende til den ændrede holdning kan også være et væsentligt fald i komplikationer til såvel bedøvelsen som til selve indgrebet gennem de sidste årtier. Nye kirurgiske teknikker, antibiotikaproylaxse, accelererede postoperative forløb samt en stigende anvendelse af rygmarvsbedøvelse i stedet for fuld bedøvelse har alt sammen bidraget til at nedbringe hyppigheden af umiddelbare alvorlige komplikationer til kejsersnit. Nogle forfattere har endog hævdet, at et planlagt kejsersnit samlet set indebærer en lavere risiko for komplikationer for mor og barn end en planlagt vaginal fødsel (6, 7).

Såvel i Danmark som internationalt opleves det, at et stigende antal kvinder vælger kejsersnit uden medicinsk indikation – på moders ønske. Baggrunden for dette er ikke tilstrækkeligt belyst, men det antages, at f.eks. kvinders behov for at kunne kontrollere og planlægge fødslen, psykologisk betinget angst for at føde samt tidligere traumatiske fødselsoplevelser er væsentlige årsager. Denne antagelse undersøges nærmere i denne rapport.

Målgruppen for rapporten er beslutningstagere på området generelt – dvs. primært obstetrikere, jordemødre, gravide, samt sundhedspolitikere.

1.2 Formål og afgrænsning

Den tværfaglige projektgruppe fik ansvaret for at udarbejde en MTV med fokus på at belyse fordele og risici ved planlagt kejsersnit på moders ønske set i forhold til vaginal fødsel.

Rapporten forsøger at belyse følgende spørgsmål:

Etik

- Kan man ud fra etiske betragtninger slutte sig til, om det rent etisk er det mest korrekte at tilbyde gravide et valg mellem vaginal fødsel og kejsersnit?

Teknologi

- Hvilke konsekvenser er der for kvinden ved kejsersnit på moders ønske?
- Hvilke konsekvenser er der for barnet ved kejsersnit på moders ønske?

Patient

- Hvilke øvrige patientrelaterede baggrundsparemetre og konsekvenser er belyst i litteraturen?

Organisation

- Hvad er de organisatoriske konsekvenser, herunder kapacitets- og personalemæssige konsekvenser af øget forløsning ved kejsersnit?
- Hvorledes påvirker den øgede kejsersnitfrekvens ventelisterne på øvrige kirurgiske (herunder gynækologiske) indgreb?
- Hvilken betydning har det frie sygehusvalg, dels på sygehusenes holdning, dels på kvindens valg?

Økonomi

- Hvad koster det sundhedsvæsenet, når kvinder uden komplikationer i graviditeten planlægger et forløb med kejsersnit henholdsvis planlægger en vaginal fødsel?

1.3 Projektgruppen

Projektgruppen blev nedsat af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) primo 2005. Projektgruppen bestod af:

Mette Lange, formand (indtil 31.07.05), specialkonsulent, cand.polit., CEMTV
Mads Frellsen, projektmedarbejder (indtil 31.07.05), formand (fra 01.08.05), læge, CEMTV
Camilla Palmhøj Nielsen, projektmedarbejder (fra 01.09.05), cand.scient.pol., CEMTV
Overlæge, dr.med. Lone Krebs, Gynækologisk-obstetrisk afd., Holbæk Sygehus
Overlæge Ole Bredahl Rasmussen, Gynækologisk-obstetrisk afd., Randers Centralsygehus
Overlæge ph.d. Lone Hvidman, Gynækologisk-obstetrisk afd. Y, Skejby Sygehus
Overlæge, lektor, ph.d. Tine Brink Henriksen, Perinatal Epidemiologisk Forskningsenhed og Pædiatrisk afdeling, Skejby Sygehus
Jordemoderchef Ellen Tobiassen, Storstrømmens Sygehus, Næstved
Jordemoder, MA Else Broberg Jensen, Gynækologisk-obstetrisk afd. Y, Skejby Sygehus
Professor, dr. theol. Svend Andersen, Århus Universitet
Antropolog Camilla Gohr
Antropolog Anne Mette Holme Bertelsen
Specialkonsulent Steen Rasmussen, SeSS, Sundhedsstyrelsen
Bibliotekar Drea Eskildsen Stenbæk, Videns- og Dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen
Sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, DSI – Institut for Sundhedsvæsen
Praktikant Jacob Nielsen, DSI – Institut for Sundhedsvæsen har bidraget til organisationsanalysen.

1.4 Referencegruppen

Der blev endvidere nedsat en referencegruppe. Referencegruppen havde ingen bemyndigelse til at træffe beslutninger vedrørende rapportens udformning, men kunne udelukkende bidrage med holdninger fra slutbrugere, eksperter og interesseorganisationer. Medlemmerne var:

Sundhedspolitisk medarbejder Margrethe Nielsen, Forbrugerrådet
Konsulent Miriam Wilmont, Amtsrådsforeningen
Ledende overlæge Peter Hornnes, H:S
Afdelingslæge, ph.d. Thomas Bergholt, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Udviklingskonsulent Lis Munk, Jordemoderforeningen
Maibrit Søe, Forældre og fødsel
Afdelingslæge Susanne Vest, Enhed for Planlægning – Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge, ph.d. Christine Brot, Center for Forebyggelse – Sundhedsstyrelsen
Overlæge, dr. med. Jens Langhoff-Roos, Gynækologisk-obstetrisk afdeling – Rigshospitalet
Kommunikations- og webkoordinator Anja Svejgaard, Rigshospitalet
Udviklingspsygeplejerske Karin Holler, Odense Universitetshospital
Jordemoder Charlotte Sollid, Perinatal Epidemiologisk Forskningsenhed &
Gynækologisk-obstetrisk afd. Y, Skejby Sygehus.

1.5 Data og metoder

1.5.1 Etik

For at klarlægge de etiske problemstillinger i forbindelse med kejsersnit på moders ønske har en fagetiker foretaget en etisk analyse af fænomenet med udgangspunkt i den tilgængelige viden, som projektgruppen har fundet frem til i arbejdet.

1.5.2 Teknologi

Der er gennemført en systematisk litteratursøgning og -vurdering som grundlag for analyser af teknologiperspektivet. Derudover er et mindre antal artikler og rapporter løbende identificeret. Et kort resumé af søgeprotokollen kan findes i bilag 1. Søgeprotokollen kan hentes i et særskilt dokument på CEMTVs hjemmeside (<http://www.cemtv.dk>).

1.5.3 Patient

På baggrund af samme litteratursøgning (suppleret med enkelte artikler, som løbende er blevet identificeret) er der blevet gennemført en systematisk litteraturvurdering som grundlag for analyser af patientaspektet, der i denne sammenhæng omfatter såvel den gravide som barnet. Ligeledes er samme evidensgradering blevet anvendt her.

1.5.4 Organisation

Organisationsanalysen er baseret på kvalitative data, som er indsamlet på tre sygehuse. På de udvalgte sygehuses gynækologiske/obstetriske afdelinger blev der foretaget semistrukturerede gruppeinterview med en ledende overlæge, en jordemoder og en tredje person, som er beskæftiget med fordelingen af operationslejerne. Interviewene er foretaget med udgangspunkt i en interviewguide (se bilag 3).

1.5.5 Økonomi

Den økonomiske analyse er baseret på to delelementer. For det første er der foretaget en litteraturgennemgang af tidligere sundhedsøkonomiske studier på området (se bilag 4). For det andet er der gennemført en analyse på grundlag af data fra Sundhedsstyrelsens omkostningsregister.

2 Kejsersnit på moders ønske – problemstilling og patientgruppe

2.1 Problemstillingen

Afsættet for rapporten er, at valget om at få foretaget kejsersnit på moders ønske er et alternativ til at planlægge en vaginal fødsel. Det er her væsentligt at pointere, at de to alternativer ikke opfattes som ligestillede valgmuligheder. Den vaginale fødsel må anses som en naturgiven fysiologisk proces, som uden udefrakommende indblanding er den ufravigelige konsekvens af en graviditet. Derfor kan kejsersnit ikke ligestilles med den vaginale fødsel, idet kejsersnittet fordrer et kirurgisk indgreb. Den vaginale fødsel har således naturligt »forrang«, mens et kejsersnit må kræve en begrundelse (indikation).

2.1.1 Juridiske aspekter

I henhold til Lov om patienters retsstilling (patientrettighedsloven) har alle patienter ret til at fraskrive sig tilbudt behandling, inklusive operationer (8) (Patientrettighedsloven afløses pr. 1.1.2007 af Sundhedslovens Afsnit III (9)). Derimod har man ikke på samme måde ret til at tilvælge (kræve) en bestemt behandling.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16/09/1998 (10) fremgår det således: »Patienten kan ikke selv bestemme behandlingen. Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen. Sundhedspersonen bør dog i videst muligt omfang, selvom patienten ønsker en anden behandling end den sundhedspersonen finder fagligt mest korrekt, behandle patienten efter omstændighederne bedst muligt«.

Efter patientrettighedslovens § 6 (8) (og efter 1.1.2007 Sundhedslovens § 15 (9)) må ingen behandling indledes uden patientens informerede samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonen (lægen). Samtykket kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende. Der er dog klare undtagelser til dette, f.eks. ved akut tilskadekomne, som ikke er ved bevidsthed og øjeblikkelig behandling er påkrævet.

Den gravide har således ikke *krav* på at føde ved kejsersnit uden lægelig indikation, men har krav på at modtage grundig information. Den enkelte læge har ret til at afvise en patients ønske om operation, hvis lægen mener, at det er det rigtige.

Udtrykket »behandling« er defineret lidt forskelligt i lovgivningen. I patientrettighedslovens § 3 er »behandling« defineret som »undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient, m.v.«. Her er fødselshjælp altså inkluderet i begrebet.

Derimod angiver titlen på »Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.« (11), hvor man netop omtaler fødselshjælp som noget adskilt fra »sygehusbehandling«, at fødselshjælp er noget andet end sygehusbehandling.

Patienten har ifølge patientrettighedslovens § 7 *ret* til at *frabede* sig information om helbredstilstand, behandlingsmuligheder, komplikationer og bivirkninger. Dette gælder naturligvis også information om såvel vaginal fødsel som kejsersnit.

2.1.2 Forskellige kulturbetingede forhold

Internationalt kan forskelle i indikation for kejsersnit bl.a. være koblet til den lokale forståelse af fødslen, til sygehusvæsenets finansieringsform og til lovgivningen på området, og dette giver væsentlige variationer i, hvilke begrundelser der gælder for valg af kejsersnit, samt variationer i praksis såvel internationalt som lokalt.

Problematikken har været oppe i medierne. Her har man fået et indtryk af, at de senere års stigning i kejsersnit i høj grad skyldes de gravides ønske, og at dette ofte hang sammen med f.eks. planlægning af bestemte tidspunkter for fødslen. Samtidig kan man have en fornemmelse af, at det i visse kredse nærmest er »på mode« at få foretaget kejsersnit.

Endelig kan der være forskellige opfattelser fra fødeafdeling til fødeafdeling nationalt, afspejlende forskellige holdninger blandt sundhedspersonalet til problematikken (12).

Etniske forhold kan eventuelt også spille ind. Undersøgelser blandt andet i Norge har vist, at der er forskel på frekvensen af kejsersnit i de forskellige etniske grupper (13). Dette aspekt har dog ligget uden for denne rapport's rammer at undersøge nærmere.

I Danmark udbydes fødselshjælp stort set kun i offentlig regi, men hvis en større andel i fremtiden kom til at ligge på private fødselssteder, ville dette også kunne have indflydelse på den samlede kejsersnitfrekvens i landet.

2.2 Patientgruppen – definition og afgræsning

Substansen i afgrænsningen af, hvornår et kejsersnit er lægeligt begrundet, og hvornår der er foretaget kejsersnit på moders ønske, er vurdering af risiko. Der er et kontinuum af risikoniveauer for hver af de forskellige udfald man ser på, og risici kan både gælde moder og barn hver for sig eller samlet. Der er mange sociale og psykologiske forhold som spiller ind, samtidig med at lægernes, jordemødrenes og kvindernes egne holdninger ikke er uden betydning. Det er umuligt at opstille en klar skillelinie imellem de kejsersnit som er medicinsk indicerede og de kejsersnit som er foretaget på moderens ønske.

I denne gennemgang fokuseres på begrebet risiko som substansen i en afgrænsning af forskellige kategorier af planlagt kejsersnit – og dermed også planlagt »kejsersnit på moders ønske«. De forskellige kategorier kan karakteriseres ved klinikerens mere eller mindre evidensbaserede vurdering af kvindens konkrete risiko ved henholdsvis vaginal fødsel eller kejsersnit i en given situation. I afsnit 2.3 er de forskellige niveauer af risici illustreret ved en række eksempler fra den kliniske hverdag.

Kejsersnit på moders ønske adskiller sig i selve teknikken ikke fra ethvert andet planlagt kejsersnit. Selve teknikken, som den normalt udføres i Danmark, er beskrevet i bilag 5. Det er derimod *indikationen* for at udføre kejsersnittet, der adskiller det fra de øvrige. For at tale om kejsersnit på moders ønske, må den gravide have fremsat et eksplicit ønske om at føde ved kejsersnit. Imidlertid vil en række kvinder fremsætte ønske om kejsersnit, hvor dette også ud fra et lægeligt skøn er medicinsk indiceret, og det vil naturligvis i disse tilfælde være uhensigtsmæssigt at registrere disse som kejsersnit på moders ønske.

Man har på Skejby Sygehus gennem flere år valgt at registrere et kejsersnit som udført på kvindens ønske i de tilfælde, hvor kvinden har ønsket et kejsersnit og man fagligt ikke ville fraråde en planlagt vaginal fødsel. I de tilfælde hvor man fagligt ville fraråde en planlagt vaginal fødsel registreres kejsersnit som udført på medicinsk indikation.

I 2005 har man har i forbindelse med det årlige Sandbjergmøde (en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi med deltagelse af obstetrikere fra alle landets fødeafdelinger) besluttet at definere kejsersnit på moders ønske som »Kejsersnit som foretages på kvindens formulerede ønske, og hvor obstetrikeren i det givne tilfælde ikke vil fraråde en vaginal fødsel« (14).

Risikobegrebet er det bærende element i denne definition af kejsersnit på moders ønske, idet det netop er vurderingen af risikoen ved en vaginal fødsel i forhold til risikoen ved et planlagt kejsersnit, der bliver afgørende for, om man vil fraråde et forsøg på vaginal fødsel eller måske finder, at der er

kontraindikation mod dette. Hvis man i en given situation finder, at den samlede risiko for mor og barn ved en planlagt vaginal fødsel er væsentligt forøget i forhold til den risiko en normal førstegangsfødende og hendes barn har, og man derfor ville fraråde vaginal fødsel, så vil et planlagt kejsersnit skulle rubriceres og indberettes til LPR som værende på medicinsk indikation. Er risikoen derimod ikke væsentligt forøget, og man derfor ikke ville fraråde vaginal fødsel, så vil indikationen for et planlagt kejsersnit være »på moders ønske«. Ved en normal fødende vil vi forstå en kvinde uden medicinske sygdomme, med ét barn i hovedstilling, til terminen, i spontan fødsel.

Vurderingen af risici forbundet med henholdsvis planlagt vaginal fødsel og planlagt kejsersnit for den enkelte gravide afhænger af, om man alene vurderer risiko i forbindelse med den aktuelle fødsel eller inddrager risiko knyttet til evt. senere graviditet og fødsel. Selvom det i nogle tilfælde kan være svært at give en klar og entydig rådgivning, er det vigtigt, at alle kvinder, der henvender sig med ønske om kejsersnit, får en så klar og balanceret information som muligt ud fra den tilgængelige viden.

2.3 Eksempler på indikationer for planlagt kejsersnit

2.3.1 Forliggende moderkage

Der kan foreligge en absolut indikation for en operation – dvs. at man opfatter indgrebet som værende enten livreddende eller i hvert fald af væsentlig betydning for patientens helbred. Inden for obstetrikken vil et eksempel på absolut indikation for planlagt kejsersnit, som alle er enige om, være forliggende moderkage (placenta prævia).

2.3.2 Underkropspræsentation

Imidlertid omfatter de almindeligt anerkendte indikationer for at lave planlagt kejsersnit også tilfælde, hvor det ikke er moderens eller barnets liv, der er truet, men derimod kvindens eller barnets velfærd. Et eksempel på dette er, når barnet ligger i underkropspræsentation. Det britiske videnskabelige selskab for obstetrik og gynækologi (RCOG) regner dette for en absolut indikation for kejsersnit (15). I Skandinavien anses underkropspræsentation ikke som absolut, men som en relativ indikation for kejsersnit. Der er enighed om, at barnet løber en let øget risiko for at pådrage sig skade under fødslen, men der er ikke enighed om størrelsen af den absolutte risiko for komplikationer (16,17). Hvis kvinden for eksempel fremsætter ønske om at ville føde vaginalt og *fastholder* dette ønske efter information om risikoen, vil man acceptere dette. I praksis spiller det dog ikke den store rolle i Danmark, idet næsten alle kvinder med barn i underkropspræsentation igennem en årrække er blevet forløst ved planlagt kejsersnit eller akut kejsersnit i fødsel. Dette er ikke tilfældet i Norge, hvor langt flere stiler mod vaginal fødsel (18). I Danmark vil et planlagt kejsersnit pga. at barnet ligger i underkropspræsentation normalt blive registreret som værende på medicinsk indikation.

2.3.3 Skader på mellemkødet

Igennem de seneste 10-15 år har holdningen til kejsersnit ændret sig blandt obstetrikere, og nye medicinske indikationer for planlagt kejsersnit er kommet til. Specielt har den større opmærksomhed på risikoen for skader eller forværring af skader på kvindens mellemkød medført en række nye relative indikationer for planlagt kejsersnit. Har en kvinde for eksempel ved en tidligere fødsel pådraget sig hel eller delvis overrivning af endetarmens lukkemuskel vil hun i enkelte tilfælde kunne få blivende gener med analinkontinens, dvs. manglende evne til at holde på luft eller afføring i varierende grad. I disse tilfælde er det vist, at tilstanden vil kunne forværres yderligere ved en ny vaginal fødsel (19), hvorfor holdningen i dag er at anbefale planlagt kejsersnit. Risikoen for en forværring er anslået til cirka 25%. Indgrebet vil derfor registreres som udført på medicinsk indikation ved indberetningen til LPR.

2.3.4 Tidligere kejsersnit

Kvinder med tidligere kejsersnit i fødslen vil ofte ønske at diskutere, hvor stor chance der er for at undgå akut kejsersnit ved næste fødsel. Risiko for kejsersnit i den følgende graviditet og fødsel

afhænger af indikationen for det tidligere kejsersnit. Var indikationen, at barnet lå i underkropspræsentation, er risikoen for akut kejsersnit ved ny fødsel omtrent som hos en normal førstegangsfødende – dvs. at chancen for at føde uden akut kejsersnit er cirka 85%. Hvis indikationen var dårlig hjertelyd i fødslen, kan chancen for at føde uden akut kejsersnit sættes til cirka 75%, mens chancen for at føde uden akut kejsersnit kan sættes til cirka 65%, hvis indikationen for kejsersnittet i første fødsel var, at fødslen gik i stå trods adækvat behandling (20). Hvis kvinden samtidig er over 35 år og overvægtig, reduceres chancerne yderligere (21). Med til afvejningen af risici ved de to fødselsmåder for kvinden som tidligere har født ved kejsersnit hører også den øgede risiko for uterusruptur ved en planlagt vaginal fødsel.

I Danmark er tidligere kejsersnit ikke i sig selv indikation for planlagt kejsersnit i en efterfølgende graviditet. Det har tidligere bl.a. i USA været en udbredt opfattelse i fagkredse at »en gang kejsersnit altid kejsersnit«. Gennem en årrække har man i USA forsøgt at dæmpe stigningstakten i kejsersnitsfrekvensen ved at stimulere til forsøg på vaginal fødsel i stedet. På grund af risiko for bristning af arret i livmoderen oplever man nu igen en faldende hyppighed af forsøg på vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit (22). På visse mindre fødesteder, der ikke har speciallæge i tilstedeværelsesvagt, tillades vaginal fødsel efter kejsersnit således ikke længere, hvilket har ført til eksempler på, at kvinder har insisteret på vaginal fødsel på moders ønske.

2.3.5 Risiko for akut kejsersnit under fødslen

På Sandbjergmødet (årsmøde for landets obstetrikere) i januar 2005 diskuteredes indikationerne for planlagt kejsersnit, idet man var klar over, at der også i Danmark var divergerende holdninger (23, 24). Der var enighed om, at et akut kejsersnit i fødslen indebærer en højere risiko for kvinden, set i forhold til et planlagt kejsersnit. Det drejer sig om anæstesimæssige og operationstekniske problemer. Men der var stor diskussion om indikationerne for planlagt kejsersnit. De deltagende obstetrikere blev bedt om at forholde sig til spørgsmålet: »Hvor høj en risiko for akut kejsersnit i fødslen vil du acceptere, før du vil anbefale planlagt kejsersnit?« Cirka halvdelen af de tilstedeværende obstetrikere havde den indstilling, at ved en risiko for akut kejsersnit i fødslen på mere end 50% ville de anbefale planlagt kejsersnit og kode det i indberetningen til LPR som en medicinsk indikation for kejsersnit. Det er dog vanskeligt at beregne denne forhåndsrisiko præcist.

2.3.6 Risikovurdering

Vurdering af risikoen for, at en planlagt vaginal fødsel ender med et akut kejsersnit, er vanskelig og må inddrage mange aspekter. Har man for eksempel en 40-årig kvinde med en BMI på 40, som fik lavet kejsersnit i første fødsel pga. manglende fremgang i fødslen, og som nu kommer til igangsættelse pga. overbårenhed (2 uger over terminen), og hvor livmoderhalsen er umoden, så bør man i diskussionen med kvinden inkludere planlagt kejsersnit, idet hendes risiko for akut kejsersnit i fødslen ellers vil være væsentligt forhøjet og formentlig mere end 50%. Hvis hun efter forudgående information alligevel ønsker at »give det en chance«, vil man ofte forsøge at bakke op om hendes ønske. Men de fleste vil være enige om, at et eventuelt planlagt kejsersnit i denne situation er på medicinsk indikation og ikke på kvindens ønske. Hvis hun ydermere fremsætter ønske om at blive steriliseret samtidig, vil man i sin balancerende af risici skulle inkludere, at man vil kunne spare hende for risikoen ved en efterfølgende operation. Indikationen for et planlagt kejsersnit vil være af medicinske årsager og skulle indberettes således til LPR. Formentlig vil ikke alle obstetrikere og jordemødre være enige i den opfattelse. Havde den samme kvinde fremsat et ønske om planlagt kejsersnit til terminen (to uger tidligere), ville de fleste nok opfatte indikationen som »kvindens ønske« og indberette den som sådan til LPR. Hvis kvinden fremsatte sit ønske i uge 41 (en uge over terminen), er det uklart, hvorledes holdningerne ville fordele sig til, hvilken indikation der skulle indberettes.

Forskellige opfattelser af sådanne situationer kan forklare en stor del af de forskelle, der ses i hyppigheden af indikationer for kejsersnit på kvindens ønske mellem forskellige fødesteder.

2.3.7 Angst for at føde

Forskellige forhold før en forestående fødsel kan bekymre kvinden i en sådan grad, at hun fremsætter ønske om at føde ved planlagt kejsersnit. En lang række faktorer kan spille ind, både for førstegangsfødende og flergangsfødende. Faktorer, som beskrives associeret til ønske om planlagt kejsersnit, er psykologiske problemer før fødslen, tidligere at have været udsat for incest, manglende støtte og psykologiske problemer i aktuelle graviditet (25). Oftest handler det imidlertid om problemer ved en tidligere fødsel (26). Det kan dreje sig om, at tidligere fødsel blev afsluttet operativt med enten anlæggelse af kop eller akut kejsersnit. Det kan være, at fødslen var langvarig eller smertefuld eller i hvert fald af kvinden blev opfattet som langvarig eller smertefuld.

I sådanne tilfælde er der tydeligvis en identificerbar årsag til at ønske et planlagt kejsersnit. Grunden vil oftest være menneskeligt forståelig for både læger og jordemødre, om end den fysiske risiko ved at stile mod vaginal forløsning ikke er øget eller i det mindste kun ganske lidt øget. Her drejer det sig om ikke-medicinske grunde til at foretage kejsersnit, og indgrebet vil skulle rubriceres og kodes som udført på kvindens ønske (27).

2.3.8 Kvinde, der tidligere har mistet et barn

Kvinden vil oftest have født det døde barn vaginalt, da det er den faglige anbefaling. Begrundelsen for dette er, at man ikke ønsker at mindske hendes chancer for at føde vaginalt ved en ny fødsel; dernæst at man mener, at det kan fungere som et led i parrets sorgbearbejdning. En del af disse kvinder vil være meget nervøse i næste graviditet og vil være angste for igen at miste et barn. Mange vil af denne grund ønske et planlagt kejsersnit. Imidlertid vil en sådan kvinde nu være flergangsfødende, og har hun ikke tidligere født ved kejsersnit, tilhører hun faktisk gruppen af fødende med den mindste forhåndsrisiko for problemer i fødslen og den laveste hyppighed af akut kejsersnit i fødslen (omkring 2%). Som udgangspunkt vil det være hensigtsmæssigt at anbefale vaginal fødsel og forsøge at planlægge rammerne for fødslen, så kvinden opnår størst mulig tryghed. Imidlertid vil en del kvinder rent psykisk ikke kunne overskue at stile mod en vaginal fødsel trods information om den ringe risiko for komplikationer. Derfor vil de fleste obstetrikere acceptere at udføre et planlagt kejsersnit, hvis kvinden fastholder ønsket på trods af grundig information og anbefaling af at stile mod vaginal fødsel (28). Indikationen for et planlagt kejsersnit vil i den situation være »på moders ønske«.

2.3.9 Ingen identificerbar årsag til planlagt kejsersnit

I meget få tilfælde ønsker kvinden kejsersnit, uden at der for fagpersonen er en identificerbar grund til dette. Det kan dreje sig om normale førstegangsfødende, eller normale flergangsfødende som ikke har haft problemer i tidligere fødsel, og som heller ikke anfører det. En stor del af disse kvinder vil referere til misforståede oplysninger fra familiemedlemmer eller bekendte, og ofte vil beslutningen ændres efter grundig information og samtaler.

Specielt i en situation hvor en i øvrigt normal førstegangsfødende anmoder om planlagt kejsersnit, bør man i sine overvejelser inkludere, at parret formentlig vil ønske sig mere end ét barn. En aftale om planlagt kejsersnit vil derfor sandsynligvis komme til at medføre mindst to indgreb, idet hun med stor sandsynlighed også vil ønske kejsersnit næste gang (29). Ønsker parret sig mere end to børn, skærpes dette forhold endnu mere. Samtalen med parret bør omfatte information om den øgede hyppighed af komplikationer ved gentagne kejsersnit og øget risiko i forbindelse med både graviditet, fødsel og nyt kejsersnit.

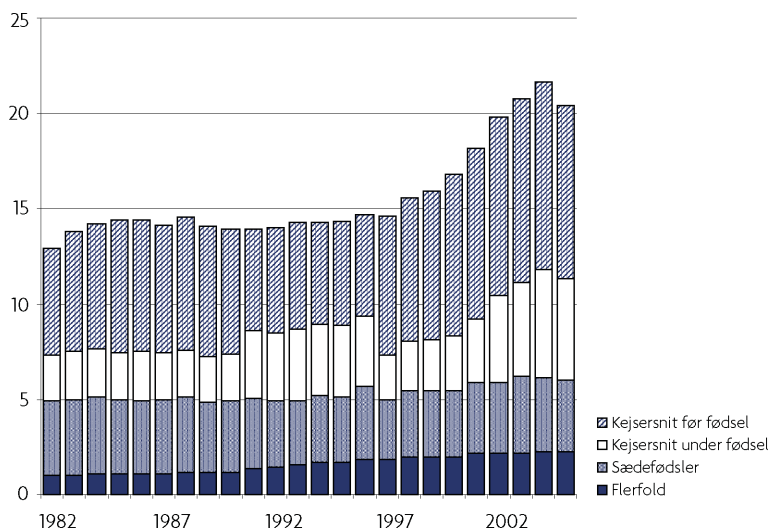
I den uhyre sjældne situation hvor kvinden overhovedet ikke ønsker at diskutere sit ønske med lægen, men blot vil forlange et planlagt kejsersnit, kan man overveje at henvise kvinden til *second opinion*. Dette vil kunne give kvinden tid til en tænkepause, og lægen vil ikke blive presset til at skulle foretage et kejsersnit uden at kende årsagen til indgrebet.

2.4 Karakteristik af patientgruppen

Den største andel af kejsersnit foretages blandt mødre med et enkelt barn i hovedstilling til termnen. Heraf er 59% planlagte kejsersnit, defineret som planlagt mere end 8 timer før det udføres, og 41% akutte. Fra 1982 til 2005 er andelen af forløsning ved kejsersnit øget fra 12% til 20%, og den største stigning findes i gruppen med planlagte kejsersnit (se figur 2.1).

Siden 2002 har det været muligt at indberette på moders ønske som indikation for kejsersnit til Medicinsk Fødselsregister ved brug af tillægskode KZYM00,¹ og afhængig af opfattelse på det enkelte sygehus, er denne kodning blevet brugt på en større eller mindre del af patienterne. I 2005 besluttede danske obstetrikere på et nationalt årsmøde at anvende koden for på moders ønske i de situationer hvor obstetrikeren ikke finder anledning til at fraråde vaginal fødsel (14).

FIGUR 2.1 Udvikling i kejsersnit i pct. af alle fødsler for udvalgte grupper af fødende fra 1982 til 1. halvår 2005



Blandt de 1253 kvinder, som var registreret som havende fået foretaget kejsersnit på moders ønske i perioden 1. januar 2002 til 30. juni 2004, var 21% førstegangsfødende og 79% flergangsfødende. Kejsersnit på moders ønske udgjorde 1,8% af kejsersnit blandt førstegangsfødende og 6,3% af kejsersnit foretaget blandt flergangsfødende (14).

Langt de fleste af de kvinder, der får kejsersnit på moders ønske er flergangsfødende, nemlig næsten 80%. Andelen af registrerede kejsersnit på moders ønske udgør kun 1253 ud af 30.462 i denne 2½-årige periode (14).

Af de 1253 kvinder, som fik registreret kejsersnit på moders ønske i den 2½-årige periode, var de 262 førstegangsfødende. Af disse var der 5%, som havde et foster i underkropsstilling, og 7% som ventede tvillinger. Langt de fleste, 89%, var med ét barn i hovedstilling.

¹ Tillægskoden er generel og anvendes til at angive, at et operativt indgreb er foretaget på patientens ønske.

TABEL 2.1

Fordeling af 991 flergangsfødende med kejsersnit på moders ønske på udvalgte komplikationer i tidligere og aktuelle graviditet (Medicinsk fødselsregister 1. jan 2002-31. jun. 2004)

Flergangsfødende	N=991	Andel
Tidligere graviditet*		
Kejsersnit	536	54%
Kop/tang	194	20%
Sphinkterruptur	116	12%
Perinatal død	25	2,5%
Apgar score <7 efter 5 minutter	18	2%
Aktuel graviditet		
Tvillinger	23	2%
Underkropsstilling	16	2%
Ingen af ovennævnte komplikationer	251	25%

* 1982-2003

Tabel 2.1 viser, at over halvdelen (54%) af de flergangsfødende, som har fået registreret kejsersnit på moders ønske også fik foretaget kejsersnit i en tidligere graviditet. Den næststørste gruppe (20%) var kvinder, hvor et tidligere barn var blevet født med kop eller tang.

På Skejby Sygehus har man gennemgået journaler på mødre med étbarnsgraviditeter og har kategoriseret kvinder med kejsersnit i forhold til kvinder med kejsersnit på moders ønske. Den samlede kejsersnitsfrekvens var 20%, mens kejsersnit på moders ønske udgjorde 18% (N=271) af alle kejsersnit, svarende til 4% af alle fødsler. Kejsersnit på moders ønske var langt hyppigst hos flergangsfødende. Blandt førstegangsfødende angav 60% nervøsitet som baggrund for at vælge kejsersnit, mens 40% angav årsager som vaginisme, gigt, bækkenløsning, diabetes, svære rygmerter, besvimelsestendens, analfissur, åndedrætsbesvær og udenlandsrejse. For de flergangsfødende var kejsersnit på moders ønske for 93% begrundet i en tidligere fødselsoplevelse, 3% i nervøsitet, 58% havde tidligere fået foretaget kejsersnit, 7% havde mistet et barn, 7% havde tidligere haft sphinkterruptur, 5% havde fået instrumentel forløsning og 17% angav tidligere traumatisk fødselsoplevelse (14).²

Dette billede stemmer godt overens med, hvad man finder i den internationale litteratur om de kvinder, som har ønsket kejsersnit (15, 30-33). Det angives, at disse kvinder:

- tidligere har fået et kejsersnit
- har en dårlig fødselsoplevelse fra en tidligere fødsel
- har komplikationer i forbindelse med graviditeten
- er angste for at gennemføre en vaginal fødsel
- er traumatiserede (f.eks. pga. førefødselsdepression eller seksuelt misbrug).

2.5 Sammenfatning

En række indikationer for planlagt kejsersnit er i sig selv ikke absolutte, men kun relative indikationer, dvs. at man afhængig af andre omstændigheder vælger eller undlader at vægte at planlægge kejsersnit.

Dette er illustreret ved at gennemgå en række eksempler på forskellige indikationer for kejsersnit, strækkende sig fra de livstruende tilstande som f.eks. forliggende moderkage til de ikke medicinsk nødvendige indikationer, såsom at moderen tidligere har fået et dødfødt barn.

Omkring 80% af de kvinder, der har fået registreret kejsersnit på moders ønske var flergangsfødende, og over halvdelen af disse havde fået foretaget kejsersnit tidligere.

² De nævnte grupper kan være overlappende, og procenttallene giver derfor mere end 100 tilsammen.

3 Etiske aspekter

Inden den egentlige etiske analyse af kejsersnit uden klinisk indikation kan det være nyttigt at overveje etikens plads inden for MTV mere generelt.

3.1 Etik i MTV

Den etiske analyse adskiller sig metodisk fra de andre dele af MTVen, både de sundhedsvidenskabelige, de organisatoriske og de økonomiske. Det skyldes bl.a., at begrebet etik er kendetegnet af en vigtig dobbelthed. Etik kan for det første betyde de normer eller værdiforestillinger, som mennesker faktisk handler efter i deres private og professionelle liv, eller som præger et samfunds 'handling'. Man kan i denne forbindelse tale om *praktiseret etik*. Men for det andet er etik også en akademisk disciplin, der traditionelt hører hjemme i filosofi og teologi. Som akademisk disciplin er etik ikke morallære, men derimod en videnskabelig undersøgelse af den praktiserede etik.

Personers og gruppers etiske opfattelse kan gøres til genstand for empiriske undersøgelser, f.eks. ved hjælp af spørgeskemaer. En sådan undersøgelse vil forholde sig *deskriptivt* til de etiske holdninger, dvs. den vil ikke tage stilling til, om de er velbegrundede eller ej. Som oftest vil etik som akademisk praksis dog have karakter af filosofisk undersøgelse. En filosofisk undersøgelse vil typisk bestå af begrebsanalyse og analyse af argumenters holdbarhed (f.eks. med hensyn til konsistens, hhv. modsigelsesfrihed). Når sådanne analyser gennemføres inden for etikken, kan også de kaldes *deskriptive* i den forstand, at de ikke indeholder en stillingtagen til etiske vurderingers gyldighed. En sådan stillingtagen indgår derimod i den såkaldte *normative etik*. Den normative etik er altså en filosofisk (eller teologisk) begrundet opfattelse af, hvad der er den rigtige måde at handle på.

I etikken som akademisk disciplin er det en udbredt opfattelse, at *normer og principper* har en vigtig rolle. Normer og principper er handlingsregler. De adskiller sig i henseende til generalitet: normer er specifikke regler som f.eks. »Man skal altid sige sandheden«, medens principper er mere generelle som f.eks. »Man skal aldrig skade andre«. En grundlæggende uenighed vedrører spørgsmålet, om det er muligt at formulere etikken i et enkelt eller nogle få fundamentale principper. Denne uenighed viser sig f.eks. i den ofte fremstillede forskel mellem såkaldt nytteetik og såkaldt pligtetik. Ifølge nytteetikken (utilitarismen) kan etikens normer føres tilbage til et eneste grundprincip: »Man skal altid handle således, at man opnår den bedste balance af lykke (velvære, ønskeopfyldelse) og ulykke (smerte, lidelse), når alle berørte parter tages i betragtning«. Ifølge den pligtetik, som går tilbage til den tyske filosof Immanuel Kant (1724-1804) er etikens grundprincip derimod det såkaldte kategoriske imperativ: »Du skal altid behandle menneskeheden, både i dig selv og i enhver anden, som mål i sig selv og aldrig kun som middel«. Sådanne filosofisk udarbejdede opfattelser af grundlaget for etisk stillingtagen kaldes *normative etiske teorier*. Der findes dog mange normative opfattelser i moralfilosofien, som ikke kan indpasses i sondringen mellem pligt- og nytteetik.³

I den normative etik er der størst mulighed for konsensus, når vi har at gøre med det, der kaldes *principper på mellemniveau*. Det formentlig mest indflydelsesrige forslag til formulering af sådanne principper i medicinsk etik er fremsat af T. Beauchamp og J. Childress (34). De opererer med følgende fire principper:

- Respekt for autonomi
- Ikke skade (non-maleficence)
- Godgørenhed (beneficence)
- Retfærdighed

3 Om de forskellige aspekter af etikbegrebet se S. Andersen: Som dig selv. En indføring i etik. Århus 2003, kapitel 1. Om etiske metoder og teorier se K. Klint Jensen, S. Andersen: Bioetik. København 1999, kapitel 8, 9 og 10.

Medens de tre første principper er relevante for det direkte forhold mellem læge og enkelt patient (men ikke kun her), vedrører retfærdighedsprincippet forholdet mellem flere personer og evt. grupper. F.eks. er spørgsmålet om fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet et typisk retfærdigheds-spørgsmål (34).

Beachamp og Childress præsenterer selv de fire principper som udtryk for »common morality«, dvs. den moralopfattelse, som der er udbredt enighed om. De afviser altså den opfattelse, at etik/moral er noget fuldstændig vilkårligt og helt foranderligt. For begrebet »common morality« taler, at der faktisk – implicit eller eksplicit – ligger et sæt etiske antagelser i lovgivning og praksis, også på sundhedsområdet. I det følgende forudsættes det, at de fire principper også er en god sammenfatning af en »common morality« i Danmark.

I en MTV-sammenhæng vil den etiske analyse typisk foregå på den måde, at der i første omgang gøres opmærksom på de *etisk relevante* egenskaber ved den pågældende teknologi. Ved etisk relevante egenskaber menes de egenskaber, der giver anledning til etiske spørgsmål og overvejelser. I udtrykket »etisk relevant« ligger ikke nogen vurdering, hverken positivt eller negativt.

Efter fremlæggelsen af de etisk relevante egenskaber gøres der rede for de *etiske problemer*, der knytter sig til disse egenskaber. Denne redegørelse vil normalt inddrage den internationale litteratur om emnet, hvis en sådan findes. Redegørelsen er altså deskriptiv i den forstand, at den fremstiller de problemer, som er diskuteret i litteraturen.

Det sidste led i behandlingen af de etiske aspekter er den *etiske vurdering*. Hvordan det sker i lyset af uenigheden inden for normativ etik, bliver først klart i forbindelse med den konkrete problemstilling.

3.2 Kejsersnit uden klinisk indikation

Det *etisk relevante* ved problemstillingen er, at der i sundhedsvæsenets rammer normalt findes to forskellige måder at afslutte en graviditet og sætte et barn i verden på. Enten den traditionelle, »naturlige« fødsel, vaginalfødslen – eller kejsersnit. Den gængse indstilling og politik i sundhedsvæsenet har været, at kejsersnit kun gennemføres, når der er medicinsk/klinisk indikation. Nu er spørgsmålet imidlertid, om kejsersnit også kan vælges udelukkende med den begrundelse, at den gravide ønsker det.

For overskuelighedens skyld foretages i første omgang en etisk analyse af hver af de to måder.

3.2.1 Etikken i den kliniske indikation

Der kan skelnes mellem to typer af kliniske indikationer for kejsersnit, en traditionel og en 'udvidet'. Ved den traditionelle kliniske indikation er der enten direkte livsfare for kvinden eller barnet – eller vaginalfødsel kan slet ikke gennemføres. Ved den udvidede kliniske indikation er der sundhedsrisiko for enten mor eller barn. I begge tilfælde beror den kliniske indikation for kejsersnit på, at der er stor/væsentlig risiko for mor og/eller barn ved en vaginal fødsel.

At der tilbydes kejsersnit ved disse to typer af indikationer har en temmelig enkel *etisk* begrundelse. Der foreligger en pligt ud fra det klassiske læge-etiske princip: *Du skal undgå at skade* (Non-maleficence). Kejsersnit er vel netop traditionelt det alternativ, der vælges, når den 'naturlige' fødsel indebærer risiko for skade på enten mor eller barn.

Man kan endvidere sige, at enhver form for sundhedsydelse i forbindelse med afslutning af svangerskab er begrundet i det positive princip: *Pligten til at gavne/hjælpe* (Beneficence). Sundhedspersonalet og sundhedsvæsenet som helhed er her den etiske aktør og der gælder en generel pligt til at handle

sådan, at det gavner patienten bedst. Hvad der er bedst, afgøres ofte gennem en afvejning af fordele og risici.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at sundhedspersonalet her har at gøre med to 'patienter', både mor og barn/børn. Oven i købet må man sige at barnet er den svage part.

3.2.2 Etikken i kejsersnit på moders ønske/uden klinisk indikation

Som det fremgår ovenfor, er det risikoen for skader hos barn eller mor, der er afgørende ved begrundelsen for at gennemføre planlagt kejsersnit. Imidlertid findes der en kontinuerlig skala af risici, således at en fuldstændig klar skelnen mellem begrundet og ikke begrundet kejsersnit ikke kan foretages. Når det drejer sig om kejsersnit efter kvindens ønske, er to forskellige typer af situationer afgørende. Den ene situation er den, hvor der ikke er medicinske grunde til planlagt kejsersnit, men hvor der har været problemer ved tidligere fødsel, som bekymrer kvinden. Risikoen for fysiske problemer ved forsøg på vaginal fødsel er ikke eller kun lidt forøget i forhold til normal førstegangs fødende. Her kan man tale om *ikke-medicinske grunde til planlagt kejsersnit*. Den anden situation er den, hvor kvinden er rask og ikke tidligere har haft problemer med hverken graviditet, fødsel eller barsel. Risiko ved forsøg på vaginal fødsel skønnes på niveau med eller mindre end for normal førstegangs fødende. Her kan man *ikke* tale om nogen *identificerbar grund* til planlagt kejsersnit.

Etisk set drejer det sig her om, hvad kvindens *autonomi* tilsiger. Den opfattelse bekræftes af stikprøver i den internationale litteratur.⁴ Autonomi betyder selvbestemmelse og indebærer, at den enkelte har ret til at træffe afgørelse i anliggender, der vedrører hendes egen person og hendes eget liv. Selvbestemmelse betyder, at den enkelte træffer valg i frihed, men dette kan betyde to forskellige ting:

- (i) En person er fri ved en afgørelse, når han/ hun ikke er underlagt tvang;
- (ii) En person har frit valg i den betydning, at der er to eller flere muligheder, som han/ hun uden indskrænkning kan vælge imellem.

Autonomi-princippet er et godt eksempel på, at sundhedslovgivningen har etiske forudsætninger. Det fremgår af følgende formuleringer i *Lov om patienters retsstilling*⁵:

Selvbestemmelse

Informeret samtykke

§ 6. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 8-10.

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 7.

Stk. 4. Et informeret samtykke efter dette kapitel kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykkets form og indhold.

§ 7. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

4 Se f.eks. »Patient Choice Cesarean: An Evidence-Based Review«, i: *Obstetrical & Gynecological Survey*, Vol. 59 (8), August 2004, pp 601-616.

5 Denne lov afløses den 1.1.2007 af afsnit III i Sundhedsloven (9).

Stk. 4. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Stk. 5. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 6, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. stk. 2.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om informationens form og indhold.

Det fremgår eksplicit, at princippet respekt for selvbestemmelse begrundes to rettigheder hos en patient: retten til at give eller afstå fra at give informeret samtykke og retten til at modtage information om helbredsstatus og behandlingsmuligheder.⁶

De to rettigheder hænger sammen på den måde, at den sidste er en forudsætning for den første. Man skelner således mellem to elementer i det informerede samtykke som udtryk for selvbestemmelse: informationselementet, hvor patientens forståelse er afgørende – og selve den frie beslutning. Fremhævelsen af informationens betydning kan tolkes som udtryk for, at en patient i det danske sundhedsvæsen ikke har ubegrænset eller ukvalificeret valgfrihed, men derimod frihed til at træffe beslutninger på et nærmere defineret grundlag. Man kan sige, at det informerede samtykke normalt er en bemyndigelse til at foretage et af sundhedspersonalet foreslået indgreb. Det informerede samtykke indebærer naturligvis også retten til at afslå et sådant forslag eller tilbud.

Det afgørende spørgsmål er, om retten til selvbestemmelse omfatter ret til kejsersnit i de tilfælde, hvor risikoen ved vaginalfødsel er meget lille eller vag. Spørgsmålet kan også formuleres på den måde, om kejsersnit fortsat skal betragtes som den forløsningsform, der kræver en særlig begrundelse. Hvis det er tilfældet, har kvindens informerede samtykke en særlig karakter i de tilfælde, hvor der ikke foreligger grunde til kejsersnit. Kvinden skal eller kan ikke træffe beslutning *for eller imod* en behandlingsform, for vaginalfødslen kan af gode grunde ikke fravælges. Hvis opfattelsen af kejsersnit derimod ændrer sig så markant, at den ikke kræver en særlig begrundelse, er der tale om et valg mellem to ligestillede behandlingsmuligheder. I så fald ændrer selvbestemmelsen imidlertid karakter, så den ikke er en ret til at tage stilling til en foreslået behandlingsform på informeret grundlag, men derimod – ud fra en rent etisk betragtning – et krav på frit valg mellem to behandlingsformer.

For fastholdelsen af den traditionelle »forrang« for vaginalfødslen taler forskellige forhold. Denne forløsningsform er den normale i den forstand, at den følger svangerskabets fysiologi. Desuden beskrives den planlagte vaginale fødsel af mange kvinder som en enestående positiv oplevelse – måske den største i deres liv.

Der er således gode grunde til fortsat at betragte den planlagte vaginalfødsel som den ønskværdige måde at afslutte en graviditet på. Kejsersnit kræver en særlig begrundelse, nemlig den at vaginalfødsel er forbundet med større risiko for barn eller mor. Foreligger en sådan risiko ikke, kan man ikke tale om en *ret* hos kvinden til kejsersnit. Derimod kan kvinden have et *ønske* om kejsersnit. Et sådant ønske pålægger ikke i sig selv sundhedsvæsenet en pligt til at imødekomme det. Men sundhedspersoner kan i den konkrete situation skønne, at de af kvinden anførte ikke-medicinske grunde gør planlagt kejsersnit til det bedste valg. Kan kvinden derimod ikke anføre sådanne ikke-medicinske grunde, vil det være etisk forsvarligt at afvise ønsket. Det er dog vigtigt at fastholde informationselementet i forholdet mellem den gravide og sundhedspersonalet. Målet må være at bringe den gravide til en forståelse af, at vaginalfødsel er det rette valg. Ingen kan garantere, at en sådan forståelse kan tilvejebringes, hvorfor der ikke kan gives utvetydige svar på spørgsmålet, om en kvindes ønske også i denne type situation kan efterkommes.

6 Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16.9.1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Autonomi-princippet placerer således kun en begrænset del af afgørelseskompetencen hos kvinden, når det drejer sig om valget mellem vaginalfødsel og kejsersnit. Desto vigtigere er det, at der gives den rigtige information, og at den gives på den rigtige måde. Informering bør have karakter af opbakning fra sundhedspersonalets side. En sådan opbakning kan ikke kaldes paternalisme, men kan tværtimod understøtte en fælles beslutning, f.eks. ved at fjerne angst og usikkerhed.

4 Teknologi

4.1 Konsekvenser for moderen ved kejsersnit på moders ønske – litteraturgennemgang

Vurdering af risici ved kejsersnit uden medicinsk indikation vanskeliggøres af en række forhold:

1. Hovedparten af publicerede arbejder angiver hyppigheden af komplikationer ved kejsersnit, men sondrer ikke mellem akutte og planlagte kejsersnit (15). Komplikationer ved akut kejsersnit optræder hyppigere end ved et planlagt kejsersnit. Det skyldes dels, at det er teknisk vanskeligere at udføre kejsersnit, når fødslen er fremskreden og nedre uterinsegment udspilet, dels at der er øget risiko forbundet med akut anæstesi hos en ikke fastende patient, og endelig at man ikke kan tage samme hygiejniske forholdsregler ved meget akutte indgreb som ved planlagte indgreb, med deraf følgende øget risiko for kontaminering.
2. De fleste studier, der ser på planlagte kejsersnit, tager ikke højde for, at kvinder, som føder ved kejsersnit, ofte har prægravide risikofaktorer, medicinske tilstande eller komplikationer under graviditet og fødsel, som i sig selv indebærer en øget risiko for maternel mortalitet eller morbiditet.
3. Langt de fleste studier er observationelle med deraf følgende selektionsbias, og dette medfører, at det ikke kan vurderes, om signifikant øgede risici ved kejsersnit skyldes indikationen for kejsersnittet eller selve kejsersnittet.
4. Der foreligger kun få randomiserede kontrollerede undersøgelser, som sammenligner planlagt vaginal fødsel med planlagt kejsersnit på raske kvinder. Undersøgelserne er udenlandske, og der kan stilles spørgsmål ved, om resultaterne umiddelbart kan overføres til danske forhold.

Den største undersøgelse, en international multicenterundersøgelse omfattende 2000 kvinder, undersøgte effekten af en procedure med planlagt kejsersnit versus planlagt vaginal fødsel for børn i sædestilling (16). Andelen af akut kejsersnit blandt kvinder med planlagt vaginal fødsel var langt højere – 43% – end tilfældet ville være, hvis det havde drejet sig om hovedstilling. Det er derfor tvivlsomt, om resultaterne kan anvendes til at belyse konsekvenserne af planlagt kejsersnit uden medicinsk indikation i en lavrisikopopulation, hvor barnet ligger i hovedstilling. Derimod kan undersøgelsen belyse hyppighed af komplikationer forbundet med planlagt kejsersnit som sådan. Kvinderne blev fulgt op henholdsvis 3 måneder og 2 år efter fødslen (35, 36).

Alvorlige maternelle komplikationer (død, alvorlig maternel sygdom) var meget sjældne og optrådte uden forskel i de to grupper. Heller ikke ved opfølgning 3 måneder og 2 år efter fødslen fandtes forskel i resultatet for de to grupper, bortset fra at flere kvinder i gruppen planlagt vaginal fødsel havde ufrivillig vandladning efter 3 måneder. Undersøgelsens størrelse er imidlertid ikke tilstrækkelig til sikkert at vurdere forskel i risiko for sjældne, men meget alvorlige komplikationer som maternel død. Yderligere belyses konsekvenserne af kejsersnit for næste graviditet ikke.

5. Der kan være tale om umiddelbare komplikationer i tilslutning til den aktuelle fødsel, men også komplikationer, som først viser sig i efterforløbet eller ved de følgende graviditeter og fødsler. Kun meget få undersøgelser belyser disse aspekter (15).

Da ca. 10% af danske kvinder, som planlægger en vaginal fødsel, vil få foretaget akut kejsersnit under fødslen, vil den relevante sammenligning være risiko ved planlagt kejsersnit versus planlagt vaginal fødsel, idet man optimalt skulle kunne indregne den enkeltes individuelle risiko for akut kejsersnit. Dette er imidlertid ikke muligt på nuværende tidspunkt.

4.1.1 Umiddelbare komplikationer

Jævnfør publicerede undersøgelser findes kejsersnit (omfattende akutte og planlagte) at være forbundet med en let øget risiko for infektion, smerter i maven, behov for reoperation, blærelæsion og risiko for blodproppdannelse, mens blødning i tilslutning til fødslen og læsioner på livmoderhalsen optræder med samme hyppighed ved kejsersnit og vaginal fødsel (15). Ifølge den randomiserede undersøgelse (16) var der ikke forskel på disse parametre i gruppen med planlagt vaginal fødsel og planlagt kejsersnit. Man fandt således ingen forskel på svær sygdom/død hos moderen mellem de to grupper.

4.1.2 Senfølger

Flere undersøgelser finder en nedsat risiko for ufrivillig vandladning blandt kvinder forløst ved planlagt kejsersnit, mens den beskyttende effekt synes mindre udtalt, hvis der var tale om et akut kejsersnit, efter at kvinden forudgående har været i fødsel. Det er uklart, hvor langvarig den beskyttende effekt af kejsersnit er. I det randomiserede studie (16) fandtes statistisk signifikant lavere forekomst af urininkontinens i gruppen med planlagt kejsersnit 3 måneder efter fødslen (4,5% versus 7,3%), mens der ikke kunne konstateres nogen forskel efter 2 år (35).

Meget få undersøgelser omfatter langtidsopfølgning af de fødende. Den mest systematiske opfølgning er sket netop i denne undersøgelse, som efter 2 år ikke fandt forskel mellem de to grupper vedrørende amning, relation til partner og barn, depression, menstruationsforstyrrelse, seksuelle problemer, træthed eller dårlige fødselsoplevelser.

4.1.3 Fødselsmådens indflydelse på efterfølgende graviditet og fødsel

I et stort skotsk registerstudie publiceret i Lancet 2003 (37) rapporteres en øget risiko for uforklarlig intrauterin fosterdød blandt kvinder, der tidligere er forløst ved kejsersnit. Risikoen for uforklaret intrauterin fosterdød i eller efter 39 uger fandtes således at være 1,1/1000 for kvinder med tidligere kejsersnit mod 0,5/1000 for kvinder som tidligere havde født vaginalt. Det er en hidtil ukendt komplikation, der, hvis resultaterne kan bekræftes i andre studier, må tages i betragtning trods de små absolutte tal. Det har ikke umiddelbart været muligt at forklare denne sammenhæng mellem tidligere kejsersnit og intrauterin fosterdød. Da det drejer sig om et registerstudie – og ikke en randomiseret undersøgelse – er det muligt, at den samme bagvedliggende forklaring er årsag til kejsersnit i den ene fødsel og det efterfølgende tilfælde af intrauterin fosterdød. Man har i analyserne forsøgt at kontrollere for sådanne kendte forhold (confoundere), men har af gode grunde ikke kunnet gøre det for hidtil ukendte forhold.

Forekomsten af en forliggende moderkage (placenta prævia) optræder med let øget hyppighed, hvis kvinden tidligere har født ved kejsersnit (0,6% mod 0,4%), og således at risikoen stiger med tiltagende antal kejsersnit. I nogle få af disse tilfælde ses det, at moderkagen gror ind i livmodervæggen (placenta accreta), der alt i alt optræder med en hyppighed af 1:2500 graviditeter. I tilfælde med en forliggende moderkage er vaginal fødsel kontraindiceret på grund af blødningsrisiko. Ved optræden af placenta accreta er der øget risiko for kraftig blødning, som kan blive livstruende, og som kan gøre fjernelse af livmoderen nødvendig (15).

4.1.4 Uterusruptur

Ved graviditet og fødsel efter tidligere kejsersnit findes en lille risiko for uterusruptur (at arret i livmoderen brister), ca. 4 ud af 1.000. Denne tilstand er forbundet med risiko for alvorlig morbiditet for mor og barn og kræver umiddelbar indgriben. Uterusruptur optræder imidlertid næsten udelukkende i forbindelse med etableret fødsel og veaktivitet. Det er erfaringen, at kvinder, der én gang har valgt planlagt kejsersnit »på moders ønske«, sædvanligvis også vælger det ved efterfølgende fødsler, hvorved risikoen for uterusruptur mindskes (15, 38).

4.1.5 Fertilitet

Flere undersøgelser har vist, at der går længere tid mellem en fødsel og den næste, hvis kvinden er forløst ved kejsersnit, samt at flere kvinder, der har født ved kejsersnit, ikke får flere børn. Det er

imidlertid uklart, om forklaringen er, at kvinden ikke har ønsket flere børn, eller om der er tale om nedsat evne til at blive gravid. Det er også vist, at flere kvinder med forudgående infertilitet føder ved kejsersnit. En del tilfælde skyldes kvindens ønske om kejsersnit på baggrund af den forudgående barnløshed, men det er ikke tilstrækkeligt belyst, om der derudover kan være en fælles grund til barnløshed og kejsersnit (15). En enkelt undersøgelse har fundet, at sammenhængen mellem kejsersnit og infertilitet er kompleks, således at infertilitet både kan gå forud for og optræde efter fødsel ved kejsersnit. Det er imidlertid ikke muligt at fastslå, om der er tale om en kausal sammenhæng (39).

4.2 Konsekvenser for moderen ved kejsersnit på moders ønske – registerdata

Sundhedsstyrelsen har samlet oplysninger om alle fødsler i Danmark i Medicinsk Fødselsregister. Siden 1996 har oplysningerne været indhentet gennem Landspatientregisteret (LPR). Indberetningen bygger dels på en række obligatoriske talvariable (som f.eks. fødselsvægt og Apgar score og dels ved indberetning koder for diagnoser og behandling (www.medinfo.dk) for mor og barn. Registeret har været anvendt til kvalitetsudvikling og forskning gennem en årrække. Kvaliteten af registerbase-rede undersøgelser hænger imidlertid nøje sammen med validiteten af de data som indberettes. Registreringen har været valideret ved sammenligning data i Medicinsk Fødselsregister fra 1000 fødsler med journaloplysninger (validering af Landspatientregistret (LPR) med henblik på obstetrisk forskning og kvalitetssikring) (40). Generelt er validiteten af de obligatoriske talvariable som f.eks. fødselsvægt, paritet og Apgar score meget høj. Også hvad angår registreringen af operative indgreb var overensstemmelsen imellem register og journaler også stor, mens registreringen af komplicerede diagnoser var mere upræcis.

Det store materiale som er tilgængeligt i den nationale fødselsregistrering muliggør en monitorering og sammenligning af sjældne alvorlige udfald i vores egen population, som aldrig vil kunne vurderes i lokale studier. For at sikre en høj kvalitet af registeret er en løbende validering af data, især hvad angår sjældne alvorlige fødselskomplikationer imidlertid nødvendig.

Som tidligere nævnt er den viden som foreligger fra udenlandske opgørelser af begrænset værdi når det gælder om at bedømme risici for kvinder uden graviditetskomplikationer og medicinske sygdomme ønsker kejsersnit. Meget få studier opgør resultaterne i henhold til den planlagte forløsningsmåde.

I de følgende kapitler har vi derfor valgt at anvende ikke-validerede registerdata til at sammenligne hyppigheden af komplikationer for mor og barn efter planlagt vaginal fødsel og planlagt kejsersnit i en udvalgt population bestående af danske lavrisikofødende.

4.2.1 Komplikationer ved planlagt kejsersnit og vaginal fødsel i Danmark 1997-2005.

I undersøgelsen indgår fødselsårgangene fra 1997 til 1. halvår 2005, i alt 549.107 fødsler af 560.752 børn. Vi udvalgte en gruppe af fødende som må formodes være repræsentative for kvinder som ønsker kejsersnit uden klinisk indikation. Gruppen af lavrisikofødende blev udvalgt efter følgende kriterier:

- Enkeltfødt barn i hovedstilling
- Ingen medfødte misdannelser hos barnet⁷
- Ingen komplicerende medicinske sygdomme hos moderen (hjerte/lungesygdomme, stofskiftesygdomme)⁸
- Ingen graviditetskomplikationer (hypertension, svangerskabsforgiftning, graviditetsbetinget diabetes, forliggende moderkage, blodtypeimmunisering)⁹

7 Alle Q-diagnoser fra Sundhedsstyrelsens sygdomsklassifikation; omhandler medfødte misdannelser og kromosomfejl.

8 Diagnosegrupperne: DO99, DO139

9 Diagnosegrupperne: DO44, DO360, DO361, DO10-DO16 DO140, DO141, DO142, DO150, DO24

- Svangerskabslængde >37 uger og fødselsvægt >2500 gram
- Moders alder ved fødsel mellem 18 og 40 år

Af de i alt 549.107 fødsler kategoriseres 399.532 (73%) som lavrisikofødsler ved anvendelse af disse kriterier.

Vi anvendte følgende koder for diagnoser og indgreb til at beskrive komplikationer for moderen efter planlagt vaginal fødsel og kejsersnit. Koderne er primært udvalgt efter anbefalingerne i DSOG's kodeliste (www.dsog.dk). Der er ikke taget højde for, at der kan være anvendt andre koder til at beskrive samme komplikation:

Type komplikation:	ICD-10 og SKS-koder:
Infektioner (barselsfeber eller spaltningsskrævende sårinfektion)	DO85, DO860, DO861C, DO862A, KMWB, KMWC
Sårruptur	KMWA
Blødning med transfusionsbehov	DO990A, BOQA0
Organlæsioner blære/tarm	KKCH00, KJFA70, KJFA80
Reoperationer	KMW
Ogilvie's syndrom	DK566H
Thromboemboli	DO871, DO882D
Hysterektomi	KLCD00
B-Lynch	KMBW96A
Intrauterin palpation/tamponade	KMBA, KMBB
Sphinkterruptur	DO702
Kop/tang	KMAE, KMAF00
Collumrifter	KMBC00
Spinal hovedpine/blood-patch	KTAB30
Fødselsdepression	DF53.0, DF53.1

Den planlagte og aktuelle forløsningsmåde blev defineret efter følgende kriterier:

1. Planlagt kejsersnit: Registrering af én af følgende koder:
 - KMCA10B (Kejsersnit planlagt og udført før fødslen)
 - KMCA10D (Kejsersnit under fødslen, tidligere planlagt)
2. Planlagt vaginal fødsel: Ingen registrering af KMCA10B eller KMCA10D
3. Planlagt vaginal fødsel som ender med akut kejsersnit: Registrering af én af følgende koder:
 - KMCA10A (Kejsersnit akut udført før fødslen)
 - KMCA10E (Kejsersnit udført akut under fødslen)
4. Planlagt vaginal fødsel som gennemføres vaginalt: Ingen registrering af ovennævnte koder for kejsersnit.

I de situationer hvor vi har fundet det relevant at sammenligne planlagt kejsersnit og planlagt vaginal fødsel er der beregnet relativ risiko (RR) og 95% sikkerhedsintervaller (CI).

Blandt 379.013 kvinder med planlagt vaginal fødsel fødte 29.136 (7,7%) ved akut kejsersnit. Der var ingen materielle dødsfald i den udvalgte lavrisikopopulation. Risikoen for udvalgte komplikationer for moderen efter planlagt og aktuel forløsningsmåde fremgår af tabel 4.1. Den samlede risiko for infektion (spaltningsskrævende sårinfektion eller endometrit) var signifikant større efter planlagt kejsersnit end efter planlagt vaginal fødsel (RR=3,2; 95% CI: (2,6-3,9)). Der var ingen signifikant forskel på forekomst af blødning eller transfusionsbehov. Læsioner af blære eller tarm forekom hos 0,08% med planlagt kejsersnit og 0,09% med akut kejsersnit. Blandt kvinder med planlagt vaginal fødsel fik 3,2% sphinkterruptur, 8,4% blev forløst med kop eller tang.

Hyppigheden af de registrerede komplikationer fordelt på førstegangsfødende og flergangsfødende med og uden tidlige kejsersnit kan findes i bilag 6.

Sammenlignet med andre opgørelser (15) var hyppigheden af komplikationer efter planlagt kejsersnit i den udvalgte lavrisikopopulation meget lav. Man kan ikke udelukke at en vis underrapportering eller at indberetning af andre koder for samme eller lignede komplikationer end de af DSOG anbefalede, har bidraget til den lave frekvens af registrerede komplikationer. En gennemgang af alle indberettede koder for diagnoser og indgreb ved de pågældende fødsler har imidlertid ligget udenfor denne rapports rammer.

TABEL 4.1

Hyppigheden af udvalgte komplikationer hos moderen i den samlede population efter planlagt og aktuel forløsningsmåde.

Mødre	Planlagt kejsersnit N=20.519	Planlagt vaginal fødsel N=379.013	RR (95%CI)	Planlagt vaginal fødsel	
				Gennemført vaginal fødsel N=349877	Akut kejsersnit N=29136
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)
Infektion	99 (0,48)	578 (0,07)	3,2 (2,6-3,9)	236 (0,07)	342 (1,17)
Sårruptur	18 (0,09)	134 (0,03)	2,5 (1,5-4,0)	97 (0,03)	37 (0,13)
Blødning/transfusionsbehov	95 (0,46)	1.899 (0,47)	0,9 (0,8-1,1)	1.630 (0,47)	269 (0,92)
Organlæsioner blære/tarm	17 (0,08)	27 (0,00)	11,6 (6,3-21,4)	1 (0,00)	26 (0,09)
Reoperationer	49 (0,24)	252 (0,05)	3,6 (2,6-4,9)	166 (0,05)	86 (0,30)
Ogilvie's syndrom	0	2		0	2 (0,01)
Thromboemboli	4 (0,02)	38 (0,01)	1,9 (0,7-5,4)	36 (0,01)	2 (0,01)
Hysterektomi	2 (0,01)	24 (0,00)	1,5 (0,4-6,5)	13 (0,00)	11 (0,04)
B-lynch	2 (0,01)	13 (0,00)	2,8 (0,6-12,6)	2 (0,00)	11 (0,04)
Intrauterin palpation/tamponade	74 (0,36)	5.666 (1,58)		5.537 (1,58)	129 (0,44)
Sphinkterruptur	32 (0,16)	11.286 (3,22)		11.280 (3,22)	6 (0,02)
Kop/tang	23 (0,11)	31.018 (8,37)		29.302 (8,37)	1.716 (5,89)
Collumrifter	1 (0,00)	731 (0,20)		715 (0,20)	16 (0,05)
Spinal hovedpine/blood patch	15 (0,07)	47 (0,01)	3,4 (2,0-6,0)	47 (0,01)	33 (0,11)
Fødselsdepression	0	442 (0,10)	1,0 (1,0-1,0)	364 (0,10)	78 (0,27)

4.2.2 Sammenfatning – Konsekvenser for moderen

Den internationale litteratur er karakteriseret ved at være heterogen, med lav evidensgrad og grundlæggende metodeproblemer. Der findes ingen studier som sammenligner komplikationer blandt raske gravide, som får foretaget kejsersnit udelukkende på moders ønske med gravide som planlægger at føde vaginalt. Danske registerdata viser en øget risiko for infektion og reoperation efter planlagt kejsersnit. Komplikationerne bør sammenholdes med risikoen for sphinkterruptur og indgreb som intrauterin palpation (livmoderen føles efter) ved planlagt vaginal fødsel. Alvorlige komplikationer som hysterektomi og tromboemboli var meget sjældne. Der er imidlertid behov for en nærmere analyse af de sjældne, alvorlige komplikationer til kejsersnit i validerede udtræk fra de danske registre. Der er ligeledes behov for yderligere forskning i risikoen alvorlige komplikationer i en efterfølgende graviditet.

4.3 Konsekvenser for barnet ved kejsersnit på moders ønske – litteraturstudie

Litteraturen, der vedrører fordele og ulemper for barnet ved kejsersnit uden føtal indikation, er også karakteriseret ved at være heterogen, med lav evidensgrad, ofte med ringe statistisk styrke og med grundlæggende metodeproblemer. Disse forhold gør det utroligt vanskeligt ikke blot kvantitativt men også kvalitativt at vurdere risici forbundet med denne forløsningsmåde for barnet. Intet studie har sammenlignet børn af kvinder med planlagt vaginal fødsel fra tidligt i graviditeten med børn af kvinder, der som udgangspunkt tidligt i graviditeten var planlagt at føde ved kejsersnit på ikke-føtal indikation. Det er imidlertid evident, at flere af de problemer, der ser ud til at opstå hos børn efter kejsersnit, kan afhænge af anæstesiformen og den gestationsalder kejsersnittet foretages i.

4.3.1 Perinatal mortalitet

Frekvensen af kejsersnit i Danmark steg i perioden 1973-2005 fra 4% til godt 20%. I samme periode er hyppigheden af dødfødsel kun faldet fra 7 pr. 1000 til 4 pr. 1000, og den perinatale mortalitet (hyppighed af dødfødsel eller død i 1. leveuge) faldet fra 14 pr. 1000 til 7 pr. 1000 (41).¹⁰ Der er således ikke nogen oplagt sammenhæng mellem fødsel ved kejsersnit og en reduktion i den perinatale mortalitet, ligesom kohortestudier med sammenligning af børn født henholdsvis ved kejsersnit og vaginalt ikke har kunnet påvise en reduceret mortalitet ved kejsersnit (42). Disse observationelle undersøgelser har imidlertid været for underdimensionerede til at belyse denne problemstilling tilfredsstillende.

4.3.2 Cerebral parese og abnorm neurologisk udvikling

Økologiske studier har heller ikke kunne påvise en statistisk sammenhæng mellem kejsersnitfrekvens og forekomsten af cerebral parese (43). Gennemgang af 10 studier af gravide i relativt høj risiko for at få børn med cerebral parese viste heller ingen forskel på forekomsten af cerebral parese eller neurologisk udvikling mellem børn født ved kejsersnit eller vaginalt (43). Generaliserbarheden af disse resultater til kejsersnit på moders ønske eller ikke-føtal indikation kan imidlertid diskuteres, og ingen studier belyser denne problemstilling tilstrækkeligt.

4.3.3 Behov for genoplivning

Et enkelt større amerikansk studie har vist, at børn født ved kejsersnit i fuld bedøvelse i forhold til rygmarvsbedøvelse mere end dobbelt så ofte havde Apgar score på under 7 efter 5 minutter og brug for genoplivningsprocedurer på barnet (44). Flere andre studier – inklusiv et enkelt kohortestudie – har herudover vist, at der oftere er brug for genoplivning af barnet ved planlagt kejsersnit sammenlignet med vaginal fødsel, men også oftere end ved akut kejsersnit på ikke-føtal indikation (42, 45-48).

4.3.4 Respiratorisk morbiditet

Hyppigheden og alvoren af respiratoriske symptomer, og dermed sandsynligheden for at barnet indlægges på neonatalafdeling efter planlagt kejsersnit, stiger hastigt med faldende gestationsalder, og er tilsyneladende lavest ved 40 fulde uger. Selv hos børn født ved planlagt kejsersnit en uge før terminen (uge 39) ser der ud til at være en øget forekomst af transitorisk tachypnoe (forbigående, hurtig vejrtrækning) eller respiratorisk distress sammenlignet med børn født til terminen (uge 40). Den absolutte hyppighed er estimeret i et enkelt stort engelsk studie til at være på knapt 2% i uge 39, og sammenlignet med uge 40 var risikoen mere end 4 gange forhøjet. Disse symptomer betinger stort set altid indlæggelse på neonatalafdeling og adskillelse af mor fra barn umiddelbart efter fødsel (49). Der er siden dette studie lavet en del studier og et enkelt randomiseret studie (50-54), som bekræfter disse fund. Studierne viser også, at der tilsyneladende er en øget risiko for langt sjældnere, mere alvorlige respiratoriske og kredsløbsmæssige problemer (persisterende pulmonal hypertension, sværere RDS) (55). Studier er dog få og både metodologisk og størrelsesmæssigt heterogene, og konklusioner må derfor drages med forsigtighed.

4.3.5 Fødselsskader

Et stort observationelt studie har vist, at *plexus brachialis*-læsioner generelt forekommer sjældnere ved kejsersnit end ved vaginal fødsel. Dette resultat er imidlertid ikke statistisk signifikant (56).

4.3.6 Temperaturpåvirkning og amning

Børn født ved kejsersnit har lavere kropstemperatur end vaginalt fødte børn (57, 58), og flere randomiserede kliniske kontrollerede studier vedrørende hud-til-hud kontakt mellem moderen og den nyfødte har vist øget succes af ammeetablering og varighed af amning (59, 60). De observationelle studier, som sammenligner ammeetablering efter planlagt kejsersnit og vaginal fødsel er metodologiske og populationsmæssigt heterogene (61-66). De har imidlertid alle vist, at hyppigheden af

¹⁰ Mange børn født meget for tidligt er i den sidste del af perioden registreret som levendefødte – og kunne derfor have været bidragende til en stigning i den perinatale mortalitet.

påbegyndelse af amning er lavere blandt kvinder forløst ved planlagt kejsersnit. Kun få studier har fulgt kvinderne i længere tid, og de har ikke kunnet påvise nogen forskel i ammefrekvens efter henholdsvis 3 og 6 måneder efter fødsel (63, 65).

4.3.7 Langtidsfølger

Få studier har undersøgt potentielle langtidseffekter på børnene efter planlagt kejsersnit tæt på terminen. Enkelte både kohorte- og case-kontrol-studier har vist en overhyppighed af astma og allergi hos disse børn (67-71), mens andre undersøgelser ikke har kunnet bekræfte dette (72-74). Et enkelt kohortestudie har også vist en øget risiko for gastroenteritis hos børn af mødre forløst ved kejsersnit (68).

4.3.8 Risici for kommende søskende

Der foreligger et enkelt meget stort kohortestudie, som har vist, at tidligere kejsersnit var associeret med en fordoblet risiko for uforklaret dødfødsel mellem uge 34 og 39 i næste graviditet (1,65 pr. 1000 med tidligere kejsersnit mod 0,73 pr. 1000 uden tidligere kejsersnit) (37). Risikoen ved vaginal fødsel for perinatal død har også i enkelte studier vist sig at være højere end ved gentaget kejsersnit i næste graviditet (75, 76). Denne øgede risiko er særlig udtalt for død relateret til uterusruptur.

4.4 Konsekvenser for barnet ved kejsersnit på moders ønske – Registerdata

Til at beskrive komplikationer for barnet anvendte vi den udvalgte population bestående af lavrisikofødende med et enkelt barn i hovedstilling til terminen uden misdannelser og med fødselsvægt >2500 gram udtrukket fra Medicinsk Fødselsregister (for definitioner se afsnit 3.2.1). I undersøgelsen indgik alle fødende i Danmark fra 1997 til 1. halvår 2005, i alt 549.107 fødsler af 560.752 børn.

Vi anvendte følgende variable/diagnose-koder fra Medicinsk Fødselsregister og LPR til at beskrive komplikationer for barnet efter planlagt vaginal fødsel og planlagt kejsersnit.

Type komplikation:	ICD-10 og SKS-koder:
Lav Apgar score	Apgar <7 efter 5 minutter
Intrapartum/tidlig neonatal død	Død under fødsel eller indenfor 7 dage
Respiratorisk morbiditet	DP22 eller DP221
Tachypnoea transitorica neonati (TTN)	DP221
Neonatalt aspirationssyndrom	DP240, DP241

I tabel 4.2 vises indberetningen af udvalgte komplikationer hos børnene i populationen registreret som lavrisikofødende (uden medicinske sygdomme eller graviditetskomplikationer) fra årgangene 1997 til og med 1. halvår 2005.

TABEL 4.2

Hypigheden af udvalgte komplikationer hos børnene efter planlagt og aktuel forløsningsmåde

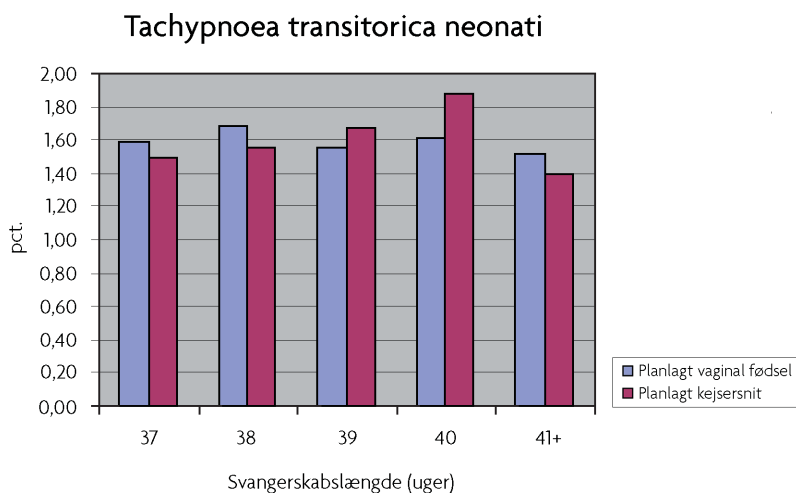
Børn	Planlagt kejsersnit N=20.519	Planlagt vaginal fødsel N=379.013	RR (95% CI)	Planlagt vaginal fødsel	
				Gennemført vaginal fødsel N=349.877	Akut kejsersnit N=29.136
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)
Lav Apgar score	49 (0,2)	1.811 (0,5)	0,5 (0,4-0,7)	1.341 (0,4)	470 (1,6)
Intrapartum/tidlig neonatal død	3 (0,01)	142 (0,04)	0,4 (0,1-1,2)	92 (0,03)	50 (0,17)
Respiratorisk morbiditet	769 (3,75)	14.146 (3,73)	1,0 (0,9-1,1)	13.083 (3,74)	1.063 (3,65)
TTN	347 (1,7)	7.782 (2,1)	0,8 (0,7-0,9)	7.137 (2,0)	645 (2,2)
Meconium aspiration	61 (0,30)	1.390 (0,37)	0,8 (0,6-1,0)	1.294 (0,37)	96 (0,33)

Den perinatale mortalitet (under fødslen eller i første leveuge) var 0,1/1000 efter planlagt kejsersnit og 0,4/1000 efter planlagt vaginal fødsel, hvilket ikke er statistisk signifikant (RR=0,4; 95% CI:

0,1-1,2). Blandt Flergangsfødende med tidligere kejsersnit var den perinatale mortalitet 0,7/1000 efter planlagt vaginal fødsel og 0 efter planlagt kejsersnit (77).

Blandt børnene var der en signifikant sjældnere forekomst af lav Apgar score efter planlagt kejsersnit end efter planlagt vaginal fødsel (RR=0,5; 95%CI: 0,4-0,7). De absolutte hyppigheder var imidlertid meget lave, 2/1000 efter planlagt kejsersnit og 5/1000 efter planlagt vaginal fødsel.

FIGUR 4.1 Hyppighed af TTN fordelt på svangerskabslængde og planlagt forløsningsmåde



Hyppigheden af respiratorisk morbiditet eller TTN blandt børn født efter 37 uger, var hverken korreleret til den planlagte forløsningsmåde eller til gestationsalder ved forløsningen (figur 4.1).

Der var heller ingen relation imellem den planlagte forløsningsmåde og forekomsten af diagnosen meconiumaspiration.

4.5 Sammenfatning – konsekvenser for barnet

Internationale studier er ligesom for de materielle komplikationer præget af metodemæssige problemer. Der har ikke sikkert kunne påvises nogen gevinst for barnet ved planlagt kejsersnit, hverken hvad angår perinatal mortalitet, morbiditet eller handicaps på længere sigt. Der synes at være en øget forekomst af respirationsproblemer efter planlagt kejsersnit som er knyttet til, i hvilken svangerskabsuge kejsersnittet foretages. Ved gennemgang af danske registerdata fandt vi ingen signifikant forskel i hyppighed af udvalgte komplikationer for barnet ved de to fødselsmåder, bortset fra en svagt nedsat risiko for lav Apgar score efter planlagt kejsersnit. Det er overraskende, at der ikke i den danske registrering var samme forskel på hyppigheden af respiratorisk morbiditet efter planlagt kejsersnit og planlagt vaginal fødsel samt gestationsalder som i udenlandske studier.

En mulig forklaring kan være, at registreringen af koder for respirationsproblemer ved overflytninger af børn efter vaginal fødsel eller akut kejsersnit har andre årsager (f.eks. iltmangel eller mistanke om lungebetændelse) end ved overflytninger af børn født ved planlagt kejsersnit (surfaktantmangel). Dette bør belyses ved validering af registeroplysninger. Det bør ligeledes undersøges om prognosen for børn som overflyttes med respirationsproblemer (indlæggelsesvarighed og senkomplikationer) er den samme ved de to fødselsmåder.

5 Patient

Patientperspektivet ved kejsersnit på moders ønske er komplekst. Dette skyldes blandt andet, at det ikke er tilstrækkeligt at fokusere på moderen. Det er også nødvendigt at tænke på barnets vilkår samt mandens rolle som kommende far og pårørende til kvinden.

Som det fremgår af det foregående kapitel er den eksisterende viden vedrørende barnets vilkår ved kejsersnit yderst begrænset, og faderens rolle er stort set ikke eksisterende i litteraturen. Fokus vil derfor i dette kapitel primært være på moderen. Også dette spørgsmål er underbelyst, og efter endt litteraturgennemgang kan det konstateres, at der er en lang række spørgsmål vedrørende patientperspektivet, som ikke kan besvares på baggrund af den eksisterende forskning. Vi mangler blandt andet basal viden om:

- baggrunden for at nogle kvinder ønsker at få foretaget et kejsersnit på eget ønske, herunder kvindernes opfattelse af risiko vedrørende fødsler generelt samt deres tillid til læger, jordemødre og den anvendte teknologi
- hvilken rolle, den gravides mand spiller for hendes fremsatte ønske om kejsersnit
- hvilken information, den kvinde, der fremsætter et ønske om at føde ved kejsersnit, modtager i sundhedssystemet
- hvordan denne information spiller ind på hendes valg af fødselsmåde
- hvordan den beslutningsproces og kontekst, som overvejelser om fødselsmåde indgår i, fungerer
- hvordan kommunikationen og interaktionen mellem den gravide/parret og de rådgivende sundhedsprofessionelle foregår på de danske fødesteder
- hvilke erfaringer, som skabes undervejs i beslutningsprocessen.

På den baggrund er der behov for en nærmere undersøgelse af det forløb, som sættes i gang, når den gravide ønsker at diskutere fødselsmåde. Trods disse klare begrænsninger gives i det følgende et bud på besvarelsen af en række spørgsmål i relation til patientperspektivet i forbindelse med kejsersnit på moders ønske.

5.1 Foretrukken fødselsmåde

Der er fundet flere studier, som belyser kvinders foretrukne fødselsmåde, og det indikeres her, at den klart foretrukne måde er den vaginale fødsel. Et britisk studie undersøger den foretrukne fødselsmåde hos 50 kvinder, der har gennemgået både vaginal fødsel og kejsersnit. 18,7% af de kvinder, der havde gennemgået kejsersnit i lokalbedøvelse ville vælge kejsersnit igen, mens ingen, der havde været i generel anæstesi ville vælge kejsersnit igen. Rækkefølgen af de tidligere fødsler havde en vis betydning, da 91% af kvinderne, der senest fødte vaginalt ønskede en gentagelse, mens kun 66%, der senest fødte ved kejsersnit ønskede en vaginal fødsel (78). Et australsk studie undersøger præferencer hos 310 gravide, hvoraf 93,7% af de gravide foretrækker en vaginal fødsel. 6,4% af de gravide foretrækker kejsersnit, og af disse har langt de fleste oplevet komplikationer eller har en tidligere kompliceret fødsel bag sig. Der er dermed ofte en erfaringsmæssig baggrund, som er stærkt medvirkende til ønsket om kejsersnit (79). Alt i alt peger den eksisterende viden på, at der er en stor overvægt af flergangsfødende blandt de kvinder, der vælger at føde ved kejsersnit, og at baggrunden for dette valg ofte er knyttet til komplikationer og/eller dårlig fødselsoplevelse. Studierne viser samtidig, at et klart flertal af kvinder foretrækker at føde vaginalt.

5.2 Angst

Angsten for at føde er den baggrundsvARIABLE, som er bedst belyst i litteraturen. Det estimeres, at 6-10% af de gravide frygter fødslen (15). Angstbegrebet dækker i litteraturen over et meget bredt

spektrum, men relaterer sig for førstegangsfødende typisk til forestillinger om smerte, fødselsbetingede skader, akut kejsersnit, sundhedspersonalet og konsekvenserne for familielivet. Mistilliden til sundhedspersonalet er mest fremtrædende hos de kvinder, som har problemer i forbindelse med graviditeten. Angsten eller mistilliden manifesterer sig bl.a. i stresssymptomer med indflydelse på hverdagen, mareridt, ønsker om at få gennemført kejsersnit samt ønsker om at unddrage sig den pågældende graviditet og fødsel (80). Udover disse forhold peges for både førstegangs- og flergangsfødende på angst for kontroltab, for at dø, for barnets liv og helbred, for sindssyge samt for hjælpeløshed (26). Et studie påpeger endvidere, at kvinder, som vælger kejsersnit pga. angst, oftere har oplevet spontan abort, lang tid mellem graviditeter, lang varighed af tidligere fødsels anden fase samt tidligere assisteret fødsel end kvinder, som ikke vælger kejsersnit (25). I forlængelse heraf er det påvist, at planlagt kejsersnit forekommer signifikant hyppigere blandt kvinder med førfødselsdepressioner eller fødselsangst, og at de fleste kvinder vælger kejsersnit på baggrund af en fødselsangst, som ofte har sin baggrund i en mere eksistentiel dødsangst i relation til eget eller barnets liv (30, 32). Generelt viser studierne af fødselsangst, at angsten er baseret på yderst komplekse og multifaktorielle forhold, som kræver en individuel afdækning når sundhedspersonalet møder kvinder, som fremfører ønsket om kejsersnit.

Da manden ofte vil være den primære støtteperson for kvinden og deltager ved fødslen, er hans indstilling til fødslen naturligvis ikke uvæsentlig. En svensk undersøgelse af kvinder med fødselsangst viste, at 37 procent af kvinderne havde en mand, der var bekymret for fødslen og 22 procent af mændene i en grad, der førte til ønske om kejsersnit (28). Erfaringer viser, at mandens bekymringer kan have en afsmittende virkning på kvinden (som kvindens bekymringer kan have det på manden), men ingen større undersøgelser viser i hvor stor udstrækning det er tilfældet og hvilke konsekvenser det har. Fødselsforberedelse med deltagelse af begge parter må formodes at kunne bidrage til en fælles forhåndsindstilling til fødslen og være det forum, hvor bekymringerne får lov at blive udtrykt og diskuteret. Vigtigt er det, at angst og bekymringer ikke bliver så dominerende, at forældrene af den grund forhindres i at kunne forholde sig til det ventede barn.

Litteraturen præsenterer forskellige bud på, hvordan en psykologisk indsats i forhold til fødselsangst kan have en afsmittende virkning på valg af fødselsmåde for kvinden (25, 81). Det er bl.a. centralt, at kvinden gives tilbud om, at få redskaber til at bearbejde og håndtere sin angst, der kan grunde i noget helt eksistentielt (80). Erfaringer tyder på, at den bedste forståelse for, hvad det handler om, når omdrejningspunktet er graviditet og fødsel, forefindes hos en obstetiker/jordemoder med videreuddannelse indenfor fødselsangstområdet frem for en psykolog/terapeut med evt. begrænset viden om fødsler (82). Omvendt kan anføres, at kvinder med fødselsangst bør vurderes af en psykolog eller psykiater (31). Det er hermed uklart, hvilke fagprofessionelle, der skal inddrages i en psykologisk indsats.

5.3 Psykisk påvirkning af kvinden

Det er en stor begivenhed, når et barn kommer til verden, og en vaginal fødsel eller et kejsersnit vil af de fleste forældre blive husket resten af livet.

De psykiske påvirkninger af kvinden ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit er ikke grundigt belyst, men der findes dog enkelte studier på området. En mindre spørgeskemaundersøgelse har påvist, at kvinder, der oplevede at have kontrol over deres fødsel, erfarede færre psykiske symptomer efter fødslen. De, der som planlagt fødte vaginalt, oplevede større kontrol end kejsersnitgruppen, mens kvinderne oplevede samme grad af (manglende) kontrol i forbindelse med henholdsvis akut og planlagt kejsersnit. Dette indikerer, at det ikke nødvendigvis kun er et spørgsmål om at opnå det planlagte, men om at forhold vedrørende uforberedte følelsesmæssige reaktioner (også efter et planlagt) kejsersnit kan have indflydelse på de psykiske symptomer (83). Et andet studie har ligeledes undersøgt de psykiske symptomer i form af efterfødselsdepressioner og her er der ikke fundet signifikante forskelle mellem kvinder, der føder vaginalt og kvinder som får foretaget kejsersnit (35).

Positivt vil fysiologien omkring den vaginale fødsel af mange opleves som en fascinerende proces, man efterfølgende ikke ville have været foruden. For en del kvinder medfører det at gennemgå en vaginal fødsel en følelse af personlig stolthed og tro på, at man fremover vil kunne klare selv de største udfordringer (84). Ekspertter fremhæver, at det at føde er en oplevelse, som rummer mange følelser, og betydningen af at mærke overgangen fra kvinde til kvinde og mor formodes af nogle at indvirke positivt på mor-barn bondingen samt på kvindens selvforståelse som mor. Almindeligvis er smertefølelse et advarselssignal om, at der er fare på færde, og på den måde er smertefølelse positiv, da den motiverer til handling inden det går galt. Fødselssmerten adskiller sig væsentligt herfra ved ikke at være et advarselssignal, men et signal om, at en vigtig forandringsproces er i gang, og at denne kræver stor bevågenhed, støtte og opbakning fra omgivelserne. Smerten kan med fordel lindres efter individuelt behov – men årsagen til smerten skal ikke undgås eller elimineres som ved anden smerte. Muligheden for tæt fysisk kontakt med barnet i umiddelbar tilknytning til den vaginale fødsel er sandsynligvis ligeledes af positiv værdi både psykologisk samt for amningens etablering (se pkt. 4.3.6.)

5.4 Information

I en lang række af de artikler, der baserer sig på ekspertudsagn, fremhæves betydningen af at give tilstrækkelig information, så kvinderne har mulighed for at træffe et informeret valg, hvis de ønsker at føde ved kejsersnit. Den gravide står allerede ved graviditetens indtræden overfor en lang række risikovurderinger, fosterdiagnostiske undersøgelser, evt. stillingtagen til indgåelse i videnskabelige projekter m.m. og kan efterlades med oplevelsen af, at graviditet og fødsel, frem for at være en glædelig begivenhed, er et usikkert og farligt projekt. Det er derfor af afgørende betydning, at der gives brugbar information. Det er dog langt mere uklart hvilken information kvinderne har behov for, i hvilken form informationen skal gives, og hvem der skal give den. Det er derfor vanskeligt at udlede generelt gældende udsagn på baggrund af den eksisterende viden, men enkelte delelementer er dog belyst i udenlandske studier.

En systematisk litteraturgennemgang kunne kun identificere 2 relativt små randomiserede undersøgelser af effekten af information om kejsersnit på kvinders valg af fødselsmåde. Undersøgelserne er meget forskellige; den ene omfatter kvinder, der tidligere havde fået foretaget kejsersnit, den anden kvinder med fødselsangst. Det konkluderes, at information, som opmuntrer kvinder til at føde vaginalt, ikke påvirker andelen som vælger kejsersnit. Mangler ved de inkluderede studiers design betyder, dog, at resultatet ikke kan betragtes som endelig viden. Det fremhæves, at ingen af studierne vurderede kvindernes opfattelse af egen deltagelse i beslutningsprocessen. Desuden fandtes ingen studier vedr. kvindernes viden om og forståelse af problemstillingen, forekomsten af beslutningskonflikter mellem kvinden og sundhedspersonalet, kvindernes opfattelse af egen evne til at diskutere beslutningen med sundhedspersonale, familie og venner, i hvilken grad behovet for information bliver opfyldt samt tilfredsheden med den truffe beslutning (85).

Der foreligger ingen evidens for, hvordan information i forbindelse med et fremsat ønske om kejsersnit på moders ønske skal gives. Som det gælder for al information bør den dog tage udgangspunkt i den pågældende kvindes situation, herunder hendes viden og baggrund for at fremsætte ønsket. Informationsasymmetri er et væsentligt aspekt ved informationsprocessen, da fagpersonalet typisk besidder væsentlig mere specialiseret viden end patienterne. Det betyder, at værdineutralitet og saglighed bør være væsentlige elementer i præsentationen af fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit. Denne opgave er ikke let og kræver stor opmærksomhed hos fagpersonen omkring egne normer på området. Det er uundgåeligt at fagpersonens normer påvirker informationsprocessen, men det bør tilstræbes, at fordele og ulemper formidles så neutralt som muligt.

5.5 Fremtidige mulige behov for indsats

På baggrund af ovenstående betragtninger om patientens vilkår er der især to områder, hvor der tegner sig et stort behov for at opnå mere viden og for at forbedre indsatsen. Da det i overvejende grad er flergangsfødende som ønsker kejsersnit er der grundlæggende behov for at fokusere på fødselsoplevelsen ved første fødsel med henblik på at forbygge kejsersnit på moders ønske i næste graviditet. Derudover kan informationen til og dialogen med de kvinder, som udtrykker et ønske om kejsersnit, forbedres, og der er ligeledes behov for fokus på dette område.

5.5.1 Den gode fødsel

Det er væsentligt at bemærke, at gruppen af flergangsfødende med komplikationer eller dårlige oplevelser i forbindelse med en tidligere fødsel udgør størstedelen af gruppen af gravide, som vælger kejsersnit på eget ønske. Et væsentligt indsatsområde bør derfor være at sikre, at førstegangsfødende får en god fødselsoplevelse, så man forebygger ønsket om kejsersnit. Et dansk antropologisk studie har undersøgt, hvilke centrale aspekter der karakteriserer en god fødselsoplevelse, og hermed hvad man bør stræbe mod at tilbyde de førstegangsfødende (84). Nedenstående betragtninger er de væsentligste elementer i denne undersøgelse.

Hvis en kvinde og hendes partner skal have en god oplevelse i forbindelse med fødslen af deres første barn, kræver det, at de har en fornemmelse af, at der er sammenhæng i det forløb, de gennemlever på fødestedet. Det vil sige, at fødslen, som i udgangspunktet kan være både smertefuld, uforudsigelig og dramatisk, skal give mening. Den fødende og hendes partner skal have følelsen af at blive guidet gennem fødslen, mens de løbende informeres om fødselens forløb af det tilstedeværende sundhedspersonale. Det betyder samtidig, at indfrielsen af parrets forventninger om en bestemt type fødsel (f.eks. en 'naturlig' fødsel uden medicinsk smertelindring eller operative indgreb) ikke er ensbetydende med en god fødselsoplevelse. Den gode fødsel handler ikke nødvendigvis om at få den fødsel, man forestiller sig og forventer. Det handler snarere om, at sundhedspersonale lytter til det kommende forældrepars forventninger, ønsker og behov og hen ad vejen kommunikerer med dem og kontinuerligt indgår i en forhandlingsproces om, hvordan fødslen kan (eller skal) udvikle sig. På den måde kan en god fødsel udfolde sig anderledes end forventet og endda indebære pludselige hændelser, hvis blot parret har fået at vide, hvorfor fødslen udvikler sig, som den gør, og hjælpes til at acceptere dette. En forudsætning for at dette lader sig gøre er, at den fødende – i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Retningslinier for Svangreomsorg fra 1998 (86) – kan have en jordemoder hos sig under hele fødslen (84).

Behovet for at føle, at man befinder sig i en meningsfuld sammenhæng, hvor man bliver hørt og set, knytter sig ikke kun til selve fødslen. Dette behov er i høj grad også til stede i tiden både før og efter fødslen. Det betyder, at det er afgørende, at parret får lov til at fortælle om deres forventninger til fødslen og eventuelt diskutere fødselsmåde med en læge eller jordemoder forud for begivenheden. Det betyder også, at tiden på hospitalet efter fødslen har indflydelse på den fødselsoplevelse, parret har. Her er det igen vigtigt, at de nybagte forældre har mulighed for at se en jordemoder eller læge – nu med det formål at tale om den overståede fødsel. Det fremhæves i undersøgelsen, at det er vigtigt, at en såkaldt efterfødselssamtale foregår med den jordemoder eller læge, der har været til stede under den pågældende fødsel, at der er ro og tid til en fortrolig samtale om fødslen, og at både kvinden og partneren har mulighed for at deltage i samtalen. En sådan samtale vil potentielt kunne bidrage til at give parret en afklaring af, hvad der skete, hvorfor det skete og hvorfor eventuelle indgreb eller kursændringer blev skønnet nødvendige af det tilstedeværende sundhedspersonale. Samtalen vil ligeledes kunne bidrage til en afklaring og afrunding af fødselsforløbet, som i modsat fald kan fremstå og blive lagret i hukommelsen som uklart, utrygt og meningsløst. Dermed kan en efterfødselssamtale potentielt også være med til at forebygge, at kvinder (og deres partnere) i forbindelse med næste graviditet overvældes af en angst og usikkerhed, der fører til et ønske om at føde ved kejsersnit (84).

5.5.2 Forbedret information

Et andet område, hvor den tilgængelige viden er yderst begrænset, handler om den information gravide får om konsekvenserne af et eventuelt valg af kejsersnit, og det er derfor hensigtsmæssigt at skærpe opmærksomheden om dette område. Den gravide har i sit møde med den informerende sundhedsperson, allerede mange informationer med i bagagen fra medier, familie og venner. Sundhedspersonen kan her bl.a. være behjælpelig med at udfordre den gravides overbevisninger. Især hos de kvinder, der udtrykker angst for noget, der ikke er proportionelt med virkeligheden: de, der er sikre på ikke fysisk at kunne klare en vaginal fødsel, de der er bange for, at de selv eller barnet dør, samt de der frygter tab af kontrol. Et stort kontrolbehov udspringer oftest af angst, men dette at være bange kan være en vigtig del af forberedelsen til fødslen og kan evt. vendes til en positiv gevinst, hvis kvinden med eller uden fagpersoners direkte hjælp overvinder frygten og kommer styrket ud af processen.

Informationsprocessen foregår forskelligt på de danske fødesteder (se kap. 6). På nogle fødesteder (bl.a. i Herlev, Hillerød og Viborg) har man valgt at informere parret både skriftligt og mundtligt og samtidig bedt kvinden om at underskrive en begæring om planlagt kejsersnit i de tilfælde, hvor hun selv har anmodet om dette. Underskriften har ingen juridisk bindende værdi hverken i forhold til kvinden eller lægen, men kan dog være af værdi, hvis lægen vil være sikker på, at der ikke efterfølgende bliver rejst tvivl om samtykkets indhold jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse vedrørende information og samtykke (87).

Udformningen af en eventuel fødselsaftale kan være meget forskellig, og brugen varierer på tværs af fødesteder. De fleste fødesteder har længe tilbudt en aftale i forbindelse med et fødselsforsøg, for nogle af de kvinder som ønsker kejsersnit på baggrund af tidligere fødselsoplevelser. Målet er at opnå en tryk atmosfære ved at indgå fødselsaftalen. En sådan aftale kan f.eks. indeholde:

- En nøje plan for tilbud om smertelindring under fødslen f.eks. epiduralblokade.
- En plan for hvor hurtigt fødslen skal skride frem og at der foretages kejsersnit, hvis ikke planen kan overholdes.
- At barnets hjertelyd overvåges under hele fødslen, hvis det kan give øget tryghed hos parret.
- At den fødende kan bede om kejsersnit, hvis fødslen ikke forløber som planlagt, hvis ikke hun føler sig tilstrækkeligt smertelindret eller hvis hun ikke føler sig tryk.
- At hun har en jordemoder hos sig under hele forløbet

Ved indgåelse af en aftale kan der i nogle situationer opnås en forbedring af vilkårene for kvinden med henblik på at forbygge kejsersnit på moders ønske. Fordelen ved at introducere en fødselsaftale kunne ligge i, at kvinden hjælpes til at tænke handlemuligheder igennem i forbindelse med, at fødslen udvikler sig i en ikke ønsket retning. En sådan diskussion af handlemuligheder kunne måske med fordel, afhængig af den enkelte situation, ligge allerede i informationen omkring vaginal fødsel og kejsersnit. Endvidere kan en anmodning om en underskrift sikre, at kvinden faktisk selv bliver klar over, at lægen ikke opfatter en aftale om planlagt kejsersnit som medicinsk indiceret. Sidst men ikke mindst kan et sådant oplæg til en skriftlig aftale lægge op til en forpligtende diskussion af et eventuelt alternativ til planlagt kejsersnit.

Værdien af at indgå egentlige aftaler er ikke gjort op endnu, så det er et åbent spørgsmål, om et sådant tiltag kan medvirke til at forbedre informationen til og dialogen med de gravide, som udtrykker ønske om et kejsersnit.

5.6 Sammenfatning

De kvinder, som får foretaget kejsersnit på moders ønske, er typisk flergangsfødende, som har et tidligere kejsersnit, en tidligere dårlig fødselsoplevelse eller en kompliceret graviditet bag sig. Angst er en væsentlig baggrundsfaktor for valget af kejsersnit, og ca. 6-10% af alle gravide skønnes at

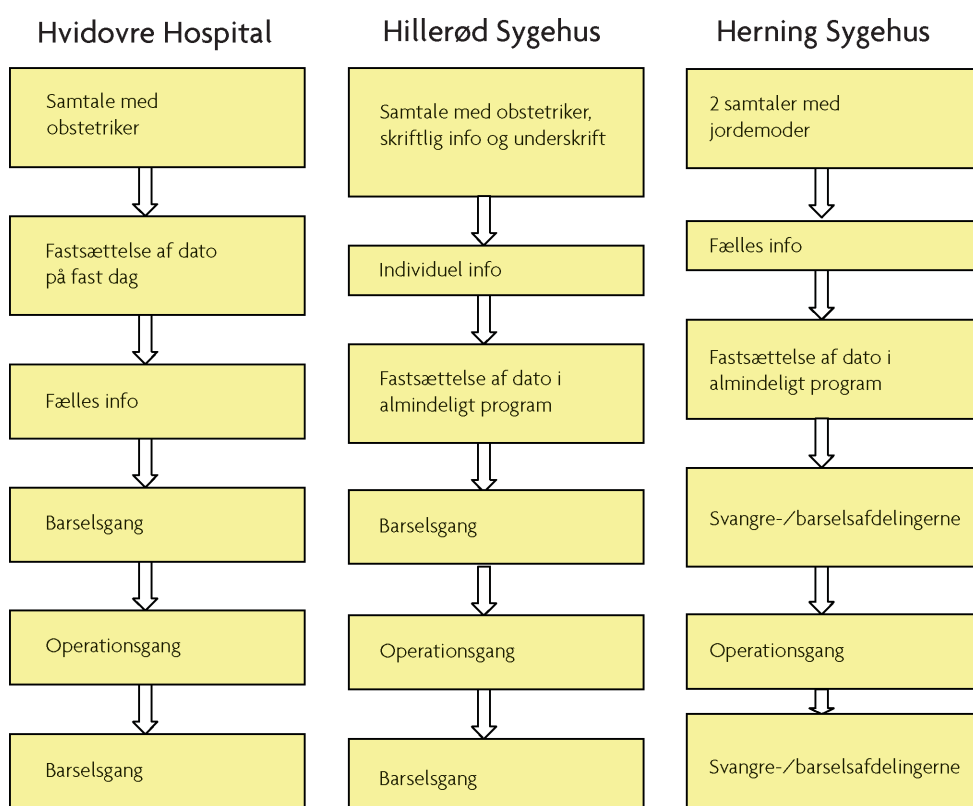
frygte fødslen. Angsten kan bl.a. skyldes forestillinger om smerte, fødselsbetingede skader, akut kejsersnit, sundhedspersonalet, konsekvenser for familielivet, kontroltab og død hos mor eller barn. Og angsten kan manifestere sig i stresssymptomer, mareridt, ønske om at få gennemført kejsersnit eller om at undgå graviditeten eller fødslen. Behovet for information til kvinden er stort, men vi ved meget lidt om hvilken information kvinden har behov for, i hvilken form den skal gives, og hvem der skal give den. Det er dog væsentligt at informationen gives i en kontekst, hvor der sker en individuel dialogisk afdækning af den gravides baggrund for at ønske kejsersnit. Mulige indsatsområder kunne være at styrke indsatsen for at give de fødende gode fødselsoplevelser, så der er færre flergangsfødende med dårlige fødselsoplevelser bag sig, f.eks. ved at de har en jordemoder hos sig under hele forløbet som beskrevet i Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg. Desuden kunne man styrke dialogen med og informationen til de fødende – evt. med inddragelse af fødselsaftaler i processen. Det er væsentligt at fremhæve, at den eksisterende viden angående patientaspektet generelt er meget begrænset, og det er hensigtsmæssigt at belyse en række af de fremhævede områder yderligere.

6 Organisation

Organisationsanalysen er baseret på kvalitative data, som er indsamlet på tre sygehuse. På de udvalgte sygehuses gynækologiske/obstetriske afdelinger blev der foretaget semistruktureret gruppeinterview med en ledende overlæge, en jordemoder og en tredje person, som er beskæftiget med fordeling af operationstider. Interviewene blev foretaget med udgangspunkt i en interviewguide (se bilag 3). Efter dataindsamlingen blev der foretaget en meningskondensering af hvert interview. Disse meningskondenseringer blev sendt tilbage til interviewgrupperne til godkendelse. På baggrund af disse er analyserne af organisationerne foretaget.

I analysen indgår tre cases: Hvidovre Hospital (5500 fødsler årligt), Hillerød Sygehus (3700 fødsler årligt) og Herning Sygehus (1800 fødsler årligt). De tre sygehuse er udvalgt så både mellemstore og meget store fødesteder er repræsenteret, og så både Øst- og Vestdanmark er repræsenteret. Afdelingerne er udvalgt i samråd med overlæge, ph.d. Lone Hvidman og jordemoderchef Ellen Tobiassen under hensyn til, at undersøgelsen skal være så dækkende for landets sygehuse som muligt.

FIGUR 6.1 Patientflowet på de tre afdelinger



Der er variation i måden, hvorpå de tre afdelinger organiserer gravides ønske om et planlagt kejsersnit, når der ikke foreligger en egentlig klinisk indikation. Forskellen mellem organiseringen af et kejsersnit på moders ønske og et kejsersnit med klinisk indikation begrænser sig på alle tre sygehuse alene til perioden før selve fødselsforløbet. Derefter vil kvinderne, der har efterspurgt kejsersnit på moders ønske, gennemgå samme fødselsforløb som alle andre kvinder med behov for et kejsersnit. Figur 6.1 illustrerer de vigtigste forskelle i patientflowet på de tre sygehuse, for en kvinde der har efterspurgt et kejsersnit på moders ønske. I det følgende belyses forskelle og ligheder i patientforløbet.

6.1 Indledende samtaler med obstetriker og jordemoder

På alle tre sygehuse gennemføres samtaler med de kvinder, som forespørger kejsersnit på moders ønske. Ingen af sygehuse gennemfører som udgangspunkt disse samtaler for at tale kvinderne fra

at få foretaget et kejsersnit, men i et ønske om at forstå hvorfor kvinden ønsker kejsersnittet. Det gøres også for at sikre, at kvinderne træffer den rigtige afgørelse på et informeret grundlag. Generelt er erfaringen, at kvinder, der ønsker kejsersnit på moders ønske, næsten alle har en mere eller mindre begrundet frygt for at føde vaginalt, typisk på grund af et tidligere dårligt fødselsforløb. Tilsvarende er det erfaringen, at de, som ønsker kejsersnit, ofte ændrer holdning i takt med, at de informeres om de fordele og ulemper, som er forbundet med et kejsersnit. På alle tre sygehuse vil kvindens valg i sidste ende altid blive respekteret.

Sygehuse adskiller sig på den måde, at samtalerne gribes forskelligt an. På Hvidovre Hospital forestår en obstetriker mindst én samtale med kvinden for at belyse, hvorfor hun ønsker et kejsersnit. Her informeres den gravide primært om fordele og ulemper forbundet med et kejsersnit og alternativer til kejsersnit oplyses. Personalet anfører, at udgangspunktet er kvindens frie valg, som sygehuset gør meget for at respektere. Hillerød Sygehus gennemfører tilsvarende samtale med de gravide, der ønsker at føde ved kejsersnit. Disse gennemføres af en obstetriker med særlig interesse for denne patientgruppe. Kvinden informeres om risici ved kejsersnit og skal skrive under på at have modtaget information. Ingen andre patienter skal skrive under på, at de har modtaget patientinformationen. Proceduren begrundes med, at det er en særlig operation, når den foretages på moders ønske. På Herning Sygehus gennemføres samtalerne af en jordemoder, med særlig interesse i patientgruppen. Også her angives, at formålet med samtalerne ikke er at tale kvinden fra et kejsersnit, men at oplyse om fordele og ulemper, så kvindens til- eller fravalg af kejsersnit sker på et informeret grundlag. Der gives to samtaler, hvor faderen også har mulighed for at deltage. At der kun er én person til at varetage disse samtaler gør, at erfaringerne samles centralt, og at der foretages systematisk indsamling af årsagerne til, at kvinderne ønsker et kejsersnit på moders ønske. Hverken Hvidovre Hospital eller Herning Sygehus ønsker mere kontraktlignende forhold ved kvinders ønske om kejsersnit. Dette begrundes med, at man ikke ønsker at signalere, at ansvaret lægges hos kvinden i tilfælde af, at der f.eks. tilstøder komplikationer. Der gives mundtlig information for at sikre, at kvinden kan træffe et informeret valg. I tilfælde af, at kvinden efter den indledende samtale med obstetriker og jordemoder alligevel ikke ønsker et kejsersnit på moders ønske, tilbyder alle tre sygehuse, at kvinden selv er med til at udforme en fødselskontrakt. Her kan det f.eks. aftales, at kvinden til enhver tid i fødselsforløbet kan få epiduralanæstesi eller kejsersnit.

6.2 Datofastsættelse og fælles information

Hvis den gravide kvinde efter samtalerne med obstetriker/jordemoder stadig ønsker at få foretaget et kejsersnit, fastsættes en dato for kejsersnit, hvilket typisk foretages 1-2 uger før termin. På Hvidovre Hospital er der faste dage, hvor kejsersnit udføres. På Herning Sygehus udføres planlagte kejsersnit som en del af det almindelige operationsprogram. Hillerød Sygehus er i en overgangsfase. I forbindelse med, at der tiltræder en ny overlæge på afdelingen, er der planer for at indføre faste dage for planlagte kejsersnit, men hidtil er de planlagte kejsersnit blevet passet ind i det almindelige program.

Både på Herning Sygehus og Hvidovre Hospital afholdes fælles information for de kvinder, der skal have kejsersnit, hvilket vurderes at medvirke til en effektivisering af arbejdsgangene. Hillerød Sygehus har tilsvarende en forventning om at afholde fælles information for de gravide ved indførelse af faste dage for planlagte kejsersnit. Alle afdelinger er dog åbne for muligheden for individuel rådgivning, hvis dette måtte være påkrævet, og det angives samstemmende, at patienthensynet altid vægtes højere end ressourceforbruget.

6.3 Fødselsforløb

Alle tre sygehuse er meget bevidste om at sikre kontinuitet for kvinder, der skal have foretaget et planlagt kejsersnit. Men da de tre afdelinger er organiseret forskelligt, søges kontinuiteten sikret på

forskellig vis. På Hvidovre Hospital indlægges den gravide på barselsgangen, og herfra, gennem resten af forløbet til udskrivelse, følges kvinden af medarbejderne i det tværfaglige sektionsteam (anæstesiologer, jordemødre og sygeplejersker). Efter kejsersnittet, som foretages på operationsgangen, kommer parret med deres barn tilbage til barselsgangen. Kvinden udskrives som udgangspunkt to dage efter kejsersnittet, som er planlagt til at foregå mandag eller onsdag, således at kvinderne kan udskrives før weekenden. Det opleves, at patienten får en følelse af kontinuitet ved, at det er de samme medarbejdere, der følger hele forløbet. For personalet angives det, at organiseringen omkring faste dage giver personalet mindre stress, både på føde- og operationsgangen. De dage, hvor der foretages planlagte kejsersnit, kendes rutinen, og så er der andre, som varetager de vaginale fødsler og de akutte kejsersnit. På Hillerød Sygehus bliver kontinuiteten sikret ved at indlægge kvinden på barselsgangen, som kvinden så kommer tilbage til efter kejsersnittet på operationsgangen. Herning Sygehus har et patientflow, der kan sammenlignes med det på Hillerød Sygehus. Den gravide bliver indlagt på barsels-/svangreafdelingen og overføres til operationsgangen, hvor kejsersnit foretages, hvorefter moderen og barnet køres tilbage på barsels-/svangreafdelingen. Afdelingerne vurderer, at kontinuiteten er særlig vigtig for de kvinder, som skal have foretaget planlagt kejsersnit, idet det ofte er kvinder med et dårligt forløb bag sig.

6.4 Kapacitet og fleksibilitet

De forskellige afdelinger har store forskelle i patientgrundlag og kapacitet. Hvidovre Hospital har, som tidligere beskrevet, to dage hvor planlagte kejsersnit udføres. Der udføres typisk 5 planlagte kejsersnit på operationslejet pr. dag. De dage, hvor lejet ikke bruges til planlagte kejsersnit, foretages der gynækologiske operationer. Desuden har afdelingen mulighed for at foretage et planlagt kejsersnit torsdag og fredag i tilfælde af, at behovet i en uge er særlig stort. På Hvidovre Hospital vurderes kapaciteten på operationsgangen som værende tilstrækkelig, og der aflyses kun meget sjældent operationer. Hillerød Sygehus har to fødegange, hvor det vurderes, at der kan udføres 2-3 operationer per leje per dag. Lejerne anvendes alle dage til både kejsersnit og andre gynækologiske operationer. I tilfælde af større efterspørgsel af planlagte eller akutte kejsersnit, bliver andre gynækologiske operationer lejlighedsvis aflyst. Antallet af aflyste operationer vurderes dog ikke som værende særligt stort. Herning Sygehus har to operationslejer, som deles mellem gynækologi og obstetrik, hvor der dagligt udføres planlagte kejsersnit.

Hvidovre Hospitals organisering omkring faste dage har sin oprindelse i den generelt øgede frekvens af kejsersnit, hvilket gjorde at operationsgangen kapacitetsmæssigt blev sat under pres. I samarbejde mellem jordemødre, anæstesiologer og obstetrikere blev organisationen omkring de faste dage implementeret. Erfaringen fra Hvidovre Hospital er, at denne organisering har muliggjort en øget aktivitet med flere operationer per leje med samme personaleforbrug. Forudsætningen for en sådan organisering er dog et højt patientflow, da det ellers vil være vanskeligt at udnytte operationskapaciteten på de faste dage og have mulighed for at foretage kejsersnittet optimalt i forhold til terminsdatoen. Generelt oplever afdelingerne ikke store problemer med aflysninger af andre operationer begrundet i det stigende antal kejsersnit. Kapaciteten vurderes som værende rimelig i forhold til behovet, og på Hillerød og Herning Sygehuse, hvor de planlagte kejsersnit passes ind i programmet sammen med andre typer af operationer, vurderes forløbet generelt at foregå gnidningsfrit. I tilfælde af, at der må aflyses andre operationer på grund af flere kejsersnit end forventet, rapporteres ikke om konflikter med andre afdelinger om rimeligheden i operationslejernes kapacitetsudnyttelse. Ingen af de tre afdelinger angiver, at der er nævneværdige problemer med ventetiden for de kvinder, der måtte ønske et planlagt kejsersnit.

6.5 Teknologi og fremtiden for planlagte kejsersnit

Alle tre sygehuse beretter samstemmende, at de senere års teknologiske fremskridt har haft afgørende betydning for sygehusenes og patienternes holdning til planlagte kejsersnit. Således vurderes det, at

kejsersnit er blevet et mere sikkert indgreb, hvilket også hænger tæt sammen med den øgede frekvens af kejsersnit.

Afdelingerne vurderer samlet, at andelen af fødsler, der forgår ved kejsersnit, formodentlig er stagneret, men der kan komme udsving alt efter holdningen i samfundet og i forhold til brugen af andre typer behandling, eksempelvis smertebehandling. Sygehusene er enige om, at frekvensen af kejsersnit på moders ønske formodentlig kunne sænkes, hvis der i fremtiden tages bedre hånd om de førstegangsfødende, så færre får en dårlig fødselsoplevelse. Det vurderes og dokumenteres, at det langt overvejende er kvinder med en dårlig fødselsoplevelse første gang, som efterspørger planlagt kejsersnit uden anden indikation. Ingen af de involverede sygehuse kan genkende mediebildet af kvinder, der ønsker et kejsersnit på moders ønske på grund af behov for at passe det ind i kalender eller på anden måde for at planlægge fødselsforløbet.

6.6 Uddannelse

De interviewedes vurdering af betydningen, af den øgede frekvens af planlagte kejsersnit for uddannelsen af læger svinger fra ingen betydning til en lille fordel. Såvel læger og jordemødre skal kunne mestre både kejsersnit og vaginale fødsler, men de mindre fødesteder angiver, at den øgede kejsersnitfrekvens giver en øget mulighed for at give unge læger og jordemødre en større rutine ved udførelse af kejsersnit. Personalet angiver, at i Ringkøbing Amt samles alle komplicerede patienter på Herning Sygehus (undtaget de meget komplicerede graviditeter og fødsler som overflyttedes til Skejby), hvilket man på sygehuset finder giver optimal mulighed for at tilrettelægge uddannelsesforløb for unge læger og jordemødre.

6.7 Arbejds miljø og arbejdstilfredshed

Generelt angiver jordemødrene i undersøgelsen, at de ser en vaginal fødsel som den bedste fødselsmåde, og det som udgør kernen i en jordemoders arbejde. Dog angiver alle, at præferencen for den vaginale fødsel er underordnet ønsket om, at kvinden går derfra med et barn, der er født, som moderen har ønsket det. Obstetrikere i undersøgelsen har generelt ikke nogen præference for at udføre kejsersnit eller andre arbejdsopgaver inden for det obstetriske speciale, da kejsersnit ikke vurderes som hverken mere eller mindre spændende end andre opgaver. Som et kuriosum angiver et hospital, at hvis andelen af kejsersnit steg meget, så ville der være muligheder for mere arbejde i dagtimerne, hvilket kunne imødekomme personalets ønsker om mere regelmæssige arbejdstider. Ingen af de involverede sygehuse betragter kejsersnit som en væsentlig kilde til forringelse af arbejdstilfredsheden.

6.8 Økonomi og frit sygehusvalg

Der er enighed på alle tre afdelinger om, at økonomi ikke spiller nogen rolle for deres holdning til planlagte kejsersnit. Holdningen er alle steder, at omkostningen ved et indgreb eller honoreringen via DRG ikke må have indflydelse i forhold til valg af behandling. Der lægges vægt på at gøre det rigtige, og ikke på hvad der giver flest penge. Ingen afdelinger gør sig nogen overvejelse i forhold til mulige forskelle i dækningsbidrag eller pris i forhold til valget mellem planlagt fødsel versus planlagt kejsersnit, og alle angiver, at det ligger dem meget fjernt at inddrage sådanne overvejelser i forhold til valg af behandling. Hensyn til økonomien vurderes derfor ikke at have indflydelse på i hvor stort omfang, der udføres planlagte kejsersnit. Heller ikke det frie sygehusvalg vurderes at have nogen væsentlig betydning for stigningen i andelen af fødsler ved planlagt kejsersnit. Det vurderes, at nogle få patienter har benyttet muligheden for at få opfyldt et ønske om kejsersnit på moders ønske, som et andet sygehus ikke har ønsket at tilbyde, men da alle sygehusene i undersøgelsen vægter kvindens ønsker meget højt, er et ønske om kejsersnit på moders ønske aldrig blevet

nægtet. Et sygehus vurderer endvidere, at kvinder der har et meget stærkt ønske om et kejsersnit, men bliver nægtet dette, ofte ville ende med at få et akut kejsersnit, da det kræver samarbejde med kvinden at gennemføre en vaginal fødsel. Derfor vurderes det i sidste ende som værende både billigere og mere effektivt at tilbyde kejsersnittet fra starten af forløbet. Generelt vurderes det frie sygehusvalg ikke at have haft nævneværdig betydning for frekvensen af planlagte kejsersnit.

6.9 Sammenfatning

Stigningen i frekvensen for kejsersnit på moders ønske vurderes enstemmigt af undersøgelsens informanter ikke i væsentligt omfang at kunne henføres til kvindernes ønsker om at føde mere kontrolleret eller planlagt. Derimod er de kvinder, som efterspørger planlagte kejsersnit, typisk flergangsfødende, som tidligere har haft en dårlig fødselsoplevelse, hvorfor de ønsker at føde under mere kontrollerede forhold. Tilsvarende er der bred enighed om, at i det omfang at dårlige fødselsforløb i højere grad kunne undgås, kunne en meget væsentlig del af efterspørgslen på kejsersnit på moders ønske reduceres. Omfanget af kejsersnit på moders ønske vurderes som meget moderat og næsten altid velbegrundet.

Organisatorisk har de involverede sygehuse valgt at håndtere patientgruppen, der henvender sig med ønske om et kejsersnit på moders ønske, ved at sætte fokus på udredningen af de bagvedliggende årsager, for derved at hjælpe kvinden til at kunne træffe et informeret valg om, hvilken behandling, der ønskes, og lave aftaler om alternative fødselsforløb, hvis dette ønskes. Der er ikke de store forskelle mellem sygehuse i, hvordan man håndterer patientgruppen, dog er der uenighed om rimeligheden i, at patienter skal indgå kontraktlignende aftaler, i form af underskrivelse af dokumenter om, at man er blevet informeret mv.

Flere forskellige forhold adskiller de tre afdelinger i måden hvorpå, de mere generelt har organiseret forløbet omkring et kejsersnit. Omlægningen til faste dage, hvor der udføres kejsersnit på Hvidovre Hospital, rapporteres at have givet en række fordele både for personale, patienten og produktiviteten, uden at der kan peges på nævneværdige ulemper. Samme organisering vil dog næppe have relevans for væsentligt mindre sygehuse, da modellen forudsætter et stort patientgrundlag for at kapaciteten kan udnyttes, og der er tilstrækkelig fleksibilitet i forhold til tidspunktet for indgrebet mv. Med en anden forudsætning, organisering og strukturering har det mindre fødested Herning Sygehus realiseret f.eks. produktivitetsevner ved fælles information før operation.

Selvom undersøgelsen bygger på få cases, er den overordnede konklusion af analysen, at det billede medierne skaber af stigning i antal af kejsersnit på moders ønske, og de begrundelser pressen mener, at kvinderne giver for at få kejsersnit, ligger temmelig langt fra den hverdag, som fødestederne oplever. De interviewede begrundede stigningen i kejsersnit med bedre teknologi, fokus på risikofødsler og tidligere problematiske fødselsforløb. Derimod har man ikke en oplevelse af mere eller mindre urimelige patientønsker.

7 Økonomi

Økonomidelen af projektet har til formål at estimere den marginale omkostningsforskel, der er mellem kejsersnit på moders ønske og planlagte vaginale fødsler. Sundhedsstyrelsen har udregnet DRG-takster for både kejsersnit og vaginale fødsler, men DRG-priser afspejler, hvad der er sket, mens det er projektets formål er at beregne omkostningen for, hvad der ville ske, hvis sammenlignelige fødende vælger at påbegynde en vaginal fødsel i forhold til et ønske om et kejsersnit.

Sundhedsstyrelsens DRG-takst for normal graviditet, med efterfølgende komplikation og kejsersnit er 23.599 kr. Taksten udgør under halvdelen, hvis det er en normal graviditet med vaginal fødsel uden komplikationer, 11.255 kr. Den planlagte vaginale fødsel kan dog udvikle sig til en kompliceret vaginal fødsel, hvor taksten er 17.252 kr. eller til et akut kejsersnit (23.599 kr.). I DRG-terminologi vil et kejsersnit således altid være dyrere end en vaginal fødsel, om end præcist hvor meget dyrere det er, vil afhænge af hvor kompliceret fødselsforløbet i praksis ender med at blive. Men det er, som nævnt, tvivlsomt, om DRG-taksten også er relevant, når man skal sammenligne de økonomiske omkostninger af en planlagt vaginal fødsel med et planlagt kejsersnit, bl.a. fordi DRG-taksten for kejsersnit er baseret på både akut og planlagt kejsersnit.

Det betyder, at der er omkostninger til akutberedskab inkluderet i omkostningsberegningerne for planlagt kejsersnit i tilfælde af at en vaginal fødsel udvikler sig til et kejsersnit. Dette er ikke nødvendigvis et problem for den almindelige brug af DRG-systemet, men ved en vurdering af meromkostningerne ved planlagt kejsersnit relativt til et vaginalt forløb, er DRG-taksterne ikke særlig brugbare, særligt set i lyset af, at et nyere canadisk studie (88) viser væsentlige forskelle i omkostningerne, på akut kejsersnit og på planlagt kejsersnit. Allen finder, at et akut kejsersnit er estimeret til at koste \$ 2137 og planlagt kejsersnit er opgjort til at koste \$ 1532 (88).

7.1 Andre studier

Resultater af de udenlandske studier, der har opgjort de marginale omkostninger ved planlagt vaginale fødsler relativt til planlagte kejsersnit, kan ikke direkte overføres til danske forhold, da organiseringen af sundhedsvæsenet kan have stor indflydelse på omkostningsstrukturen. Men Bost (89) finder på baggrund af amerikanske data, at en gennemsnitlig vaginal fødsel kun er 0,2% billigere end et planlagt kejsersnit, hvilket for praktiske formål er omkostningsneutral. Bost finder endvidere, at en vaginal fødsel uden Oxytocin (bruges oftest til at stimulere veer under fødslen ved vesvækkelse) og epidural anæstesi er 15% billigere for førstegangsfødende og 20% billigere for flergangsfødende i forhold til det planlagte kejsersnit. Denne forskel udlignes dog for førstegangsfødende kvinder hvis de får Oxytocin og den vaginale fødsel bliver dyrere end det planlagt kejsersnit, hvis den fødende får epidural anæstesi. Et bredere litteraturstudie om omkostninger ved forskellige måder at føde på, baseret på studier fra 1991-1999 (90), opgør, at kejsersnit på moders ønske koster mellem £ 1750 og £ 14 063, mens en planlagt vaginal fødsel er opgjort til at koste mellem £ 629 og £ 5012. Det bemærkes dog, at mange af de medgåede omkostningsstudier er af ringe kvalitet.

7.2 Metode

Da der er tvivl om DRG-taksternes relevans, tager beregning af omkostningerne udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Omkostningsdatabasen indeholder i princippet individbaserede omkostningsforløb for alle sygehusforløb i Danmark. Databasen udgør normalt også beregningsgrundlag for DRG-takster. Fordelen ved at tage direkte udgangspunkt i omkostningsdatabasen frem for DRG-taksterne er, at patientgruppen bedre kan tilpasses de specifikke spørgsmål, dvs. meromkostningen ved planlagte kejsersnit relativt til planlagte vaginale fødsler. Relevante patientgrupper blev derfor identificeret ved at lave udtræk fra fødselsdatabasen, hvorefter kvinderne blev

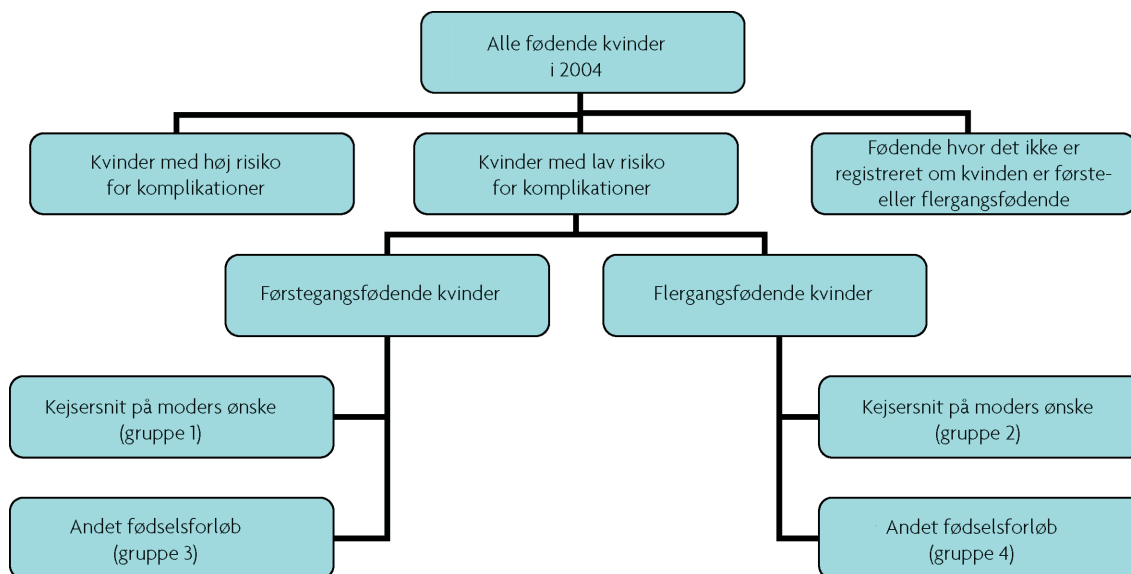
fulgt i Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Brugen af data fra omkostningsdatabase til dette formål er dog langt fra uproblematisk, da forskellig registreringspraksis på de enkelte sygehusafdelinger kan påvirke resultatet meget. Usikkerheden understreges af, at Sundhedsstyrelsens DRG-enhed har valgt ikke at fastsætte taksterne i MDC14 (fødsel, barsel og sygdomme under svangerskabet) på basis af oplysningerne i omkostningsdatabase, da det vurderes, at omkostningsdatabase ikke giver et retvisende billede af niveauet og den variation, som er mellem DRG-grupperne. Derfor skal resultaterne tolkes med megen forsigtighed.

For kun at vurdere de cases, hvor kejsersnit på moders ønske har en reel betydning for behandlingsvalget, medtages kun kvinder der har lav risiko for komplikationer, dvs. hvor kejsersnit ikke alligevel havde været det naturlige behandlingsvalg. Her anvendes samme kriterier som i teknologifasnet.

- Må kun føde et barn (singleton)
- Barnet må ikke have misdannelser
- Moderen må ikke have nogen medicinske sygdomme
- Der må ikke være graviditetskomplikationer
- Gestationsalderen skal minimum være 37 uger og barnet skal veje mere end 2.500 gram
- Moderen skal være mere end 18 år og mindre end 40 år.

Da bl.a. Bost (89) finder, at der er forskel i omkostninger for hhv. første- og flergangsfødende, analyseres grupperne separat. Desuden vil kvinder, der tidligere har fået foretaget et kejsersnit, oftere efterfølgende få et kejsersnit, hvorfor beslutningen om et planlagt kejsersnit ofte vil påvirke et evt. fremtidigt behandlingsforløb, og dermed også de samlede fremtidige omkostninger. Registreringen af, hvorvidt kejsersnittet er foretaget på moders ønske, er så ny, at det ikke har været muligt at beregne konsekvenserne for efterfølgende fødselsforløb. Tilsvarende er der kun anvendt data fra 2004, da registreringen først da vurderes som rimelig komplet. Gruppen, hvor det ikke er muligt at afgøre, hvorvidt det er førstegangsfødende eller flergangsfødende, udelades fra beregningerne. Opdelingen er illustreret i figur 7.1.

FIGUR 7 Grupperingslogik for omkostningsberegningerne



Således er marginalomkostningen for kejsersnit på moders ønske i forhold til et alternativt fødselsforløb for førstegangsfødende differencen mellem gennemsnitsomkostningerne i gruppe 1 og 3. For flergangsfødende er samme marginalomkostning differencen i gennemsnitsomkostningerne for gruppe 2 og 4.

7.3 Resultater

I tabel 7.1 er data fra omkostningsdatabasen for de enkelte sygehuse og gennemsnittet præsenteret. Grupperne 1-4 repræsenterer de 4 nummererede grupper fra figur 7.1, og »Gennemsnitsomkostning« er baseret på data fra omkostningsdatabasen for samme grupper. Som det kan ses af tabellen, er der ganske mange og store variationer mellem de enkelte sygehuse. Disse forskelle kan næppe tolkes som et udtryk for egentlige produktivitetforskelle mellem de enkelte sygehuse, men bør nok i højere grad ses som udtryk for forskellig registreringspraksis. Dette gør også, at man bør være meget påpasselig med at tolke på niveauet for omkostninger, men man bør primært fokusere på forskelle i omkostningerne, men også her kan tolkningen være vanskelig, da registreringspraksis kan være forskellig på forskellige afdelinger. På grund af forbehold over for datakvaliteten, er det heller ikke søgt at analysere i forhold til sygehusstørrelse mv. Men selv med de nævnte forbehold i mente, er mønstret i data alligevel interessant og i god tråd med de udenlandske studier. Omkostningerne for førstegangsfødende i de to kategorier er større end for flergangsfødende, og omkostningen ved kejsersnit er svagt mindre end ved en påtænkt vaginalfødsel for førstegangsfødende, mens billedet er modsat for de flergangsfødende.

TABEL 7.1
Gennemsnitsomkostninger for kejsersnit på mors ønske og andet fødselsforløb ved danske fødeafdelinger

	Antal kvinder i grupperne					Gennemsnitsomkostning			
	1	2	3	4	Kvinder i alt	1	2	3	4
	K' på mors ønske		Andet forløb			K' på mors ønske		Andet forløb	
	1.x	Fler x	1. x	Fler x	1. x	Fler x	1. x	Fler x	
Aalborg Sygehus	–	35	969	1.363	2.367	–	19.682	17.398	8.625
Bornholms Centralsygehus	–	2	85	174	261	–	18.683	18.435	14.483
Fredericia Sygehus	1	5	229	528	763	23.819	16.980	24.797	14.562
Frederiksberg Hospital	17	16	799	559	1.391	11.272	9.533	10.830	6.758
Frederiksborg Amts Sund.væsen	–	26	671	1.122	1.819	–	19.535	17.807	10.651
Haderslev Sygehus	–	–	305	529	834	–	–	19.482	14.434
Herning Sygehus	3	16	353	627	999	19.310	22.011	18.247	7.977
Holstebro Sygehus	1	14	347	603	965	15.139	17.682	29.950	20.009
Horsens Sygehus	2	10	578	942	1.532	15.483	14.045	23.944	17.224
Hvidovre Hospital	26	86	1.812	1.380	3.304	9.052	8.923	11.417	8.737
Kbh. Amts Sygehus i Gentofte	13	53	614	833	1.513	27.423	18.863	20.125	14.076
Kbh. Amts Sygehus i Glostrup	1	11	435	771	1.218	25.773	13.277	15.401	11.203
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	5	25	514	953	1.497	34.982	21.615	19.626	11.739
Kolding Sygehus	–	–	568	880	1.448	–	–	17.453	10.063
Odense Universitetshospital	5	17	800	1.018	1.840	10.429	13.688	26.238	20.938
Rigshospitalet	1	6	1.144	814	1.965	30.485	22.918	25.016	18.451
Ringkøbing Sygehus	1	–	115	214	330	41.073	–	29.503	12.627
Roskilde Amts Sygehus	7	52	728	1.147	1.934	17.743	17.359	15.660	9.990
Samsø Sygehus, Samsø	–	–	4	8	12	–	–	22.827	8.243
Silkeborg Centralsygehus	6	21	395	618	1.040	24.843	19.987	20.676	10.184
Skejby Sygehus	8	29	1.454	1.752	3.243	38.849	31.557	32.432	12.263
Storstrømmens Sygehus	3	16	441	495	955	23.173	19.525	24.669	18.588
Sydvestjysk Sygehus	5	23	656	1.002	1.686	25.330	17.499	21.514	11.805
Sygehus Fyn	–	8	399	557	964	–	6.753	13.986	9.148
Sygehus NORD, Nykøbing Thisted	–	2	192	369	563	–	37.315	34.617	15.247
Sygehus Vendsyssel	7	15	434	714	1.170	23.845	26.838	20.730	14.205
Sygehus Vestsjælland	–	10	615	1.207	1.832	–	12.616	20.084	11.765
Sygehus Viborg	3	35	542	903	1.483	27.659	24.277	25.221	12.869
Sønderborg Sygehus	–	1	478	733	1.212	–	10.735	16.521	10.418
I alt/gennemsnit	115	534	16.676	22.815	40.140	19.703	17.801	20.449	12.482

Gennemsnitsomkostningen forbundet med særlig kejsersnit på moders ønske for førstegangsfødende er baseret på meget få data med ganske stor spredning. Trods dette, er gennemsnitsomkostningen ikke så forskellig fra kejsersnit på moders ønske for flergangsfødende, og afviger i den forventede retning. Datagrundlaget for de planlagte vaginale fødsler er betydeligt større, men også her er

spredningen i data ganske stor, men igen findes, at omkostningen for de flergangsfødende er lavere end for førstegangsfødende. Gennemsnitsomkostningen for et påbegyndt vaginalt forløb for førstegangsfødende er jf. tabel 7.1 lidt højere end for et planlagt kejsersnit, men for flergangsfødende er det påbegyndte vaginale det klart billigste.

Trods usikkerheden forbundet med udtrækket fra omkostningsdatabasen, støtter de danske data altså de internationale resultater. Data viser, at det ikke synes mere ressourcekrævende at tilbyde et kejsersnit på moders ønske for en førstegangsfødende frem for et planlagt vaginalt forløb, men at omkostningen er større for de flergangsfødende, da omkostningsreduktionen for flergangsfødende er mere betydelig ved de vaginale forløb end for kejsersnit på moders ønske. Groft estimeret ville meromkostningen, baseret på udtrækket fra omkostningsdatabasen, være sådan, at hvis alle der i dag vælger et vaginalt forløb valgte et kejsersnit på moders ønske, så ville det medføre årlige meromkostninger på ca. 120 mio. kr. Dette scenario er dog særdeles urealistisk, men kan danne udgangspunkt for beregninger ved andre antagelser, f.eks. hvis det antages at 5 procentpoint flere fravælger vaginale forløb til fordel for et kejsersnit på moders ønske, så ville de årlige merudgifter for samfundet være ca. 6 mio. kr.

7.4 Sammenfatning

Data fra omkostningsdatabasen for fødsler er forbundet med meget stor usikkerhed, hvorfor resultaterne er forbundet med samme usikkerhed. Trods dette, er de danske resultater i god overensstemmelse med de internationale studier, og størrelsesordenen af omkostningsestimaterne for de forskellige grupper er i god overensstemmelse med det, man ville forvente *a priori*. Resultatet af udtrækket fra omkostningsdatabasen er, at det koster i størrelsesordenen 5000 kr. mere pr. kejsersnit i forhold til et vaginalt forløb for flergangsfødende, mens der ikke er nogen synlige ekstraomkostninger for førstegangsfødende. Det er dog et åbent spørgsmål om denne meromkostning i praksis kunne reduceres væsentligt, hvis f.eks. kejsersnit uden klinisk indikation blev fjernet som en mulighed, da denne gruppe kvinder formodentligt alternativt vil efterspørge mere smertelindring end den gennemsnitlige kvinde, der ville føde vaginalt, ligesom gruppen af flergangsfødende, der får kejsersnit på mors ønske, adskiller sig fra den store gruppe af flergangsfødende ved hyppigere at have haft et kompliceret forløb første gang, hvorfor de hyppigere oplever komplikationer ved den næste fødsel. De estimerede årlige samfundsmæssige meromkostninger, på baggrund af gennemsnitsomkostningerne fra omkostningsdatabasen ved en hypotetisk øgning på 5 procentpoint hos de, der efterspørger kejsersnit på moders ønske, er ca. 6 mio. kr.

8 Perspektivering/anbefaling

Frekvensen af kejsersnit er steget betydeligt gennem de senere år. Dette har haft politikeres og pressens bevågenhed, og der synes at have været en antagelse om, at dette primært skyldtes, at flere kvinder fik udført kejsersnit på eget ønske. Årsagen til stigningen har imidlertid bl.a. været en ændret sammensætning af populationen af fødende kvinder og en udvidelse af indikationsområdet for kejsersnit og skyldes kun i mindre omfang, at kejsersnit udføres på kvindens ønske. Desuden må også antages, at en ændret holdning til kejsersnit blandt sundhedspersonale og gravide har haft betydning for stigningen.

Dette projekt er gennemført som en såkaldt hurtig MTV (HMTV). Det har betydet begrænsning i den tid, der har været til rådighed for arbejdet. Derudover har det vist sig, at der i høj grad mangler tilgængelig viden på området. Som allerede nævnt flere gange er problemstillingen omkring kejsersnit på moders ønske meget kompleks, og en gennemgribende analyse af alle relevante elementer har derfor ikke været mulig her. Trods dette er man kommet til klarhed om en række væsentlige elementer i problematikken.

8.1 Etik og jura

Såvel etisk som lovgivningsmæssigt er kejsersnit på moders ønske ikke en *rettighed*, som kvinden har, og heller ikke en *forpligtelse*, som sundhedsvæsenet har. Derimod synes der ofte at være en god grund til ønsket om kejsersnit, selvom det ikke altid er klinisk/medicinsk betinget. Et væsentligt etisk element er barnets versus moderens tarv. Det kan være overordentlig vanskeligt at afveje fordele og ulemper for moderen mod fordele og ulemper for barnet. Den etiske analyse når frem til, at det er vigtigt at bibringe den vordende moder forståelse af det hensigtsmæssige i den vaginale fødsel, når der ikke findes medicinske grunde til andet.

8.2 Risiko

Det afgørende punkt i vurderingen af, hvilken fødselsmåde der bør gennemføres er vurderingen af risici, og det er derfor afgørende, at de vordende mødre er opmærksomme på de risici, der måtte være forbundet med henholdsvis kejsersnit og vaginal fødsel, dels for moderen og dels for barnet. Disse risici er forskellige fra kvinde til kvinde og fra fødsel til fødsel, og en del af disse risici er ikke tilstrækkelig belyst. Et væsentligt element er, at man ikke blot skal tage højde for den aktuelle graviditet og fødsel, men også tænke på den effekt et kejsersnit vil have på kommende graviditeter og fødsler. F.eks. vil muligheden for ukompliceret at kunne føde vaginalt i en senere graviditet være mindre, hvis man tidligere har fået foretaget kejsersnit.

8.3 Information

Informationen til den vordende moder bliver hermed essentiel. Hvis hun skal kunne træffe den rette afgørelse med hensyn til fødselsmåde, bør hun kende til og forstå de forskellige risici, der er forbundet med de to fødselsmåder. Forskellige informationsmodeller har været prøvet på de forskellige sygehuse, mundtlig og skriftlig information, én eller flere samtaler, med eller uden fødselsaftaler (som igen kan være mundtlige eller skriftlige). Der er behov for mere forskning og viden på dette område, da virkningen af de forskellige modeller er ukendt.

8.4 Omfang

Resultaterne i undersøgelsen viser, at omfanget af kejsersnit på moders ønske er relativt begrænset. En undersøgelse på Skejby Sygehus viser tal omkring 4% af alle fødsler. I Landspatientregisteret er det knap 2% af alle fødsler, der er registreret som kejsersnit på moders ønske. Det absolutte antal, som har været registreret på landsplan ligger således omkring 1000 pr. år. Omkring 80% af de, der får kejsersnit på moders ønske er flergangsfødende. Og en meget stor del af disse (tal fra Skejby Sygehus siger omkring 93%) begrundes i en tidligere fødselsoplevelse.

8.5 Økonomi

De ekstra omkostninger (marginalomkostningerne) ved at lade kvinden føde ved kejsersnit i stedet for ved vaginal fødsel er begrænsede. For førstegangsfødende er omkostningerne stort set de samme, mens der for flergangsfødende er tale om en meromkostning i størrelsesordenen 5000 kr. pr. udført kejsersnit på moders ønske. Da en række af de kejsersnit, der udføres på moders ønske, potentielt kunne være endt med akut kejsersnit i alle tilfælde, bliver den reelle udgift formentlig endnu mindre. Det lader sig næppe gøre at beregne dette præcist. Da antallet af kvinder, der føder ved kejsersnit på moders ønske, er relativt lavt, er den økonomiske betydning også begrænset.

8.6 Årsag til ønsket

Der er to delelementer, som man med nytte kan adskille, nemlig *årsagen* til at den gravide eller parret ønsker kejsersnit, og *konsekvensen* af at de ønsker kejsersnit.

Det kan være nok så interessant at se på konsekvenserne af kejsersnit på moders ønske, som det er gjort i denne rapport, herunder antal kejsersnit på moders ønske og risikoprofil ved denne fødselsmåde i forhold til den vaginale. Det er dog væsentligt at fokusere på, at man vil kunne påvirke efterspørgslen efter kejsersnit på moders ønske, hvis man kan sætte ind i forhold til de elementer, som er årsag til ønsket.

En af de væsentligste begrundelser for et ønske om kejsersnit er en tidligere dårlig fødselsoplevelse eller en kompliceret fødsel. Hvis man vil forebygge ønsket om kejsersnit, er det en mulighed at koncentrere sig om at opnå bedre fødselsforløb, især ved den første fødsel, så det ikke munder ud i et ønske om kejsersnit ved næste graviditet. Ønsket om gode fødselsforløb gælder naturligvis også for flergangsfødende. Kulturen omkring den vaginale fødsel: ro, opmærksomhed, nærvær, information og sammenhæng i forløbet har en væsentlig betydning for fødselsoplevelsen, og opnåelsen af en god fødsel kræver derfor opmærksomhed omkring svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsens retningslinjer og redegørelse på området berører bl.a. disse kulturelle aspekter ved fødslen (86). Desuden er det relevant med øget opmærksomhed på og forskning i, hvordan intervention under den vaginale fødsel bliver så god som mulig og får de bedst mulige vilkår, også i tilfælde, hvor indgreb er nødvendige.

8.7 Mulighed for ændring af praksis

På baggrund af den viden, der er samlet i rapporten, er det relevant at overveje, hvorvidt praksis kan ændres ved hjælp af retningslinjer eller lignende. Det er centralt at bemærke, at en stor del af de kejsersnit, som gennemføres på moders ønske, er grænsetilfælde, hvad angår indikationen. Det er en individuel klinisk vurdering af risiko, som afgør, om ønsket kan opfattes som en medicinsk indikation eller ej, og dette individuelle skøn er vanskeligt at regulere ved hjælp af retningslinjer.

8.8 Anbefalinger

På baggrund af den tilgængelige viden er projektgruppen nået frem til følgende anbefalinger:

- Der bør gøres en yderligere indsats for at fremme forbedrede fødselsforløb, blandt andet ved at følge Sundhedsstyrelsens retningslinier på området (86). Her fremhæves bl.a., at der bør være kontinuerlig tilstedeværelse af jordemoder under fødslen, og at der bør gennemføres efterfødsels-samtaler med henblik på at drøfte hele graviditets-, fødsels- og barselsforløbet.
- En mere ensartet registrering af kejsersnit på moders ønske er ønskelig. Dette kan gøres gennem en mere ensartet afgrænsning. Projektgruppen anbefaler, at lægen på baggrund af en samlet risikovurdering lader spørgsmålet »Ville obstetrikeren fraråde vaginal fødsel« være afgrænsningen mellem »moders ønske« og anden indikation.
- Alle fødeafdelinger bør anvende tillægskoden for »patientens ønske« og benytte den i relevante tilfælde.
- Der bør lægges vægt på grundig og saglig information til de vordende mødre, og der bør forskes mere i informationsproblematikken på dette område.
- Man bør i de relevante tilfælde forsøge at overbevise kvinden om at føde vaginalt, hvis der ikke er grunde til det modsatte.
- Hvis kvinden fastholder sit ønske, bør hun tilbydes kejsersnit, hvis der ikke er grunde til det modsatte.
- Hvis lægen finder, at det er i modstrid med moders og/eller barns tarv, kan denne informere den gravide om muligheden for en *second opinion*.
- Der bør forskes yderligere i, hvordan skader under den vaginale fødsel kan mindskes og i selve den vaginale fødselsproces.
- Der bør forskes yderligere i, hvilke kvinder det er, der efterspørger kejsersnit.
- Der bør forskes yderligere i de medicinske konsekvenser af valget af kejsersnit, specielt med hensyn til den mulige risiko for komplikationer som intrauterin fosterdød og placenta prævia i de efterfølgende graviditeter.

Bilag

Bilag 1 Litteratursøgning teknologi og patient

Nedenfor er søgestrategier gengivet i resuméform. Selve søgeprotokollen for teknologi- og patientaspektet med beskrivelser af søgestrategier og resultater kan hentes i særskilt dokument på CEMTVs hjemmeside (<http://www.cemtv.dk>).

Der er i første omgang søgt efter sekundær litteratur, dvs. systematiske gennemgange og vurderinger af publiceret materiale, f.eks. systematiske reviews, kliniske vejledninger og MTV rapporter. Den sekundære litteratur er søgt i/hos HTA Database, Cochrane Library, Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Health Services Technology Assessment Texts, National Electronic Library for Health: Guidelines Finder, National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, Agency for Healthcare Research and Quality, National Institute for Health and Clinical Excellence, DanBib, den svenske Socialstyrelsen, DSI Institut for Sundhedvæsen, TRIP+ Database m.fl.

Dernæst er der lavet en række søgninger efter primær litteratur, dvs. videnskabelige originalartikler i form af f.eks. kohorteundersøgelser, observationsstudier etc. Disse søgninger er foretaget i Medline, Embase, PsycINFO og Social SciSearch. Der er søgt på forskellige synonymmer for kejsersnit og vaginal fødsel i kombination med synonymmer for »det ønskede« og »det planlagte«. Resultaterne af disse søgninger er herefter kombineret med ord for de omhandlede komplikationer/problemer (fødselskomplikationer, morbiditet i efterfølgende graviditeter, morbiditet på langt sigt hos moderen, komplikationer hos barnet, problemer i forhold til amning, smerter, træthed, depression, sex, fødselsoplevelse, etik, mor-barn-relationen etc.)

Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger

Anbefaling	Evidensniveau	Behandling/forebyggelse	Prognose	Diagnose	Sundhedsøkonomisk analyse	
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af prospektive kohorte studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier.	
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg.	Prospektivt kohortestudie med >80% follow-up.	Uafhængig blind sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og reference testen.	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetssanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.	
	1c	Absolut effekt. (≠Alt eller intet*)	Absolut effekt (≠Alt eller intet*)	»Patognomiske« testresultater.	Klart god eller bedre, men billigere. Klart dårlig eller værre, men dyrere. Klart bedre eller værre, men til samme pris.	
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier.	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 diagnostiske studier.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier.	
	2b	Kohortestudie.	Retrospektivt kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Uafhængig sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten; eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetssanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.	
	2c	Databasestudier.	Databasestudier.			
	3a	Systematisk review af case-control undersøgelser.				
	3b	Case-control undersøgelse.		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Analysen uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitetssanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.	
	4	Opgørelser, kasuistikker.	Opgørelser, kasuistikker.	Referencetesten er ikke anvendt blindt og uafhængigt.	Analyse uden sensitivitetssanalyse.	
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tomme-fingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tomme-fingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på økonomisk teori.		

Udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations" (May 2001) http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#levels

Bilag 3 Interviewguide organisation

Intro

- Præsentation
- DSI
- Undersøgelsen og baggrund (CEMTV og projektgruppe)
- Interview
- Minidiskoptager
- Referat
- Tavshedspligt
- Godkendelse
- Interviewets struktur
- Interviewpersonernes rolle
- Eventuelle spørgsmål

Præsentation

Kort præsentation af:

- Alder
- Navn
- Stilling
- Tid i afdelingen

Casevalg

Hvorfor tror I, at I er blevet udvalgt til at deltage i undersøgelsen?

Hvad gør jeres afdeling interessant?

Sammenlignet med andre afdelinger, hvad adskiller jeres afdeling fra andre afdelinger?

Organisation

Hvordan er afdelingen placeret i sygehusets organisation?

Hvordan er afdelingen organiseret?

Hvilke afdelinger er inddraget (kirurgisk/obstetrisk)?

Patientflow

Hvilke afdeling(er) kommer patienterne i kontakt med ved vaginal fødsel?

Hvilke afdeling(er) kommer patienterne i kontakt med ved kejsersnit uden klinisk indikation?

Hvad betyder den stigende antal kejsersnit – herunder kejsersnit på moders ønske for jeres arbejdstilrettelæggelse?

Fordeling af lejer?

Hvordan allokeres lejerne (her behov for en meget detaljeret beskrivelse)?

Hvem er involveret? Hvem bestemmer?

Har det stigende andel kejsersnit medført nogle ændringer – eller har ændringer været diskuteret?

Hvordan har evt. ændringer virket – positivt/negativt?

I tilfælde af faste dage – hvad betyder det for optimal tilrettelæggelse i forhold til termin?

Hvordan synes I det fungerer i hverdagen?

Hvilke konflikter har beslaglæggelsen af flere lejer evt. skabt?

Den syge kontra den raske mor – er det et emne der har været diskuteret?

Er det sengelejer, anæstesi-læger, andet personale, dårlig logistik, som er den primære begrænsning i kapaciteten?

Hvad sker der efter barnet er født – kejsersnit versus vaginal fødsel?

Beskrivelse

Holdninger til mor-barn forholdet og faderens involvering?

Indgår beskrivelsen af efterforløbet på sygehuset, som en del af informationen ved kejsersnit på moders ønske?

Evt. konflikter/problemer?

Beredskab og Uddannelse

Har/vil flere kejsersnit betydet noget for beredskabet?

- Jordemødre
- Obstetrikere
- Andet

Har/vil flere kejsersnit betydet noget for uddannelsestilrettelæggelsen?

- Jordemødre
- Obstetrikere
- Andre

Personalets rolle/arbejds miljø/det gode arbejde

Har det sigende antal kejsersnit ændret rolle og arbejdstilfredshed ved kejsersnit versus vaginal fødsel?

- Jordemødre
- Obstetrikere
- Andre

Teknologiske glidning

Hvilken rolle har den teknologiske udvikling haft for holdningen til kejsersnit på moders opfordring?

- Jordemødre
- Obstetrikere
- Andre

Økonomi og frit sygehusvalg

Hvad har det frie sygehusvalg betydet, for udførelsen af kejsersnit på moders ønske?

Har den (DRG) økonomiske afregning nogen betydning for afdelingens holdning til kejsersnit på kvindens opfordring? (evt. i forhold til holdningen til fødselsforberedelse)

Fremtid

Hvordan ser I fremtiden for kejsersnit på moders ønske?

Afsluttende

Er der noget I gerne vil tilføje?

Er der nogle emner, vi ikke har været inde på, og som I synes skal med?

Evt. spørgsmål til personlig holdning til kejsersnit uden klinisk indikation

Outro

- Tak for i dag
- Interviewreferat inden for 14 dage, ØNSKER HURTIG tilbagemelding
- Rapport til afdelingen i begyndelsen af det nye år.

Litteraturen som er anvendt i økonomiafsnittet er fundet gennem en litteratursøgning i flere forskellige databaser. Søgningerne blev kun foretaget på engelsk og dansk. Der blev indledningsvis søgt i DSI bibliotekets database. Her blev der søgt i fritekst med kejsersnit som emneord, hvilket ikke gav nogle relevante referencer. Emneordene fødselsbistand og kirurgi gav 43 hits, og emneordene fødselsbistand og organisation gav 61 hits. I Medline/PubMed (1995-) er MeSH termerne Choise Behavior og Cesarean Section anvendt, hvilket gav 43 hits. Søgningen blev gentaget med andre MeSH termer; Delivery, Obstetrics og Cesarean Section samt Organization og Administration. Dette gav i alt 649 hits. I Embase (1994-) blev der søgt med søgeordene casarean-section/ all subheadings og decision-making/ all subheadings, dette resulterede i fundet af 107 referencer. Samt cesarean.section/ all subheadings og explode delivery/ all subheadings og treatment-planning/ all subheadings gav 216 hits, og cesarean section/ all subheadings og explode delivery/ all subheadings og explode organization-and-management/ all subheadings identificerede 693 referencer. Herefter blev der foretaget en søgning i York-baserne DARE, NHS EED og HTA. Der blev søgt på cesarean section, hvilket gav 123 hits. I Ugeskrift for Læger blev der foretaget en søgning på Kejsersnit og dette resulterede i 106 referencer. Den sidste søgning blev foretaget i DanBib/Netpunkt. Her blev søgeordet Kejsersnit anvendt og det gav 146 referencer. På baggrund af titler og abstracts blev der identificeret 34 umiddelbart interessante artikler, men en del af de artikler blev dækket af et litteraturstudie, hvorfor disse blev fravalgt. Således viste kun tre artikler sig som egentlig relevante for den specifikke problemstilling.

Bilag 5 Hvordan udføres kejsersnit i Danmark

I Danmark udføres kejsersnit stort set ens over hele landet. Der er således udarbejdet guidelines herfor: Sandbjerg Guidelines »Operationsteknik og antibiotika ved kejsersnit« (2001) (91) samt »Sectio 1 vs. 2 lag« (2003) (92). Proceduren kan naturligvis variere i den konkrete situation, men som helhed gås frem efter en model svarende til følgende beskrivelse:

Møder fastende på operationsdagen

Ved et planlagt kejsersnit møder den gravide typisk til forundersøgelse dagen før med henblik på blodprøvetagning, samtale med narkoselæge og jordemoder/obstetriker.

Den gravide møder herefter fastende på operationsdagen. Partneren vil sædvanligvis kunne være med til kejsersnittet.

Deltagende personale

Ved et planlagt kejsersnit vil typisk være personale på stuen: Anæstesi­læge og anæstesi­sygeplejerske, 2 operationssygeplejersker (en assisterer ved operationen, en er 'på gulvet'), 2 obstetriske læger, 1 jordemoder.

På operationsstuen gøres diverse forberedelser, der anlægges drop, den gravide tilkobles et over­vågningssystem med kontrol af hjertefunktion og vejrtrækning.

Næsten alle, der får foretaget et planlagt kejsersnit, bedøves med en eller anden form for regional bedøvelse, således at den gravide er vågen under indgrebet. I de fleste tilfælde er der tale om en bedøvelse, der lægges ved et stik i ryggen, hyppigst i form af en spinal bedøvelse, sjældnere i form af en epidural bedøvelse. Forskellen er, at den spinale bedøvelse virker i løbet af få minutter efter anlæggelse, mens epi-duralblokaden kræver lidt længere tid for at slå an.

Fuld bedøvelse anses for uhensigtsmæssig, medmindre der foreligger kontraindikation mod spinal-/epidural-blokaden, da kvinden dels ikke kan være vågen, mens hun føder sit barn, dels fordi fuld bedøvelse af gravide er forbundet med en øget risiko for komplikationer. Derfor udføres planlagt kejsersnit kun i meget få tilfælde i fuld bedøvelse.

Herefter oplægges et kateter i blæren for at sikre, at blæren er tømt under operationen, da blæren ligger tæt på livmoderen og især på det sted, hvor snittet lægges. Herved modvirkes risikoen for at man læderer blæren i forbindelse med operationen.

Afvaskning og afdækning

For at forebygge infektion desinficeres huden på den gravides mave, hvorefter der anlægges en operationsafdækning. Herefter er alt klar til selve kejsersnittet.

Operativ teknik

Operationen udføres sædvanligvis af 2 obstetriske læger, der assisteres af en operationssygeplejerske. Efter barnets fremhjælpning overgives det til en jordemoder, mens lægerne fuldfører operationen.

Sandbjerg guidelines (91) anbefaler, at kejsersnit udføres efter 'Misgav Ladach' metoden, da metoden udover at være tids- og ressourcebesparende også er enkel og synes at mindske den postoperative morbiditet.

Incisionen i huden lægges på tværs ca. 3 fingerbredder over symfy­sen (skambenet). Herefter incidere­res fascien, der åbnes til peritonæum (bughinden), idet indgrebet i betydeligt omfang foregår atrau­matisk.

Der åbnes til livmoderen på tværs, svarende til overgangen mellem den nedre og den øvre del, incisionen udvides digitalt, hvorefter barnet fødes, idet assistenten skubber barnet nedad ved et tryk på toppen af livmoderen.

Navlesnoren underbindes og klippes, og barnet overgives til jordemoderen.

For at forebygge større blødning gives medicin, der virker sammentrækkende på livmoderen.

Moderkagen fødes efterfølgende, evt. ved let træk i navlesnoren og/eller ekstern kompression af uterus (fjernes evt. manuelt ved rigelig blødning). Livmoderen føles efter for evt. efterladte rester af moderkagen.

Livmoderen sys i ét lag fortløbende, evt. 2 lag, hvis det er nødvendigt for at få blødningen til at ophøre.

Endelig lukkes bugvæggen, idet fascien sys, underhuden sys evt. hvis >2 cm og huden lukkes med klips eller sys intracutant.

Herefter soignerer kvinden, hvorefter hun kan overflyttes til postoperativ observation.

Antibiotikaprofylakse

De fleste afdelinger giver rutinemæssigt engangsdosis af antibiotika efter barnets fødsel som infektionsprofylakse.

Varighed

Varigheden af et ukompliceret planlagt kejsersnit ligger oftest på ca. 20 minutter og sjældent over 30 minutter.

Postoperativt regime

Den nybagte mor overføres til en opvågningsafdeling eller anden afdeling, hvor hun kan observeres nøje de første timer efter kejsersnittet for at sikre at tilstanden er stabil og til bedøvelsen er ophørt med at virke. Det tilstræbes, at kvinden kan være sammen med barn og mand.

Til barselsafdeling

Efter et par timer kan mor og barn overflyttes til barselsafdelingen. Her arbejdes i tiltagende grad med at indføre accelererede postoperative forløb, karakteriseret ved hurtig mobilisering og god smertedækning, da det er vist at det reducerer forekomsten af postoperative komplikationer.

Mens det mange steder er muligt for faderen at blive på hospitalet sammen med mor og barn efter en vaginal fødsel, er det endnu kun muligt for faderen at være indlagt sammen med moderen efter komplicerede fødsler/kejsersnit på enkelte fødeafdelinger. Jævnfør undersøgelsen »Den Gode Fødsel« (84) er det et forhold, som opleves belastende for den nybagte familie og et område, hvor der efterspørges forbedringer.

Analgetika

Kvinden opfordres til at bede om smertestillende behandling, idet hurtig mobilisering forudsætter en god smertedækning. Behovet for smertelindring er imidlertid ofte meget begrænset efter de første 1-2 døgn, hvorefter en stor del af kvinderne kan klare sig med medicin som f.eks. paracetamol.

Indlæggelsesvarighed

For fødesteder, der tilbyder førstegangsfødende ophold op til 5 dage, vil dette tilbud typisk også omfatte kvinder, der har født ved kejsersnit. Er det kejsersnittet, der bestemmer længden af ophold i afdelingen, vil dette ligge på ca. 3-5 dage, idet man i forbindelse med de accelererede forløb ofte udskriver kvinden på 3. dag.

Hvis huden er lukket med klips kan disse fjernes efter 5 dage hos egen læge. Intracutan sutur kan oftest efterlades.

Bilag 6 Tabeldata

Nedenstående tabel viser udviklingen i kejsersnit fordelt på forskellige årsager til dette. Først er flerfoldsfødsler gjort op. Derefter er Sædefødsler gjort op. Herefter er kejsersnit under selve fødslen (minus de allerede opgjorte flerfolds- og sædefødsler) gjort op. Herefter følger »resten« af planlagte sectio. Og til sidst de resterende fødsler, som da er vaginale.

Udvikling i kejsersnit i pct. af alle fødsler for udvalgte grupper af fødende fra 1982 til 1. halvår 2005

År	Kategori										Sum	År	
	Flerfold		Sædefødsel		Sectio under fødsel		Planlagt sectio		Vaginal fødsel				Total
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%			
1982	538	1,03	2.029	3,87	1.248	2,38	2.930	5,59	45.638	87,12	52.383	1982	
1983	526	1,04	2.005	3,97	1.255	2,48	3.182	6,29	43.583	86,22	50.551	1983	
1984	574	1,12	2.077	4,04	1.289	2,51	3.359	6,53	44.150	85,81	51.449	1984	
1985	594	1,11	2.062	3,86	1.320	2,47	3.721	6,97	45.691	85,58	53.388	1985	
1986	585	1,06	2.113	3,84	1.421	2,59	3.814	6,94	47.028	85,57	54.961	1986	
1987	625	1,12	2.179	3,9	1.359	2,43	3.747	6,71	47.966	85,84	55.876	1987	
1988	674	1,15	2.332	3,99	1.411	2,41	4.077	6,98	49.955	85,47	58.449	1988	
1989	708	1,16	2.248	3,69	1.472	2,42	4.152	6,81	52.357	85,92	60.937	1989	
1990	732	1,16	2.376	3,77	1.523	2,42	4.159	6,6	54.192	86,04	62.982	1990	
1991	865	1,36	2.339	3,67	2.298	3,6	3.381	5,3	54.874	86,07	63.757	1991	
1992	955	1,42	2.345	3,5	2.386	3,56	3.687	5,5	57.703	86,03	67.076	1992	
1993	1.051	1,58	2.241	3,37	2.495	3,75	3.717	5,58	57.091	85,73	66.595	1993	
1994	1.173	1,71	2.392	3,48	2.574	3,74	3.694	5,37	58.932	85,7	68.765	1994	
1995	1.162	1,69	2.379	3,45	2.555	3,71	3.772	5,48	59.020	85,68	68.888	1995	
1996	1.247	1,87	2.532	3,8	2.440	3,66	3.572	5,36	56.886	85,32	66.677	1996	
1997	1.253	1,87	2.083	3,12	1.560	2,33	4.870	7,28	57.093	85,39	66.859	1997	
1998	1.291	1,98	2.276	3,48	1.680	2,57	4.944	7,57	55.125	84,4	65.316	1998	
1999	1.286	1,97	2.301	3,52	1.712	2,62	5.119	7,84	54.914	84,05	65.332	1999	
2000	1.308	1,98	2.316	3,5	1.908	2,88	5.597	8,46	55.012	83,17	66.141	2000	
2001	1.418	2,20	2.363	3,67	2.156	3,35	5.755	8,95	52.627	81,82	64.319	2001	
2002	1.378	2,19	2.340	3,72	2.880	4,58	5.871	9,33	50.476	80,19	62.945	2002	
2003	1.391	2,19	2.557	4,03	3.136	4,94	6.083	9,58	50.318	79,26	63.485	2003	
2004	1.429	2,25	2.464	3,88	3.613	5,69	6.242	9,82	49.785	78,36	63.533	2004	
2005	699	2,24	1.169	3,75	1.662	5,33	2.839	9,11	24.808	79,57	31.177	2005	

Tabellen nedenfor, som har dannet grundlag for figur 2.1 i kapitel 2, viser hyppigheden af de kejsersnit, som er indberettet som foretaget på moderens ønske på de enkelte sygehuse år 2002-2005. De forskellige hyppigheder af »på moders ønske« på de enkelte sygehuse afspejles ikke i afdelingernes samlede kejsersnitsfrekvens og er formentlig i højere grad begrundet i forskelle i registreringspraksis end i reelle forskelle.

Fødsler, heraf med kejsersnit og heraf på moders ønske, indberettet på tillægskoden KZYM00

Sygehus	Alle fødsler				Heraf med kejsersnit				Kejsersnit på mors ønske			
	2002 Antal	2003 Antal	2004 Antal	1-1/2 år 2005 Antal	2002 Antal	2003 Antal	2004 Antal	1-1/2 år 2005 Antal	2002 Antal	2003 Antal	2004 Antal	1-1/2 år 2005 Antal
Rigshospitalet	3.072	3.281	3.228	1.607	868	946	926	439	25	12	12	3
Hvidovre Hospital	4.988	5.182	5.415	2.677	911	1.074	1.202	553	13	160	219	80
Frederiksberg	1.799	1.877	1.923	869	295	284	325	132	3	3	51	13
KAS Gentofte	2.311	2.226	2.171	383	398	462	507	58	0	62	98	8
KAS Glostrup	2.117	2.144	1.960	1.035	295	360	332	178	1	25	21	15
KAS Herlev	2.399	2.354	2.265	1.111	331	328	389	191	27	23	46	19
Frederiksborg Amt	3.631	3.570	3.457	1.725	648	698	709	349	0	0	87	41
Roskilde	2.725	2.768	2.705	1.327	571	633	671	343	0	0	82	50
Holbæk Sygehus	1.604	1.443	1.468	772	328	344	317	170	0	4	22	5
Slagelse Sygehus	1.193	1.251	1.206	621	156	170	172	103	1	0	4	10
Næstved	1.531	1.559	1.648	845	318	328	351	168	17	34	42	17
Nykøbing F.	969	968	1.017	456	165	154	203	87	0	0	16	6
Bornholm	346	354	321	147	65	53	40	19	0	0	2	2
Odense Univ.hosp.	3.533	3.651	3.645	1.751	868	884	954	471	0	17	49	36
Ærøskøbing	-	-	-	12	-	-	-	0	-	-	-	0
Sygehus Fyn	1.079	1.151	1.192	638	226	183	222	152	0	6	9	8
Sønderborg	1.648	1.558	1.628	552	362	326	313	113	0	0	3	2
Haderslev Sygehus	906	898	944	424	112	139	107	59	0	0	0	0
Tønder Sygehus	152	64	-	-	1	1	-	-	0	0	-	-
Esbjerg	1.942	2.019	2.225	1.026	391	461	501	214	11	9	37	18
Grindsted Sygehus	502	325	-	-	78	46	-	-	0	3	-	-
Fredericia Sygehus	830	895	947	425	140	125	177	68	0	0	7	1
Horsens Sygehus	1.106	1.373	1.788	891	181	217	337	152	7	19	16	16
Kolding Sygehus	1.331	1.592	2.162	1.072	301	432	501	246	0	0	0	0
Vejle Sygehus	1.306	1.046	-	-	42	195	-	-	0	0	-	-
Holstebro Sygehus	1.071	1.225	1.209	628	131	170	166	83	0	2	18	14
Herning Sygehus	1.626	1.665	1.728	799	398	395	375	136	5	14	40	26
Ringkøbing	350	373	358	-	42	48	55	-	0	0	1	-
Lemvig Sygehus	157	50	-	-	25	9	-	-	0	0	-	-
Silkeborg	1.199	1.322	1.379	718	183	197	254	120	1	7	35	13
Århus Sygehus	1	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-
Randers	1.582	1.860	1.938	959	296	318	365	193	0	0	11	10
Odder Sygehus	811	217	-	-	129	34	-	-	0	0	-	-
Grenaa Sygehus	349	105	-	-	66	20	-	-	0	0	-	-
Samsø Sygehus	17	19	15	5	3	0	1	0	0	0	0	0
Skejby Sygehus	4.162	4.673	4.927	2.280	862	1.027	1.091	457	48	92	57	22
Sygehus Viborg	1.795	1.827	2.005	958	318	340	381	160	2	16	55	33
Skive Sygehus	170	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-
Nykøbing-Thisted	763	755	693	347	123	102	108	55	0	1	4	4
Aalborg Sygehus	3.255	3.400	3.640	1.824	577	585	617	298	31	44	68	29
Sgh. Vendsyssel	1.033	938	1.382	688	173	184	290	140	2	3	29	10
Hobro-Terndrup	344	217	-	-	17	0	-	-	0	0	-	-
Frederikshavn-Skagen	609	610	194	64	112	122	27	0	3	5	1	0
I alt	62.314	62.805	62.783	29.636	11.706	12.394	12.986	5.907	197	561	1.142	511

Fødsler, heraf med kejsersnit og heraf på moders ønske, indberettet på tillægskoden KZYM00, opgivet i %

Sygehus	Procentvis andel af kejsersnit				Pct. på mors ønske (af alle kejsersnit)			
	2002 Antal	2003 Antal	2004 Antal	1-1/2 år	2002 Antal	2003 Antal	2004 Antal	1-1/2 år
Rigshospitalet	28.3	28.8	28.7	27.3	2.9	1.3	1.3	0.7
Hvidovre Hospital	18.3	20.7	22.2	20.7	1.4	14.9	18.2	14.5
Frederiksberg	16.4	15.1	16.9	15.2	1.0	1.1	15.7	9.8
KAS Gentofte	17.2	20.8	23.4	15.1	0.0	13.4	19.3	13.8
KAS Glostrup	13.9	16.8	16.9	17.2	0.3	6.9	6.3	8.4
KAS Herlev	13.8	13.9	17.2	17.2	8.2	7.0	11.8	9.9
Frederiksborg Amt	17.8	19.6	20.5	20.2	0.0	0.0	12.3	11.7
Roskilde	21.0	22.9	24.8	25.8	0.0	0.0	12.2	14.6
Holbæk Sygehus	20.4	23.8	21.6	22.0	0.0	1.2	6.9	2.9
Slagelse Sygehus	13.1	13.6	14.3	16.6	0.6	0.0	2.3	9.7
Næstved	20.8	21.0	21.3	19.9	5.3	10.4	12.0	10.1
Nykøbing F.	17.0	15.9	20.0	19.1	0.0	0.0	7.9	6.9
Bornholm	18.8	15.0	12.5	12.9	0.0	0.0	5.0	10.5
Odense Univ.hosp.	24.6	24.2	26.2	26.9	0.0	1.9	5.1	7.6
Ærøskøbing	–	–	–	0.0	–	–	–	–
Sygehus Fyn	20.9	15.9	18.6	23.8	0.0	3.3	4.1	5.3
Sønderborg	22.0	20.9	19.2	20.5	0.0	0.0	1.0	1.8
Haderslev Sygehus	12.4	15.5	11.3	13.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Tønder Sygehus	0.7	1.6	–	–	0.0	0.0	–	–
Esbjerg	20.1	22.8	22.5	20.9	2.8	2.0	7.4	8.4
Grindsted Sygehus	15.5	14.2	–	–	0.0	6.5	–	–
Fredericia Sygehus	16.9	14.0	18.7	16.0	0.0	0.0	4.0	1.5
Horsens Sygehus	16.4	15.8	18.8	17.1	3.9	8.8	4.7	10.5
Kolding Sygehus	22.6	27.1	23.2	22.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Vejle Sygehus	18.5	18.6	–	–	0.0	0.0	–	–
Holstebro Sygehus	12.2	13.9	13.7	13.2	0.0	1.2	10.8	16.9
Herning Sygehus	24.5	23.7	21.7	17.0	1.3	3.5	10.7	19.1
Ringkøbing	12.0	12.9	15.4	–	0.0	0.0	1.8	–
Lemvig Sygehus	15.9	18.0	–	–	0.0	0.0	–	–
Silkeborg	15.3	14.9	18.4	16.7	0.5	3.6	13.8	10.8
Århus Sygehus	0.0	–	–	–	–	–	–	–
Randers	18.7	17.1	18.8	20.1	0.0	0.0	3.0	5.2
Odder Sygehus	15.9	15.7	–	–	0.0	0.0	–	–
Grenaa Sygehus	18.9	19.0	–	–	0.0	0.0	–	–
Samsø Sygehus	17.6	0.0	6.7	0.0	0.0	–	0.0	–
Skejby Sygehus	20.7	22.0	22.1	20.0	5.6	9.0	5.2	4.8
Sygehus Viborg	17.7	18.6	19.0	16.7	0.6	4.7	14.4	20.6
Skive Sygehus	0.0	–	–	–	–	–	–	–
Nykøbing-Thisted	16.1	13.5	15.6	15.9	0.0	1.0	3.7	7.3
Aalborg Sygehus	17.7	17.2	17.0	16.3	5.4	7.5	11.0	9.7
Sgh. Vendsyssel	16.7	19.6	21.0	20.3	1.2	1.6	10.0	7.1
Hobro-Terndrup	4.9	0.0	–	–	0.0	–	–	–
Frederikshavn-Skagen	18.4	20.0	13.9	0.0	2.7	4.1	3.7	–
I alt	18.8	19.7	20.7	19.9	1.7	4.5	8.8	8.7

Lavrisikofødsler 1997-1. halvår 2005 fordelt efter fødselsforløb. Antal komplikationer ved fødsel

Alle fødsler under et

	Antal fødsler med kompl.						Nævner						Pct. af alle fødsler					
	Planlagt vaginal			Planlagt sectio			Planlagt vaginal			Planlagt sectio			Planlagt vaginal			Planlagt sectio		
	Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen		
	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel
Sphinkterruptur	Fødsler i alt	11.286	6	11.280	32	379.013	29.136	349.877	20.519	2.98	0.02	3.22	0.16					
Cup/tang	Fødsler i alt	31.018	1.716	29.302	23	379.013	29.136	349.877	20.519	8.18	5.89	8.37	0.11					
Infektioner	Fødsler i alt	578	342	236	99	379.013	29.136	349.877	20.519	0.15	0.17	0.07	0.48					
Intraut. palpation/tamponad	Fødsler i alt	5.666	129	5.537	74	379.013	29.136	349.877	20.519	1.49	0.44	1.58	0.36					
Collumrifter	Fødsler i alt	731	16	715	1	379.013	29.136	349.877	20.519	0.19	0.05	0.20	0.00					
Spinal hovedpine/bloodpatch	Fødsler i alt	80	33	47	15	379.013	29.136	349.877	20.519	0.02	0.11	0.01	0.07					
Fødselsdepression	Fødsler i alt	442	78	364	0	379.013	29.136	349.877	20.519	0.12	0.27	0.10	0.00					
Sårruptur	Fødsler i alt	134	37	97	18	379.013	29.136	349.877	20.519	0.04	0.13	0.03	0.09					
Blødning/transfusionsbehov	Fødsler i alt	1.899	269	1.630	95	379.013	29.136	349.877	20.519	0.50	0.92	0.47	0.46					
Organisationer blære/tarm	Fødsler i alt	27	26	1	17	379.013	29.136	349.877	20.519	0.01	0.09	0.00	0.08					
Reoperationer	Fødsler i alt	252	86	166	49	379.013	29.136	349.877	20.519	0.07	0.30	0.05	0.24					
Ogilvie	Fødsler i alt	2	2	0	0	379.013	29.136	349.877	20.519	0.00	0.01	0.00	0.00					
Thromboemboli	Fødsler i alt	38	2	36	4	379.013	29.136	349.877	20.519	0.01	0.01	0.01	0.02					
Hysterektomi	Fødsler i alt	24	11	13	2	379.013	29.136	349.877	20.519	0.01	0.04	0.00	0.01					
B-Lynch	Fødsler i alt	13	11	2	2	379.013	29.136	349.877	20.519	0.00	0.04	0.00	0.01					
Andre komplikationer	Fødsler i alt	0	0	0	0	379.013	29.136	349.877	20.519	0.00	0.00	0.00	0.00					
Apgar <7 e. 5 min.	Fødsler i alt	1.811	470	1.341	49	379.013	29.136	349.877	20.519	0.48	1.61	0.38	0.24					
Perinatal død	Fødsler i alt	142	50	92	3	379.013	29.136	349.877	20.519	0.04	0.17	0.03	0.01					
ukompl_F	Fødsler i alt	379.013	29.136	349.877	20.519	379.013	29.136	349.877	20.519	100.0	100.0	100.0	100.0					

Lavrisikofødsler: Mors alder 20-40 år. Ingen misdannelser, ingen medicinske sygdomme, ingen graviditetskomplikationer, svangerskabslængde >= 37 uger fødselsvægt >= 2500 g.

Førstegangsfødende

	Antal fødsler med kompl.						Nævner						Pct. af alle fødsler					
	Planlagt vaginal			Hvordan forløber fødslen			Planlagt vaginal			Hvordan forløber fødslen			Planlagt vaginal			Hvordan forløber fødslen		
	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel
	Fødsler i alt	7.797	2	7.795	0	154.927	177.53	137.74	5.732	5.03	0.01	5.68	0.00	0.00				
Sphinkterruptur	Fødsler i alt	24.340	1.404	22.936	16	154.927	177.53	137.74	5.732	15.71	7.91	16.72	0.28	0.28				
Cup/tang	Fødsler i alt	437	279	158	36	154.927	177.53	137.74	5.732	0.28	1.57	0.12	0.63	0.63				
Infektioner	Fødsler i alt	3.459	81	3.378	38	154.927	177.53	137.74	5.732	2.23	0.46	2.46	0.66	0.66				
Intraut.palpation/tamponad	Fødsler i alt	483	10	473	0	154.927	177.53	137.74	5.732	0.31	0.06	0.34	0.00	0.00				
Collumrifter	Fødsler i alt	62	25	37	4	154.927	177.53	137.74	5.732	0.04	0.14	0.03	0.07	0.07				
Spinal hovedpine/bloodpatch	Fødsler i alt	286	52	234	0	154.927	177.53	137.74	5.732	0.18	0.29	0.17	0.00	0.00				
Fødselsdepression	Fødsler i alt	101	24	77	4	154.927	177.53	137.74	5.732	0.07	0.14	0.06	0.07	0.07				
Sårruptur	Fødsler i alt	1418	201	1.217	30	154.927	177.53	137.74	5.732	0.92	1.13	0.89	0.52	0.52				
Blødning/transfusionsbehov	Fødsler i alt	12	12	0	3	154.927	177.53	137.74	5.732	0.01	0.07	0.00	0.05	0.05				
Organlæsioner blære/tarm	Fødsler i alt	168	54	114	22	154.927	177.53	137.74	5.732	0.11	0.30	0.08	0.38	0.38				
Reoperationer	Fødsler i alt	0	0	0	0	154.927	177.53	137.74	5.732	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00				
Ogilvie	Fødsler i alt	14	1	13	1	154.927	177.53	137.74	5.732	0.01	0.01	0.01	0.02	0.02				
Thromboemboli	Fødsler i alt	6	3	3	1	154.927	177.53	137.74	5.732	0.00	0.02	0.00	0.02	0.02				
Hysterektomi	Fødsler i alt	11	10	1	0	154.927	177.53	137.74	5.732	0.01	0.06	0.00	0.00	0.00				
B-Lynch	Fødsler i alt	0	0	0	0	154.927	177.53	137.74	5.732	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00				
Andre komplikationer	Fødsler i alt	1.055	290	765	12	154.927	177.53	137.74	5.732	0.68	1.63	0.56	0.21	0.21				
Apgar <7 e. 5 min.	Fødsler i alt	70	28	42	1	154.927	177.53	137.74	5.732	0.05	0.16	0.03	0.02	0.02				
Perinatal død	Fødsler i alt	154.927	177.53	137.74	5.732	154.927	177.53	137.74	5.732	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0				
ukompl_F	Fødsler i alt																	

Lavrisikofødsler: Mors alder 20-40 år, Ingen misdannelser, ingen medicinske sygdomme, ingen graviditetskomplikationer, svangerskabslængde >= 37 uger fødselsvægt > 2500 g

Flegangsfødende med tidligere kejsersnit

	Antal fødsler med kompl.						Nævner						Pct. af alle fødsler					
	Planlagt vaginal			Planlagt sectio			Planlagt vaginal			Planlagt sectio			Planlagt vaginal			Planlagt sectio		
	Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen		
	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Planlagt kejsjer	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Planlagt kejsjer	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel
Sphinkterruptur	1.047	0	1.047	4	0	4	22.792	5.583	17.209	4.59	0.00	6.08	0.00	6.08	0.04	0.00	6.08	0.04
Cup/tang	2.306	150	2.156	5	150	5	22.792	5.583	17.209	10.12	2.69	12.53	2.69	12.53	0.05	2.69	12.53	0.05
Infektioner	32	23	9	43	23	43	22.792	5.583	17.209	0.14	0.41	0.05	0.41	0.05	0.47	0.41	0.05	0.47
Intraut.palpation/tamponad	266	20	246	25	20	25	22.792	5.583	17.209	1.17	0.36	1.43	0.36	1.43	0.27	0.36	1.43	0.27
Collumififer	45	5	40	1	5	1	22.792	5.583	17.209	0.20	0.09	0.23	0.09	0.23	0.01	0.09	0.23	0.01
Spinal hovedpine/bloodpatch	7	5	2	6	5	6	22.792	5.583	17.209	0.03	0.09	0.01	0.09	0.01	0.07	0.09	0.01	0.07
Fødselsdepression	0	0	0	0	0	0	22.792	5.583	17.209	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sårruptur	12	5	7	7	5	7	22.792	5.583	17.209	0.05	0.09	0.04	0.09	0.04	0.08	0.09	0.04	0.08
Blødning/transfusionsbehov	102	35	67	33	35	33	22.792	5.583	17.209	0.45	0.63	0.39	0.63	0.39	0.36	0.63	0.39	0.36
Organlæsioner blære/tarm	10	9	1	12	9	12	22.792	5.583	17.209	0.04	0.16	0.01	0.16	0.01	0.13	0.16	0.01	0.13
Reoperationer	33	20	13	16	20	16	22.792	5.583	17.209	0.14	0.36	0.08	0.36	0.08	0.18	0.36	0.08	0.18
Ogilvie	1	1	0	0	1	0	22.792	5.583	17.209	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00
Thromboemboli	4	1	3	2	1	2	22.792	5.583	17.209	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Hysterektomi	6	2	4	0	2	0	22.792	5.583	17.209	0.03	0.04	0.02	0.04	0.02	0.00	0.04	0.02	0.00
B-Lynch	2	1	1	1	1	1	22.792	5.583	17.209	0.01	0.02	0.01	0.02	0.01	0.01	0.02	0.01	0.01
Andre komplikationer	0	0	0	0	0	0	22.792	5.583	17.209	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Apgar <7 e. 5 min.	149	66	83	20	66	20	22.792	5.583	17.209	0.65	1.18	0.48	1.18	0.48	0.22	1.18	0.48	0.22
Perinatal død	16	10	6	0	10	0	22.792	5.583	17.209	0.07	0.18	0.03	0.18	0.03	0.00	0.18	0.03	0.00
ukompl_F	22.792	5.583	17.209	9.129	5.583	9.129	22.792	5.583	17.209	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Lavrisikofødsler: Mors alder 20-40 år, Ingen misdannelser, ingen medicinske sygdomme, ingen graviditetskomplikationer, svangerskabslængde >= 37 uger fødselsvægt > 2500 g

Flegangsfødende uden tidligere kejsersnit

	Antal fødsler med kompl.						Nævner						Pct. af alle fødsler					
	Planlagt vaginal			Planlagt sectio			Planlagt vaginal			Planlagt sectio			Planlagt vaginal			Planlagt sectio		
	Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen			Hvordan forløber fødslen		
	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel	I alt	Akut kejsjer	Vaginal fødsel
Sphinkterruptur	Fødsler i alt	2.442	4	2.438	28	201.294	5.800	195.494	5.658	1.21	0.07	1.25	0.49					
Cup/tang	Fødsler i alt	4.372	162	4.210	2	201.294	5.800	195.494	5.658	2.17	2.79	2.15	0.04					
Infektioner	Fødsler i alt	109	40	69	20	201.294	5.800	195.494	5.658	0.05	0.69	0.04	0.35					
Intraut. palpation/tamponad	Fødsler i alt	1.941	28	1.913	11	201.294	5.800	195.494	5.658	0.96	0.48	0.98	0.19					
Collumrifter	Fødsler i alt	203	1	202	0	201.294	5.800	195.494	5.658	0.10	0.02	0.10	0.00					
Spinal hovedpine/blood-patch	Fødsler i alt	11	3	8	5	201.294	5.800	195.494	5.658	0.01	0.05	0.00	0.09					
Fødselsdepression	Fødsler i alt	156	26	130	0	201.294	5.800	195.494	5.658	0.08	0.45	0.07	0.00					
Sårruptur	Fødsler i alt	21	8	13	7	201.294	5.800	195.494	5.658	0.01	0.14	0.01	0.12					
Blødning/transfusionsbehov	Fødsler i alt	379	33	346	32	201.294	5.800	195.494	5.658	0.19	0.57	0.18	0.57					
Organlæsioner blære/tarm	Fødsler i alt	5	5	0	2	201.294	5.800	195.494	5.658	0.00	0.09	0.00	0.04					
Reoperationer	Fødsler i alt	51	12	39	11	201.294	5.800	195.494	5.658	0.03	0.21	0.02	0.19					
Ogilvie	Fødsler i alt	1	1	0	0	201.294	5.800	195.494	5.658	0.00	0.02	0.00	0.00					
Thromboemboli	Fødsler i alt	20	0	20	1	201.294	5.800	195.494	5.658	0.01	0.00	0.01	0.02					
Hysterektomi	Fødsler i alt	12	6	6	1	201.294	5.800	195.494	5.658	0.01	0.10	0.00	0.02					
B-Lynch	Fødsler i alt	0	0	0	1	201.294	5.800	195.494	5.658	0.00	0.00	0.00	0.02					
Andre komplikationer	Fødsler i alt	0	0	0	0	201.294	5.800	195.494	5.658	0.00	0.00	0.00	0.00					
Apgar <7 e. 5 min.	Fødsler i alt	607	114	493	17	201.294	5.800	195.494	5.658	0.30	1.97	0.25	0.30					
Perinatal død	Fødsler i alt	56	12	44	2	201.294	5.800	195.494	5.658	0.03	0.21	0.02	0.04					
ukompl_F	Fødsler i alt	201.294	5.800	195.494	5.658	201.294	5.800	195.494	5.658	100.0	100.0	100.0	100.0					

Lavrisikofødsler: Mors alder 20-40 år, Ingen misdannelser, ingen medicinske sygdomme, ingen graviditetskomplikationer, svangerskabslængde >= 37 uger fødselsvægt >= 2500 g.

Litteratur

1

Hornnes PJ, Rasmussen S. Is the increasing frequency of Cesarean sections due to the increasing maternal age? Ugeskrift for læger 2003 Nov 10; 165(46):4421-4423.

2

Rasmussen OB. Kvindens ønske – hvor stor betydning har det for kejsersnitfrekvensen? Ugeskrift for læger 2005 Jan 17; 167(3):279-281.

3

Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG an international journal of obstetrics and gynaecology 2002 Jun; 109(6):618-623.

4

Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R et al. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? BJOG an international journal of obstetrics and gynaecology 2004 Dec; 111(12):1388-1393.

5

Klein MC. Obstetrician's fear of childbirth: how did it happen? Birth (Berkeley, Calif.) 2005 Sep; 32(3):207-209.

6

Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term? The New England journal of medicine 1985 May 9; 312(19):1264-1267.

7

Paterson-Brown S, Fisk NM. Caesarean section: every woman's right to choose? Current opinion in obstetrics & gynecology 1997 Dec; 9(6):351-355.

8

LOV Nr. 482 af 01/07/1998. Lov om patienters retsstilling.

9

LOV Nr. 546 af 24/06/2005. Sundhedsloven.

10

VEJ Nr. 161 af 16/09/1998. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

11

BEK Nr. 1193 af 07/12/2004. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.

12

Holler K. 1 stk. kejsersnit, tak! – En undersøgelse af »Maternal Request« som socio-kulturelt fænomen inden for obstetrikken i Danmark. Center for kulturstudier, Syddansk Universitet 2004.

13

Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2000 Jul; 79(7):553-558.

14

DSOG. Forslag til GUIDELINE: MATERNAL REQUEST. http://www.dsog.dk/files/maternal_request.pdf. Sandbjerg: DSOG; 2005.

15

NICE. Clinical Guideline on Caesarean Section. April 2004. <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=113190>

16

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):1375-1383.

17

Krebs L. Breech at term. Early and late consequences of mode of delivery. Disputats Københavns Universitet; 2005.

18

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). Fødsel av barn i seteleie til termin – assistert vaginal fødsel eller keisersnitt? SMM. Oslo: SMM, 2003. SMM-rapport, nr. 3/2003.

19

Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1992 Sep; 99(9):724-726.

20

Rosen MG, Dickinson JC. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. *Obstetrics and gynecology* 1990 Nov; 76(5 Pt 1):865-869.

21

Lin H C, Xirasagar S. Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: A 5-year population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 192(3):848-855.

22

ACOG Practice Bulletin #54: Vaginal birth after previous cesarean. *Obstetrics and gynecology* 2004 Jul; 104(1):203-212.

23

Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004; 83(3):262-266.

24

Johnson SR, Elkins TE, Strong C, Phelan JP. Obstetric decision-making: responses to patients who request cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology* 1986 Jun; 67(6):847-850.

25

Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2003 Mar; 82(3):201-208.

26

Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1993; 72(4):280-285.

27

Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: A comparative study of birth experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2003; 82(9):834-840.

28

Sjogren B. Fear of childbirth and psychosomatic support – A follow up of 72 women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1998; 77(8):819-825.

29

Ben-Meir A, Schenker JG, Ezra Y. Cesarean section upon request: Is it appropriate for everybody? *Journal of perinatal medicine* 2005; 33(2):106-111.

30

Andersson L, Sundstrom Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and gynecology* 2004 Sep; 104(3):467-476.

31

Penna L. Cesarean section on request for non-medical indications. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2004; 14(3):220.

32

Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstetrical and gynecological survey* 2004 Aug; 59(8):601-616.

33

Jackson NV, Irvine LM. The influence of maternal request on the elective caesarean section rate. *Journal of obstetrics and gynaecology the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 1998 Mar; 18(2):115-119.

34

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth Edition ed. New York: Oxford 2001.

35

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 the journal of the American Medical Association* 2002 Apr 10; 287(14):1822-1831.

36

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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004 Sep; 191(3):917-927.

37

Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003 Nov 29; 362(9398):1779-1784.

38

Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ Clinical research ed* 2004 Jul 3; 329(7456):19-25.

39

Murphy DJ, Stirrat GM, Heron J, ALSPAC Study Team. The relationship between Caesarean section and subfertility in a population-based sample of 14 541 pregnancies. *Human reproduction (Oxford, England)* 2002 Jul; 17(7):1914-1917.

40

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Validering af landspatientregistret (LPR) mhp. obstetrisk forskning og kvalitetssikring – et kvalitetsudviklingsprojekt; 2003.

41

Fødselsregisteret 1973-2003. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. December 2004; 8(23).

42

Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1995 Aug; 149(8):862-867.

43

Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? *Obstetrics and gynecology* 1994 Apr; 83(4):624-630.

44

Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section – effects on neonates. *Anesthesia and Analgesia* 1989 Mar; 68(3):270-275.

45

Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 1994 Jun 30; 55(3):175-177.

46

Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association* 1998 Mar-Apr; 18(2):131-134.

47

Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? *Obstetrics and gynecology* 1997 Feb; 89(2):217-220.

48

Gonzalez F, Juliano S. Is pediatric attendance necessary for all cesarean sections? *The Journal of the American Osteopathic Association* 2002 Mar; 102(3):127-129.

49

Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1995 Feb; 102(2):101-106.

50

Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Solda G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta paediatrica Oslo, Norway* 1992 2004 May; 93(5):643-647.

51

Hook B, Kiwi R, Amini SB, Fanaroff A, Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics* 1997 Sep; 100(3 Pt 1):348-353.

52

Dani C, Reali MF, Bertini G, Wiechmann L, Spagnolo A, Tangucci M et al. Risk factors for the development of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea in newborn infants. *Italian Group of Neonatal Pneumology. The European respiratory journal: official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology* 1999 Jul; 14(1):155-159.

53

Nicoll AE, Black C, Powls A, Mackenzie F. An audit of neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section at term. *Scottish medical journal* 2004 Feb; 49(1):22-25.

54

Stutchfield P, Whitaker R, Russell I, Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section (ASTECS) Research Team. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2005 Sep 24; 331(7518):662.

55

Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstetrics and gynecology* 2001 Mar; 97(3):439-442.

56

Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *The New England journal of medicine* 1999 Dec 2; 341(23):1709-1714.

57

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 Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 1993; 82(2):128-131.

58

Larue F, Benhamou D, Jullien P, Labaille T, Champagne C. Temperature monitoring during epidural anesthesia for cesarean delivery. *Regional anesthesia* 1991 Nov-Dec; 16(6):322-324.

59

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

60

McClellan MS, Cabianga WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstetrics and gynecology* 1980 Jul; 56(1):52-55.

61

Bruce NG, Khan Z, Olsen ND. Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding: the development of infant feeding policy in a district. *Public health* 1991 Sep; 105(5):357-368.

62

Tamminen T, Verronen P, Saarikoski S, Goransson A, Tuomiranta H. The influence of perinatal factors on breast feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1983 Jan; 72(1):9-12.

63

Ever-Hadani P, Seidman DS, Manor O, Harlap S. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. *Journal of epidemiology and community health* 1994 Jun; 48(3):281-285.

64

Leung GM, Lam TH, Ho LM. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstetrics and gynecology* 2002 May; 99(5 Pt 1):785-794.

65

Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 1991 Jan 4; 38(1):33-38.

66

Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1985 Sep; 42(3):504-510.

67

Salam MT, Margolis HG, McConnell R, McGregor JA, Avol EL, Gilliland FD. Mode of Delivery Is Associated With Asthma and Allergy Occurrences in Children. *Annals of Epidemiology* 2005 Oct 18.

68

Hakansson S, Kallen K. Caesarean section increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology* 2003 Jun; 33(6):757-764.

69

Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O'Connor EA, Frazier EA et al. Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology* 2005 Nov; 35(11):1466-1472.

70

Bager P, Melbye M, Rostgaard K, Benn CS, Westergaard T. Mode of delivery and risk of allergic rhinitis and asthma. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2003 Jan; 111(1):51-56.

71

Kero J, Gissler M, Gronlund MM, Kero P, Koskinen P, Hemminki E et al. Mode of delivery and asthma – is there a connection? *Pediatric research* 2002 Jul; 52(1):6-11.

72

Juhn YJ, Weaver A, Katusic S, Yunginger J. Mode of delivery at birth and development of asthma: a population-based cohort study. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2005 Sep; 116(3):510-516.

73

Debley JS, Smith JM, Redding GJ, Critchlow CW. Childhood asthma hospitalization risk after cesarean delivery in former term and premature infants. *Annals of allergy, asthma and immunology official publication of the American College of Allergy, Asthma, and Immunology* 2005 Feb; 94(2):228-233.

74

Maitra A, Sherriff A, Strachan D, Henderson J, ALSPAC-Study-Team. Mode of delivery is not associated with asthma or atopy in childhood. *Clinical and experimental allergy journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology* 2004 Sep; 34(9):1349-1355.

75

Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2002 May 22-29; 287(20):2684-2690.

76

Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *New England journal of medicine*, The 2004 Dec 16; 351(25):2581-2589.

77

Sundhedsstyrelsen. Kejsersnit 1973-2005. http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2005/19_05.pdf. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2005; 9(19).

78

Aslam MF, Gilmour K, Fawdry RD. Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of obstetrics and gynaecology the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 2003 Jul; 23(4):364-366.

79

Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth (Berkeley, Calif.)* 2001 Jun; 28(2):101-110.

80

Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth (Berkeley, Calif.)* 2002; 29(2):101-111.

81

Bewley S, Cockburn J. II. The unfacts of 'request' caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109(6):597-605.

82

Kern P. Fødselsangst og Traumatiske fødsler. *New Life Coaching Kursus og Rådgivning*. 2005.

83

Gray JA. Implications of Perceived Control for Recovery from Childbirth for Unplanned Cesarean, Planned Cesarean, and Vaginal Deliveries. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 2005 Spr; 19(3):251-267.

84

Bertelsen, Anne Mette Holme, Gohr C. 'Den gode fødsel' – En antropologisk analyse af fødselsfortællinger anno 2004. *DADJ og DSOG*; 2004.

85

Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane database of systematic reviews Online Update Software* 2004(1):CD003858.

86

Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse, Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode. <http://www.sst.dk/publ/Publ2001/Svangreomsorg/index.html> Sundhedsstyrelsen 1998.

87

BEK Nr. 665 af 07/12/2004. Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

88

Allen VM, O'Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. Economic implications of method of delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005 Jul;193(1):192-197.

89

Bost BW, Magann EF, Olsen ME. Cesarean delivery on demand: What will it cost? American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003; 188(6):1418-1423.

90

Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2001 Feb; 108(2):149-157.

91

Operationsteknik og antibiotika ved kejsersnit.

<http://www.dsog.dk/files/OPERATIONSTEKNIK%20OG%20ANTIBIOTIKA.htm> Sandbjerg: DSOG; 2001.

92

Sectio caesarea: risiko for ruptura uteri efter lukning af uterus med et versus to lag.

http://www.dsog.dk/files/sectio_et_vs_to_lag.pdf Sandbjerg: DSOG; 2003.

Alle links er besøgt december 2005.

”Kejsersnit på moders ønske” er et temmelig komplekst område. Alene det faktum, at man her står med ikke ét, men to individer, nemlig moderen og barnet, adskiller denne problematik fra de fleste andre sundhedsrelaterede emner. Desuden er der ikke tale om et valg mellem to behandlingsformer, men om en ekstra mulighed ud over, hvad fødselshjælpen ellers tilbyder.

Rapporten konkluderer, at der bør gøres en yderligere indsats for at sikre, at kvindens første fødselsoplevelse bliver god. Kejsersnit ønskes primært af flergangsfødende med en dårlig fødselsoplevelse bag sig. Det er derfor centralt at sikre gode førstegangsfødsler.

De gravide, der ønsker kejsersnit, skal informeres om såvel fordele som risici for både mor og barn, samt at der kan være konsekvenser ved senere graviditeter og fødsler, ja endog for muligheden for igen at blive gravid.

Rapporten anbefaler desuden, at der på en række områder igangsættes forskning med henblik på at etablere et bedre vidensgrundlag vedrørende kejsersnit på moders ønske.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11

cemtv@sst.dk