

# Ojämlig tillgång till säkra kejsarsnitt – hot mot global mödrahälsa

**Mehreen Zaigham,** docent, specialistläkare, obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus, Malmö; institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet; senior research fellow, Program in Global Surgery and Social Change, Harvard Medical School

**Helena Litorp,** docent, specialistläkare, obstetrik och gynekologi; institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet

● [helena.litorp@gmail.com](mailto:helena.litorp@gmail.com)

**Kejsarsnitt är en livräddande** åtgärd för mödrar och spädbarn och är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen globalt [1]. Uppskattningsvis 38 miljoner ingrepp utförs årligen och man förutspår att var tredje barn kommer att födas genom kejsarsnitt år 2030 [2]. En operation genomförd i god tid och på rätt indikation kan förhindra dödsfall hos både mödrar och nyfödda, men en överanvändning av operationen utan medicinsk nytta kan påverka både moderns och barnets hälsa

»En operation genomförd i god tid och på rätt indikation kan förhindra dödsfall hos både mödrar och nyfödda, men en överanvändning av operationen utan medicinsk nytta kan påverka både moderns och barnets hälsa negativt ...«

negativt samt dränera värdefulla hälsoresurser [3, 4]. Trots denna kunskap har kejsarsnittsfrekvensen under de senaste tjugo åren fortsatt att stiga i många länder, inklusive många låg- och medelinkomstländer, och ojämlikheten i kvinnors tillgång till detta potentiellt livräddande ingrepp riskerar att förstärkas ytterligare [2, 5]. Vi vill med den här artikeln belysa hur både underanvändning och överanvändning av samma kirurgiska ingrepp är ett uttryck för suboptimal vård och därmed utgör ett hot mot kvinnors hälsa.

## Ojämlig tillgång till säkra och lämpliga kejsarsnitt

Med en bristande kvalitet i och frånvaro av global konsensus kring rapporteringen av indikationerna som leder till kejsarsnitt är det i dag svårt att uttala sig om vilka eller hur många kejsarsnitt som genomförs utan medicinsk nytta. Världshälsoorganisationen uppmanar inte längre till en viss procentsats kejsarsnitt [6], men konstaterar att det finns stark evidens för att en kejsarsnittsfrekvens >10 procent på populationsnivå inte minskar den maternella och neonatala mortaliteten [5, 7, 8]. En lägre frekvens kan å andra sidan indikera en underanvändning av kejsarsnitt, det vill säga att kvinnor som hade behövt kejsarsnitt inte fått tillgång till adekvat vård [5, 7, 8]. Trots detta finns stora skillnader i kejsarsnittsfrekvens både mellan och inom länder [6]. Med nationella nivåer från över 60 procent i vissa länder i Östasien och Sydamerika till 5 procent i sub-

sahariska Afrika är en optimering av användningen av kejsarsnitt en global angelägenhet som inom de närmaste åren måste bli en prioritet för ledare såväl inom folkhälsa som på kliniker [2, 6].

Förutom skillnader mellan länder döljer sig även stora klyftor inom länder och mellan befolkningsgrupper, och upprepade studier rapporterar att kvinnors tillgång till och användning av kejsarsnitt som förlösningsmetod på global nivå är associerad med socioekonomiska faktorer såsom utbildningsgrad, inkomstnivå och var i landet kvinnan bor (stad eller landsbygd) [5]. Det rapporteras också allt oftare om en överanvändning av kejsarsnitt i många låg- och medelinkomstländer [5], där kejsarsnitt utan medicinsk nytta dels är förenat med en ökad risk för komplikationer i den aktuella och den nästkommande graviditeten jämfört med i ett höginkomstland [9, 10], dels riskerar att dränera hälso- och sjukvården på redan begränsade resurser. Trots omfattande forskning har det dock gjorts få globala framsteg för att korrigera den ojämlika fördelningen av kejsarsnitt och anpassa användningen till de medicinska behoven.

## Varför sker en överanvändning av kejsarsnitt?

Överanvändning av kejsarsnitt kan ha många olika orsaker: kliniska faktorer, kvinnors och samhällets påverkan, hälso- och sjukvårdspersonal samt organisatoriska och systemrelaterade faktorer [1, 5]. Att förstå dessa faktorer är avgörande för att förstå och komma till rätta med överanvändningen och den ojämlika fördelningen av kejsarsnitt. Drivs höga kejsarsnittsfrekvenser av »läkare« eller »kvinnor«? Finns det ekonomiska incitament för läkare eller sjukhus, eller handlar det om bekvämlighet, rädsla

## HUVUDBUDSKAP

- Trots stark evidens för att en kejsarsnittsfrekvens >10 procent på populationsnivå inte minskar den maternella eller neonatala mortaliteten fortsätter den globala kejsarsnittsfrekvensen att öka och förutspås uppgå till 30 procent år 2030.
- Faktorerna bakom denna utveckling är komplexa och varierar mellan olika kontexter, varför en lokal förståelse behövs för att kunna utforma och implementera effektiva interventioner för att förhindra en överanvändning av kejsarsnitt.
- Norden utgör ett utmärkt exempel på hur en stark obstetrisk vård tillsammans med evidensbaserade riktlinjer kan resultera i goda utfall och samtidigt låg kejsarsnittsfrekvens.

**FIGUR 1. Globala ojämlikheter i tillgång till säkra kejsarsnitt**



för rättsliga konsekvenser eller kanske otillräcklig kunskap om övervakning av fostret och förlossningstekniker [11]?

Den allmänna medieretoriken framhåller ofta kvinnors efterfrågan av kejsarsnitt som en av de starkaste faktorerna bakom de ökade kejsarsnittsfrekvenserna och framställer kvinnor som »too posh to push» [12]. Men även om kvinnors efterfrågan varierar så visar både kvantitativ och kvalitativ global forskning att majoriteten av kvinnor föredrar en vaginal förlossning om medicinsk indikation för kejsarsnitt saknas, och att orsakerna till kvinnors eventuella preferenser för kejsarsnitt är långt mer komplexa: de varierar inte bara med förekomst av förlossningsrädsla utan också med en rad individuella och kontextuella faktorer såsom sociala omständigheter, möjligheten till smärtlindring, tidigare förlossningsupplevelse och uppfattning om säkerheten vid vaginal förlossning [13, 14]. Evidens från både hög-, medel- och låginkomstländer visar att kvinnor som uppfattar resurserna och övervakningen vid vaginal förlossning som bristfälliga kan efterfråga kejsarsnitt som ett sätt att »säkra» ett friskt barn och ett gott förlossningsutfall för sig själva [13, 14]. På samma sätt påverkas vårdgivare av sin upplevelse av säkerheten vid vaginal förlossning; även i kontexter där kejsarsnitt generellt är förknippat med stora risker kan det på grund av bristande övervakning och beredskap under vaginal förlossning anses utgöra det säkraste alternativet [15].

Precis som perceptionen av säkerheten vid vaginal förlossning påverkar kejsarsnittsfrekvenserna i olika stor utsträckning i olika kontexter, varierar, även övriga faktorer inflytande på andelen kejsarsnitt [6, 14]. Medan ekonomiska incitament är en förklaring i vissa miljöer har eventuella rättsliga konsekvenser betydelse i andra [6]. Sammantaget behövs därför en lokal förståelse för vilka mekanismer som bidrar till

»Men även om kvinnors efterfrågan varierar så visar både kvantitativ och kvalitativ global forskning att majoriteten av kvinnor föredrar en vaginal förlossning om medicinsk indikation för kejsarsnitt saknas ...«

en överanvändning av kejsarsnitt i respektive kontext för att kunna utforma och implementera effektiva interventioner som förebygger medicinskt omotiverade kejsarsnitt.

### Överanvändning av kejsarsnitt – negativa konsekvenser

Överanvändning av kejsarsnitt kan medföra negativa konsekvenser för både mödrar och barn, men även ha en bredare påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet (Figur 1). Enligt SBU:s rapport från 2021 innebär ett planerat kejsarsnitt i Sverige extra sjukhuskostnader på uppåt 26 000–36 000 kronor, utöver de beräknade kostnader som en vaginal förlossning skulle ha kostat [16]. Kejsarsnitt utan medicinsk indikation kan också innebära ökad risk för komplikationer på både kort och lång sikt. För mödrar inkluderar dessa bland annat infektioner, större blödning, peroperativa skador på kringliggande organ, lungemboli och mastit under de första 6 veckorna efter förlossningen samt komplikationer såsom uterusruptur eller placenta accreta (att moderkakan växer in i livmoderväggen) vid nästkommande graviditet [16]. Det finns även en

## »I resursfattiga kontexter, såsom i många låg- och medelinkomstländer, kan överanvändning av kejsarsnitt vara ännu mer problematisk. Med begränsade resurser i form av materiel, personal och sterila förhållanden ökar riskerna ...«

ökad risk på lång sikt för allmänkirurgiska komplikationer i form av adherensileus och ärrbräck [16]. Barn som föds genom kejsarsnitt löper större risk för vissa andningsproblem och behov av neonatalvård [16]. Det finns i dag också tydlig evidens som indikerar att barn som fötts via kejsarsnitt exponeras för flera hormonella, fysiska, bakteriella och medicinska faktorer i samband med operationen vilka påverkar barnets immunologiska utveckling jämfört med barn födda vaginalt [3] och ökar risken för astma, infektioner i magtarmkanalen och luftvägarna, födoämnesallergier och autoimmuna sjukdomar såsom typ 1-diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom och reumatoid artrit under uppväxten [16].

I resursfattiga kontexter, såsom i många låg- och medelinkomstländer, kan överanvändning av kejsarsnitt vara ännu mer problematisk. Med begränsade resurser i form av materiel, personal och sterila förhållanden ökar riskerna för stora blödningar, anestesikomplikationer och postoperativa infektio-

## »... risken för mödradöd är 100 gånger högre efter kejsarsnitt i ett låg- och medelinkomstland än i ett höginkomstland«.

ner ytterligare. En systematisk översikt och meta-analys av kejsarsnitt utförda i låg- och medelinkomstländer av Sobhy och medarbetare visade att risken för mödradöd var 7,6 per 1000 ingrepp, med den högsta belastningen i subsahariska Afrika (10,9 per 1000) och att risken för mödradöd därmed är 100 gånger högre efter kejsarsnitt i ett låg- och medelinkomstland än i ett höginkomstland [10]. Med högre fertilitetstal i många låg- och medelinkomstländer än i höginkomstländer ökar också risken för de ovan nämnda komplikationer som kan uppstå i kommande graviditeter.

### Hur minskar vi överanvändning av kejsarsnitt?

Medan kejsarsnittsfrekvensen i många andra höginkomstländer nästan har fördubblats sedan 1990 (från 14,5 procent till 27,3 procent) har de nordiska länderna utmärkt sig som »utliggare»: Sverige, Norge, Dan-

mark och Island har bibehållit sina låga kejsarsnittsfrekvenser runt cirka 15,7-19,2 procent på nationell nivå [17]. Norden utgör därmed ett utmärkt exempel på hur en stark obstetrisk vård, tillsammans med evidensbaserade riktlinjer, kan resultera i goda perinatale utfall och samtidigt låg kejsarsnittsfrekvens [18] och kan verka som en inspiration för andra länder. Den svenska modellen för barnmorskeledd förlossningsvård prioriterar expertisen och vården som tillhandahålls av barnmorskor, vilket säkerställer att gravida kvinnor får personligt anpassad vård och stöd som är skraddarsytt efter deras behov [19]. Denna modell förespråkas i forskning och bistånd även i låginkomstländer [19].

Det finns många strategier och åtgärder för att minimera överanvändningen av kejsarsnitt (Figur 1). Eslambolchi et al [20] har identifierat 188 effektiva åtgärder för att minska kejsarsnittsfrekvensen runt om i världen, varav de nordiska länderna har implementerat flera i sina respektive verksamheter. Författarna kategoriserar åtgärderna i sex olika byggstenar:

- **Styrning och ledarskap**, till exempel genom lagar och särskilt policyskapande.
- **Finansiering**, till exempel genom fast ersättning för förlossningen oavsett förlossningsmetod.
- **Hälsoarbetskraft**, till exempel genom att satsa på personalutbildning, praktisk träning och ökad kunskap om tolkning av elektronisk fosterövervakning.
- **Medicinska produkter och teknologier**, till exempel epiduralbedövning för att minska förlossningsmärta och träning av tekniker såsom extern vändning vid sätesläge och instrumentella förlossningar.
- **Information**, till exempel genom regelbundna revisioner och genomgångar av kejsarsnittsindikationer.
- **Tjänsteleverans**, till exempel genom olika utbildningsprogram för gravida och deras närstående som stärker kvinnans vilja att föda vaginalt.

Av dessa åtgärder var användning av kvalificerad och kompetent hälso- och sjukvårdspersonal, evidensbaserad förlossningsvård och noggrann intrapartum-övervakning bland de viktigaste åtgärderna [20]. I en brasiliansk studie använde 29 sjukhus metoder för kvalitetsförbättring för att öka frekvensen av vaginal förlossning bland lågriskgraviditeter hos förstföderskor och därmed minska kejsarsnittsfrekvensen. Studien testade fyra interventioner för att öka antalet vaginala förlossningar:

- Samarbete mellan vårdpersonal med gemensamt syfte att säkerställa »lämplig förlossning«.
- Ge gravida kvinnor möjlighet att välja sin önskade förlossningsmetod.
- Implementering av nya vårdmodeller som främjar fysiologisk förlossning.
- Förbättrade informationssystem för kontinuerligt lärande av vårdpersonal.

Efter 20 månader ökade andelen vaginala förlossningar från 21,5 procent år 2014 till 34,8 procent år 2016, vilket motsvarar en relativ ökning med 1,62 (95 procentens konfidensintervall 1,27-2,07;  $P < 0,001$ ) [21]. Implementeringsstudien [21] är ett utmärkt exempel på hur oli-

ka interventioner kan kombineras och användas för att minimera överanvändningen av kejsarsnitt.

Sammanfattningsvis har vi med den här artikeln visat hur ett potentiellt livräddande ingrepp även kan innebära det motsatta, det vill säga motverka ett gott förlossningsutfall samt leda till ökade risker vid kommande graviditeter och en snedfördelning av resurser. Kejsarsnitt bör och ska aldrig betraktas som en »lyxig« förlossning eller en enkel lösning för att optimera den obstetriska vården. Som vid alla kirurgiska ingrepp

bör för- och nackdelar vägas mot varandra för att säkerställa bästa möjliga utfall för mor och barn. Att motverka en överanvändning av kejsarsnitt måste ses som en självklar del av arbetet för global mödrahälsa. Att erbjuda kvinnor en säker vaginal förlossning med hög kvalitet och en bra förlossningsupplevelse kommer alltid att vara centralt i det arbetet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2024;121:24015

## REFERENSER

- Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341-8.
- Betran AP, Ye J, Moller AB, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e005671.
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57.
- Tita ATN, Lai Y, Landon MB, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Timing of elective repeat cesarean delivery at term and maternal perioperative outcomes. *Obstet Gynecol*. 2011;117(2 Pt 1):280-6.
- Boatin AA, Ngonzi J, Ganyaglo G, et al. Caesarean delivery in low- and middle-income countries: a review of quality of care metrics and targets for improvement. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2021;26(1):101199.
- World Health Organization (WHO). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. 16 jun 2021. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- World Health Organization (WHO). WHO statement on caesarean section rates. 14 apr 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016;123(5):745-53.
- Bishop D, Dyer RA, Maswime S, et al; ASOS investigators. Maternal and neonatal outcomes after caesarean delivery in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):e513-22.
- Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10184):1973-82.
- Zaigham M, Varallo J, Thangaratnam S, et al. Global disparities in caesarean section rates: why indication-based metrics are needed. *PLoS Glob Public Health*. 2024;4(2):e0002877.
- Weaver J, Magill-Cuerden J. »Too posh to push«: the rise and rise of a catchphrase. *Birth*. 2013;40(4):264-71.
- Litorp H, Mgaya A, Kidanto HL, et al. »What about the mother?« Women's and caregivers' perspectives on caesarean birth in a low-resource setting with rising caesarean section rates. *Midwifery*. 2015;31(7):713-20.
- Sorrentino F, Greco F, Palieri T, et al. Caesarean section on maternal request – ethical and juridic issues: a narrative review. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(9):1255.
- Litorp H, Mgaya A, Mbekenga CK, et al. Fear, blame and transparency: obstetric caregivers' rationales for high caesarean section rates in a low-resource setting. *Soc Sci Med*. 2015;143:232-40.
- SBU utvärderar. Kejsarsnitt på kvinnans önskemål – fördelar och nackdelar för kvinna och barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2021. SBU-rapport nr 343.
- Pyykönen A, Gissler M, Lökkegaard E, et al. Caesarean section trends in the Nordic countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(5):607-16.
- Finnish Institute for Health and Welfare. Nordic perinatal statistics 2020 [citerat 24 jan 2024]. <https://thl.fi/en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/parturients-deliveries-and-births/>
- Lindgren H, Erlandsson K. The MIDWIZE conceptual framework: a midwife-led care model that fits the Swedish health care system might after contextualization, fit others. *BMC Res Notes*. 2022;15(1):306.
- Eslambolchi L, Mosadeghrad AM, Taheri S, et al. Taxonomy of effective strategies to reduce unnecessary caesareans: a systematic review. *East Mediterr Health J*. 2021;27(8):826-49.
- Borem P, de Cássia Sanchez R, Torres J, et al. A quality improvement initiative to increase the frequency of vaginal delivery in Brazilian hospitals. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):415-25.

## SUMMARY

### Unequal access to safe cesarean section – threat to global maternal health care

Despite evidence that cesarean section rates above 10 percent at the population level do not reduce maternal or neonatal mortality, global rates continue to rise and are projected to reach 30 percent by 2030. The factors behind this increase are complex and vary across contexts, emphasizing the need for a local understanding in order to design and implement effective interventions to curb overuse. In contrast to many other high-income countries, Nordic countries exemplify how robust obstetric practices, midwifery led care and evidence-based guidelines can achieve excellent outcomes while maintaining low cesarean section rates. This success underscores the potential for healthcare systems worldwide to optimize cesarean use without compromising maternal and neonatal health.