

Kejsarsnitt – kvinnans val eller läkarens ansvar?

Kvinnor kräver allt oftare kejsarsnitt. Ska de blivande föräldrarna fritt få välja förlossningssätt i framtiden? Vilket är obstetrikerns ansvar? Nyttoprincipen, autonomiprincipen och rättvisepincipen, och i andra hand kostnadseffektivitetsprincipen måste beaktas när en kvinna kräver ett kejsarsnitt som ej är medicinskt motiverat

Frekvensen kejsarsnitt ökade i Sverige från 1970-talet till runt 1980 från drygt 5 procent till drygt 10 procent av förlossningarna. Skälen var bland annat att medicinska framsteg inneburit att själva operationen blivit mindre riskfylld än tidigare. Man hade också funnit fördelar med kejsarsnitt på andra indikationer än tidigare, som till exempel vid vissa typer av sätesförlossningar. Ett tredje skäl kan ha varit den intensifierade fosterövervakningen, som medförde både befogade operationer och andra operationer på grund av »falskt alarm». Fördelar och risker med kejsarsnitt diskuterades inom professionen [1].

Efter 1980 stabiliserades kejsarsnittsfrekvensen. Senaste åren har den åter visat en stigande tendens (1997 12,8 procent, 1998 13,4 procent; i enbart Stockholmsområdet 16,5 procent), men nu huvudsakligen på grund av gravida kvinnors eget val och inflytande. Samma tendens har märkts på andra håll i Europa [2]. I Sverige har storstädernas kvinnor de starkaste kraven på att få välja planerat kejsarsnitt som ett alternativ även om kvinnan är fullt frisk och graviditeten okomplicerad.

Är det bra eller dåligt att fler och fler blivande föräldrar önskar sig en kejsarsnittsförlossning? Har kvinnan alltid rätt till ett kejsarsnitt? Vad kan och bör läkare och barnmorskor göra åt den ökade kejsarsnittsfrekvensen?

sarsnittsförlossning? Har kvinnan alltid rätt till ett kejsarsnitt? Vad kan och bör läkare och barnmorskor göra åt den ökade kejsarsnittsfrekvensen?

Juridiska aspekter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [3] har patienten alltid rätt att vägra en föreslagen behandling. Patienten har däremot inte rätt att få en behandling som läkaren anser olämplig ur medicinsk synvinkel. Slutligen ska varje behandling så vitt möjligt ske i samråd med patienten. I SOU-delbetänkandet »Patienten har rätt» [4] betonas vikten av information om behandlingsalternativ. Man konstaterar att det vore inkonsekvent om patienten skulle få noggrann och förståelig information, men sedan inte kunde välja utifrån sin förvärvade kunskap. Därför föreslås en lagstadgad skyldighet att ta hänsyn till patientens val i situationer där två eller flera behandlingsalternativ är bra nog, »då det medicinska beslutsfattandet erbjuder alternativ». Inom rimliga gränser får patienten inte nekas en behandling av hänsyn till kostnaden.

Följaktligen ser kvinnans lagliga möjlighet till val av förlossningssätt olika ut i tre möjliga situationer:

1. Kejsarsnitt bedöms som säkrare än vaginal förlossning och ordineras av läkaren, till exempel vid absolut bäckenträngsel. Då har kvinnan rätt att vägra underkasta sig kejsarsnittet.

2. Kejsarsnitt och vaginal förlossning bedöms som likvärdiga från risksynpunkt, till exempel vid relativ bäckenträngsel, stort barn och tidigare kejsarsnitt. Då har kvinnan rätt att välja förlossningssätt.

3. Vaginal förlossning bedöms som säkrare än kejsarsnitt och rekommenderas av läkaren. Då har kvinnan inte laglig rätt till kejsarsnitt. Hon har rätt till information och samråd.

Etiska aspekter

I litteraturen belyses oftast de etiska aspekterna på situationer då kvinnor vägrar underkasta sig ett kejsarsnitt [5]. De flesta fall som beskrivs har inträffat i USA, där kejsarsnittsfrekvensen är betydligt högre än i vårt land. Enligt min erfarenhet uppstår sällan oenighet med

DEBATT

”Förutom till den gravida kvinnan själv bör hänsyn tas till fostret, samt i viss mån till kvinnans partner, andra närstående och inblandad sjukvårdspersonal, och slutligen också till skattebetalarna.”

en svensk kvinna som får veta att kejsarsnitt måste utföras med hänsyn till hennes eller barnets hälsa. I stället blir det allt vanligare med diskussioner med kvinnor, och par, som kräver en operation som doktorn finner mindre lämplig. I Helsingborg har två sådana fall diskuterats i det vårdetiska rådet (som föregick nuvarande vårdetiska kommittén i Nordvästra Skåne). Medarbetare i vårt sjukvårdsdistrikt kan lämna in fall för principdiskussion före eller, oftast, efter det att fallet handlagts av ansvarig personal.

Fall 1: En omfödelska krävde kejsarsnitt eftersom hon var rädd för att barnet skulle skadas vid förlossningen. Hon hade genomgått helt normala förlossningar tidigare. Familjen hade där efter förlorat ett litet barn i plötslig spädbarnsdöd. Kvinnan var höggravid och i uppenbar kris. Hon kunde inte lyssna på läkarens argument för att en vaginal förlossning vore säkrast för henne och det väntade barnet.

Är det rätt att tillmötesgå hennes önskemål?

Fall 2: En ung kvinna hade tidigare genomgått ett planerat kejsarsnitt på grund av sätesbjudning med komplicerande faktorer. Hon förnekade någon större rädsla för smärtan eller annat inför en vaginal förlossning. Hon hade upplevt sin kejsarsnittsförlossning positivt. Särskilt bra var det att barnafadern kunnat planera sina tjänsteresor utifrån en i förväg säker förlossningsdag. Under sin andra graviditet krävde kvinnan ett nytt planerat kejsarsnitt av praktiska skäl. Om hon inte fick sin vilja fram

Författare

ELSA LENA RYDING

överläkare, kvinnokliniken, Nordvästra Skåne, medlem av sjukvårdsdistriktets vårdetiska kommitté, Helsingborg.

tänkte hon vända sig till ett annat lasarett.

Är det rätt att tillmötesgå kravet på kejsarsnitt av praktiska skäl? Bör man låta en sådan kvinna försvinna till annan vårdgivare eller försöka komma överens med sin egen patient?

När en kvinna kräver ett kejsarsnitt som inte är medicinskt motiverat måste flera etiska principer [6] beaktas, nämligen nyttoprincipen (att göra gott samt att inte skada), autonomiprincipen och rättvisepincipen. I andra hand kan också kostnadseffektivitetsprincipen [7] vara av intresse. Förutom till den gravida kvinnan själv bör hänsyn tas till fostret, samt i viss mån till kvinnans partner, andra närstående och inblandad sjukvårdspersonal, och slutligen också till skattebetalarna.

Autonomiprincipen

Kvinnans självbestämmande hotas om hon inte får avgöra vilket förlossningssätt som är bäst för henne. Särskilt då det föreligger vissa riskfaktorer vid en vaginal förlossning väger idag patientens uppfattning tungt. Den kvinna som ändå särskilt önskar en vaginal förlossning kan efter information få gå in i en högriskförlossning under skärpt övervakning. Den kvinna som å andra sidan är mycket rädd för förlossningen, snittas ofta när graviditeten är särskilt komplicerad.

Om kvinnans autonomi verkligen är viktigast borde hon alltid få bestämma förlossningssätt oavsett skälen till hennes önskemål. Det är kvinnan som ska föda, inte doktorn, barnafadern eller skattebetalarna. Det är i kvinnans kropp som födandet ska utspela sig, på vilket sätt det nu blir. Kvinnan tar ansvar för de sina, och kommer förhoppningsvis inte att besluta om något som är farligt för hennes barn. (Å andra sidan röker faktiskt en del gravida kvinnor trots information om risker för barnet.)

Vi läkare är annars skyldiga att särskilt ta hänsyn till fostrets intressen på grund av dess bristande autonomi. Partners egna intressen borde däremot komma i andra hand om de kolliderar med den gravida kvinnans.

Nyttoprincipen

Medicinska och psykologiska risker för mor och barn vid en vaginal förlossning måste i det enskilda fallet vägas mot de medicinska och psykologiska riskerna med ett kejsarsnitt. Maternell mortalitet och morbiditet är generell klart högre vid kejsarsnitt än vid vaginal förlossning [8, 9]. Allvarliga komplikationer som trombos, lungemboli, infektion och blödning ligger bakom detta. Man kan alltså befara att fler kvinnor

kommer att avlida i barnsäng i Sverige om kejsarsnittsfrekvensen fortsätter stiga.

Å andra sidan är risken att dö mycket liten för den enskilda kvinnan som sitter framför oss. Ett kejsarsnitt kan emellertid också påverka kvinnans framtida hälsa och fertilitet [10]. Till exempel är risken för blödningar under graviditeten tio gånger högre och risken för placenta praevia fyra gånger högre vid en kommande graviditet efter en kejsarsnittsförlossning [11].

Svår obehandlad förlossningsrädsla är kopplad till en minst fördubblad risk för akut kejsarsnitt [12]. Ju räddare kvinnan är för sin förlossning, desto mer negativ upplevelse blir den [13]. Även ett eventuellt akut kejsarsnitt upplevs klart mera negativt om man varit mycket rädd för förlossningen [14]. En svår förlossningsupplevelse kan åtföljas av symtom på traumatisk stress. Planerat kejsarsnitt ger sällan sådana symtom [15].

Vid svår förlossningsrädsla erbjuder man på många håll samtalsbehandling [16]. Ofta behövs också planering av obstetriska åtgärder och/eller smärtlindring inför en vaginal förlossning [17]. Om behandlingen inte hjälper, eller inte kan komma till stånd, är planerat kejsarsnitt ett skonsamt alternativ ur rent psykologisk synvinkel för den kvinna som önskar det. Kejsarsnittet utförs då på en klar indikation som på de senaste tio åren blivit »rumsren» på de flesta förlossningskliniker. Den rädda kvinnan vet, när hon går in i behandlingen, att hon kan få ett planerat kejsarsnitt om hon skulle behöva. Förlossningsrädslan finns emellertid kvar efter kejsarsnittet, medan en positiv upplevelse av vaginal förlossning ofta är botande!

Vad barnet upplever vid förlossningen vet vi inte. Man har inte kunnat visa att en ökad frekvens kejsarsnitt medför en lägre perinatal mortalitet, eller lägre frekvens CP-skador [18]. Ett vanligt skäl till kejsarsnitt idag är misstanke om att fostret far illa eller kommer att fara illa under ett värkarbete. Vid en normal graviditet (liksom vid vissa graviditetskomplikationer) finns ingenting att vinna, ur fostrets synvinkel, på att födas med kejsarsnitt. Tvärtom har en ökad risk för neonatal andningsstörning beskrivits vid kejsarsnitt jämfört med vid vaginal förlossning [19]. Dessa fakta står i motsättning till en vanlig uppfattning hos våra patienter, att kejsarsnitt skulle vara det allra säkraste för barnet.

Rättvisepincipen

Rättvisepincipen åsidosätts om inte kvinnor får samma möjlighet till kejsarsnitt vid alla sjukhus. Om å andra

sidan vissa restriktioner är rimliga, borde de vara lika vid alla sjukhus.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att om resultatet är lika bra bör man välja den behandling som är billigast. Man bör i så fall välja den billigare vaginala förlossningen när den inte innebär större risk för mor eller barn än kejsarsnittet. Det är också intressant att Sjögren och Thomasson [20] visat att Karolinska sjukhusets behandlingsprogram för förlossningsrädda kvinnor lönade sig ekonomiskt. De kvinnor som efter behandling ändrade inställning till förlossningssätt och födde vaginalt angav lika goda förlossningsupplevelser som en jämförelsegrupp kvinnor som inte sökt för förlossningsrädsla.

Kvinnans val och läkarens ansvar

Värdetiska rådet i Helsingborg kom fram till följande synpunkter efter diskussion av fallen. I fall 1 (kvinnan som förlorat ett barn i plötslig spädbarnsdöd) menade rådet att problemet huvudsakligen var psykologiskt. Kvinnan borde få snabb hjälp i sin svåra situation. Kejsarsnitt innebär en ökad medicinsk risk för denna omfödelska och borde tillgripas endast om det trots allt visar sig alldeles nödvändigt ur humanitär synvinkel. Beträffande fall 2 (kvinnan som ville planera kejsarsnitt på grund av makens tjänsteresor) menade rådet att det kan vara etiskt försvarbart att vägra göra kejsarsnitt som kvinnan önskar av praktiska skäl. En blivande pappa bör kunna få möjlighet att planera sitt arbete så att han kan vara med vid en förlossning. I det enskilda fallet måste man arbeta med samråd med de blivande föräldrarna. Patienten har i princip sitt fria val att söka vilket sjukhus som helst. Olika sjukhus i regionen borde dock ha samma policy i en så viktig fråga som indikationer för kejsarsnitt.

Vi kommer inte ifrån en diskussion om kvinnors ökade krav på kejsarsnitt. Kvinnans autonomi väger tungt enligt min uppfattning, men de medicinska riskerna med kejsarsnitt får inte underskattas. Frågorna är många. Kan det vara rimligt att kvinnan alltid får välja hur hon vill förlösas? Kan inte en vuxen kvinna fatta ett ansvarsfullt beslut efter god information? Å andra sidan saknar fostret helt autonomi. Behöver det skyddas? Eller är kejsarsnitt idag tillräckligt säkert med hänsyn till fostret självt, och med hänsyn till fostrets behov av en levande frisk mamma?

Ska kvinnor behöva söka sig till sjukhus utanför hemorten för att få ett kejsarsnitt som de anser sig behöva? ►

ANNONS

ANNONS

Finns tillräckliga resurser för förlossningsförberedelse? Är det något fel på vår förlossningsvård eftersom så många blivande föräldrar inte ser fram mot en vanlig förlossning? Har nedskärningarna inom sjukvården haft en negativ effekt? Eller är kvinnors obenägenhet att lämna över sig till det naturliga förlossningsförloppet ett kulturfenomen som spritt sig till Sverige från USA, något som vi läkare och barnmorskor inte kan påverka? Vad är för övrigt »naturligt» i sammanhanget? Är det inte »naturligt» för alla människor att undvika obehag, om man inte tror sig vinna något för sig själv eller sin avkomma på att genomgå obehaget?

Läkaren kan inte slippa sitt ansvar för beslutet om en operation. Vi har även stort ansvar för att vår information är både utförlig och ärlig. Vi ska inte dölja vår egen uppfattning, grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. »Jag vill inte bli övertalad att föda på vanligt vis!», säger kvinnan ibland i början av första samtalet. Men övertalning, till exempel genom att skapa förtroende, ge saklig information och förslag till behandlingsalternativ, är väl ett legitimt sätt att försöka få en person att ändra ståndpunkt? Däremot är manipulation, till exempel genom att ljuga, hota eller förtiga relevanta förhållanden, svårt att försvara.

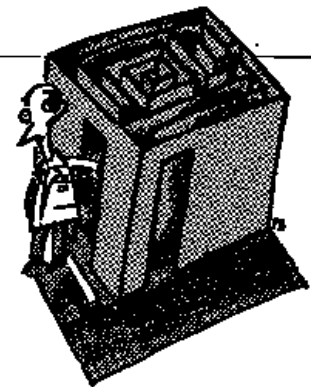
Efter samråd (i ordets bästa mening) med de blivande föräldrarna borde sällan några meningsskiljaktigheter kvarstå. Det vore illa om kvinnor som verkligen har behov av ett kejsarsnitt skulle nekas det. Lika illa vore det om blivande föräldrars önskemål om kejsarsnitt av icke medicinska skäl skulle leda till ett lättvindigt opererande utan en seriös och tidskrävande rådgivning samt behandling av förlossningsrädsla. Kvinnosjukvården måste erbjuda ett tillräckligt bra omhändertagande vid vaginal förlossning, inklusive förberedelse och eftervård, så att blivande föräldrar inte ska behöva önska sig ett kejsarsnitt istället.

Referenser

1. »Kejsarsnitt». Linköping: Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper (ARG) rapportserie, 1985. Rapport nr 9.
2. Guirgis RR. Women's choice is a major reason for the increase in the numbers of caesarean sections performed in recent years. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76 suppl 167: 29.
3. Hälso- och sjukvårdslagen 1982: 763.
4. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Patienten har rätt [delbetänkande]. SOU 1997: 154.
5. Elkins TE, Brown D. Ethical issues in the utilization of cesarean section. In: Flamm BL, Quilligan EJ, eds. Cesarean section. Guidelines for appropriate utilization.

New York: Springer-Verlag, 1995: 191-205.

6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.
7. Prioritering inom hälso- och sjukvården. Vårdens svåra val [slutbetänkande]. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1995. SOU 1995: 5.
8. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 332-4.
9. Lilford RJ, Coeverden de Groot HA, Moore PJ. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 883-92.
10. Hemminki E. Impact of cesarean section on future pregnancy – a review of cohort studies. Paediatr Perinat Epidemiol 1996; 10: 366-79.
11. Nielsen TF, Hagberg H, Ljungblad U. Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarean section. Gynecol Obstet Invest 1989; 27: 88-90.
12. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 542-7.
13. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. J Psychosom Res 1984; 28: 213-20.
14. Ryding EL. Psychological aspects of emergency cesarean section [dissertation]. Linköping: Linköpings Universitet, 1998: 35-9.
15. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental, and normal vaginal delivery. J Psychosom Obstet Gynecol 1998; 19: 135-44.
16. Sjögren B, Ryding EL, Magnusson B. Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B, red. Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998: 88-110.
17. Ekman-Ordeberg G, Irestedt L, Olofsson C, Sjögren B, Wirfeldt E. Rätt att föda, rätt för smärta – individuell handläggning krävs. Läkartidningen 1999; 96: 2322-4.
18. Sheller J, Nelson K. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? Obstet Gynecol 1994; 83: 624-30.
19. Nielsen TF, Hökegård KH. The incidence of acute neonatal respiratory disorders in relation to mode of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 1988; 63: 109-14.
20. Sjögren B, Thomasson P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 96: 948-52.



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglar goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:
08-20 76 19