

Kejsarsnitt – en mänsklig rättighet?

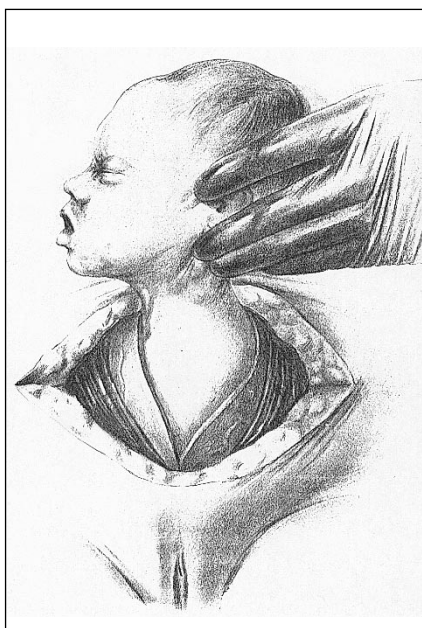
I en avhandling om »Förlossningen vid trångt bäcken» [1] utgående från 123 fall vid Allmänna Barnbördshuset i Stockholm under åren 1890–1899 ansåg dr F Westmark att »perforation av levande foster icke vidare bör komma ifråga, och att denna operation i de flesta fall kan ersättas med kejsarsnitt».

Den maternella mortaliteten vid kejsarsnitt hade då, enligt ett tyskt material, sjunkit från 11,5 procent år 1890 till endast 7,8 procent år 1898. Framstegen under det följande seklet har inte varit mindre hisnande. Bäckenförträngning av den grad som då utgjorde indikation för kejsarsnitt (conjugata vera <7,5 cm) är idag en raritet, knappast någon obstetriker kan längre tänka sig att perforera ens ett dött foster för att befrämja vaginal förlossning, och mortaliteten vid kejsarsnitt räknas i antal per 100 000.

Från att ha varit en sista desperat utväg har kejsarsnitt blivit en operation som av många ses som ett likvärdigt eller bättre alternativ till vaginal förlossning vid snart sagt varje tänkbar indikation. Numera kanske även utan indikation?

Frekvens kring 11 procent

Ännu på 1940-talet låg kejsarsnittsfrekvensen i Sverige under 1 procent. Kvinnor kan (kunde?). Den stora ökningen under 1970-talet från 5 procent till 11 procent tillskrivs bl a rutinemässig fosterövervakning med CTG och ökad användning av kejsarsnitt vid prematur-, sätes och tvillingförlossning, dvs fetala indikationer. Under de snart två decennier som jag kan överblicka har kejsarsnittsfrekvensen legat tämligen konstant kring 11 procent [2]. Jag vill minnas att det i början av 1980-talet mest handlade om kvinnor som inte fick



I vilken grad skall sjukvården tillmötesgå önskemål om kejsarsnitt även i de fall den inte är direkt medicinskt motiverad? (Bilden är hämtad ur: E Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe (Verlag von JF Bermann, München und Wiesbaden, 1922.)

föda vaginalt. Under 1990-talet tillkom allt flera som fick men inte vågade föda. Det var vår första »EMLA-generation».

Fler kvinnor som inte vill föda

Mot slutet av decenniet (1997) var kejsarsnittsfrekvensen 13 procent och stigande. Det nya millenniets tillskott verkar bli de som inte vill föda. Hur många det är vet vi inte, men det kan bli många. Det handlar om friska, »starka» kvinnor som vet vad de vill, som är vana att få det och som framför allt vill ha kontroll över sig själva och sin omgivning. Efter noggrann planering blir denna kvinna gravid och inser då att hon hamnat i en situation där inget av det ovan nämnda kan tas för givet.

Nej, detta vill hon inte vara med om. Att hon dessutom saknar koll på barnet, riskerar att ödelägga sitt underliv med framfall, inkontinens etc gör inte saken bättre. Alltså kontakter hon den närmaste kvinnokliniken och beställer ett kejsarsnitt. Har hon rätt till det? Har obstetrikern skyldighet att göra det? Vems är ansvaret?

»Att göra kejsarsnitt eller inte, det är alltså frågan. Vad säger folket och dess valda representanter? Vad säger tillsynsmyndigheten? Vad säger professionen?»

Mången kvinna anser att hon har rätt. Det gäller hennes kropp, hennes barn, det är hon som tar konsekvenserna och då är det väl hon som bestämmer? Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 2 kap 1§, ger henne rätt till »hälso- och sjukvård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet», som skall »så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten». Dessutom skall hon visas »omtanke och respekt».

Man kan påpeka olikheterna mellan att föda (vaginalt) och att förlösas (med kejsarsnitt). Skillnaden mellan »behandlingarna» är inte enbart grammatikalisk. Det förra är en naturlig händelse, utförd av kvinnan själv, det senare görs med konst av en obstetriker. Att hennes kejsarsnitt leder till att en annan kvinna får stå tillbaka med sin operation är »sjukvårdens» problem, och att påpeka skillnaden i kostnad betraktas som en oförsämndhet. Konsumentvägledning i all ära, men nu är det konsumenten som bestämmer.

Konflikt för många obstetrikere

Mången obstetriker är osäker på om han skall leverera den efterfrågade tjänsten eller ej. Klart är att man lätt kommer i konflikt med sitt samvete, sin patient och numera även hennes anhöriga. Det är inte ovanligt att kvinnan har med sig en »advokat» i form av en make, svärmor eller annan självutnämnd expert som skall se till att beslutet blir »det rätta». Specialistkompetens och tjugo års erfarenhet inom förlossningsvården väger lätt i en sådan debatt.

Man kan göra det lätt för sig, bejaka och bli »the good guy». Det går ju bra att operera dem som inte får eller kan

Författare

KAJ WEDEMBERG

överläkare, kvinnokliniken, Central-lasarettet, Västerås.

kaj.wedenberg@telia.com

föda, kanske även dem som inte vågar föda (»humanitär indikation»), så varför inte dem som inte vill föda? En policy med »ring så snittar vi» skulle knappast öka kejsarsnittsfrekvensen till mer än ca 30 procent ty majoriteten av kvinnorna väljer att föda även i de länder där man lätt kan köpa denna tjänst.

Man kan neka, argumentera och bli »the bad guy». Det är osannolikt att hon är sämre att på föda än »vem som helst». Tyvärr inte bättre heller. Det saknas medicinsk indikation. »*Primam est, non nocere*». Det är svårt att se en bukoperation som något annat än *noxa* om den inte är nödvändig. Kejsarsnitt innebär en risk, låt vara att den är liten jämfört med andra risker som dagens kvinnor är vana att ta (fallskrämsbrottning, störtlopp, fältridning). Ingen kan väl tvinga en obstetriker att operera, eller ...?

Ansvarsfrågan

Återstår ansvarsfrågan. Man blir varken anmäld till eller fälld i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd om man har gjort ett kejsarsnitt enligt patientens önskan. Däremot finns det hundrade som har blivit både anmälda och fällda för att de inte gjort det i tid.

Per definition gäller att om kejsarsnittet hade gjorts igår så hade olyckan inte inträffat idag. Nekar man kejsarsnitt och det går illa (vilket förekommer) så är risken för Aftonbladet eller Expressen stor. Märk väl att långdragen förlossning, psykisk och fysisk smärta, förlossning med sugklocka, akut kejsarsnitt m m kan vara oacceptabelt i detta sammanhang.

Onekligen kan det gå illa även om man gör ett kejsarsnitt men risken är, som ovan nämnts, liten. Risken att dessutom bli anmäld och fälld i HSN är minimal, och skulle det mot förmodan ändå inträffa så utses, med få undantag, den som höll i kniven till syndabock. Inte den som ställde indikationen. Den enda trösten för delinkventen är att han förmodligen inte blir fälld för försumlighet utan oaktsamhet.

Att göra kejsarsnitt eller inte, det är alltså frågan. Vad säger folket och dess valda representanter? Vad säger tillsynsmyndigheten? Vad säger professionen?

Referenser

1. Westmark F. Om förlossningen vid trångt bäcken. Stockholm: Central-Tryckeriet, 1900.
2. Socialstyrelsen. Kejsarsnitt i Sverige 1973–1997. EPC rapport 1999:2. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.

Omställningsförsäkring – en väg till snabb rehabilitering?

Under 1990-talet har lagändringar som berör rätten till sjukpenning, rehabilitering och arbetsskadeersättning ägt rum inom socialförsäkringen. Det har medfört att möjligheterna till arbetslivsinriktad rehabilitering för bland annat personer med arbetsrelaterad astma och hudsjukdom har beskurits.

Mot bakgrund av de erfarenheter vi gjort sedan 1995 och 1997, då de nu gällande reglerna började tillämpas, vill vi från yrkes- och miljödermatologi och yrkesmedicin föra fram ett förslag om en »omställningsförsäkring» (omställningsersättning). En sådan åtgärd skulle underlätta återgång i yrkesarbete i fall där medicinska skäl omöjliggör återgång i ursprungsyrt.

Två fallbeskrivningar

För att belysa konsekvenserna av den nu gällande socialförsäkringen vill vi ge två korta fallbeskrivningar från vår patientverksamhet.

Fall 1. 37-årig man, bagare/konditor sedan slutet av 1970-talet, nu egen företagare. I arbetet intensiv exponering för mjöldamm. Sedan början av 1990-talet ökande besvär av arbetsrelaterad rinit och astma. Besvärerna avklingar vid längre ledighet. Positiv pricktest och RAST

Författare

LENA EKENVALL

överläkare, docent, yrkesmedicinska enheten

CAROLA LIDÉN

överläkare, docent, yrkes- och miljödermatologen

GUNILLA SANDEMO

kurator, yrkes- och miljödermatologen

KARIN WRANGSJÖ

överläkare, yrkes- och miljödermatologen

MATS ÅHMAN

överläkare, yrkesmedicinska enheten; samtliga vid Stockholms läns landsting.

”Detta betyder i praktiken att många yrkesarbetande personer, såsom tandläkare, kockar och frisörer, som på grund av t ex arbetsrelaterad allergi, hudsjukdomar eller annan överkänslighet inte kan fortsätta i sitt yrke inte heller kommer ifråga för arbetslivsinriktad rehabilitering genom sjuk- eller arbetsskadeförsäkring.”

för vetemjöl, och positiv RAST för alfa-amylas (mjölförbättringsmedel). Sänkta värden för FVC och FEV₁.

Patienten bedöms under arbetsperioder ha astmatiska symtom av svårighetsgrad som föranleder sjukskrivning. Då patientens besvär avklingar efter en tids sjukskrivning bedöms han av försäkringskassan som arbetsför och hans sjukpenning dras in. Arbetsskadeanmälan tas då inte heller upp till behandling.

Hans enda val från försörjningssynpunkt är nu att gå tillbaka till sitt bageri med fortsatta luftvägssymtom. Risken att hans astma försämras genom daglig allergenexponering på arbetsplatsen bedöms som överhängande.

Fall 2. 35-årig tandsköterska. Efter fem år i yrket utvecklar hon ett svårt handeksem under 1997. Utredning visar kontaktallergi mot nickel, desinfektionsmedel och kontakturticaria mot naturgummilates. Patienten sjukskrivs och rekommenderas av medicinska skäl arbetsbyte. Efter yrkesvägledning påbörjas arbetsprövning på kontor. Arbetsprövningen fungerar bra och hand-