

## Kejsarsnitt på humanitär indikation ämne för NIH-konferens

Kejsarsnittsfrekvensen ökar i alla västländer. I USA var den under 2004 29,1 procent, vilket är den högsta någonsin. Ökningen har många orsaker, men för att veta hur man skall förhålla sig till ökningen hölls i mars 2006 en sk State of the science conference på National Institutes of Health (NIH) i USA.

Syftet med denna typ av konferens är att en oberoende panel av medicinskt kunniga och representanter för allmänheten tillsammans med experter går igenom den litteratur som finns inom det aktuella området. Ett uttalande skrivs sedan av panelen. Alla är välkomna till dessa konferenser, som är kostnadsfria. Konferensdeltagarna får sedan möjlighet att kommentera uttalandet. Det hela avslutas med en presskonferens. Hela uttalandet kan läsas på NIHs webbplats.

**Det aktuella ämnet** var kejsarsnitt på »maternal request«, dvs kejsarsnitt utan någon medicinsk indikation (i Sverige ofta kallat humanitär indikation). Konferensen var fokuserad på fyra frågor: trender i kejsarsnittsfrekvenser i USA och i världen; vilka kort- och långtidseffekter det finns för mor och barn vid kejsarsnitt på humanitär indikation om man jämför med planerad vaginal förlossning; vilka faktorer som påverkar

dessa effekter och, slutligen, vilken forskning som bör prioriteras för att man skall få ytterligare kunskap om effekterna.

Man konstaterade att frekvensen kejsarsnitt på humanitär indikation verkar öka i alla länder. Siffrorna är osäkra, eftersom det är en flytande övergång mellan humanitär och medicinsk indikation. Humanitär indikation finns inte alltid som indikation. Man konstaterade också att det finns otillräckligt med evidens för att bedöma för- och nackdelar med planerat kejsarsnitt på humanitär indikation jämfört med planerad vaginal förlossning, då inga studier med evidensgrad 1 finns. För tre variabler finns evidensgrad 2: blödning, vårdtid och andningssvårigheter hos barnet. Vid planerat kejsarsnitt blöder kvinnorna mindre än vid planerad vaginal förlossning, vårdtiden är längre och barnen har större risk för andningssvårigheter. För övriga effekter finns bara studier med evidensgrad 3.

**Så länge resultat** från studier med högt evidensvärde inte finns bör kejsarsnitt på humanitär indikation företas först efter individuell bedömning med hänsyn tagen till etiska principer. Eftersom risken för placenta praevia och accreta ökar

för varje kejsarsnitt bör kejsarsnitt på humanitär indikation inte rekommenderas kvinnor som önskar flera (»several«) barn. Med tanke på lungbesvär hos barnet bör kejsarsnitt på humanitär indikation inte göras före graviditetsvecka 39.

**Studier rörande** frekvensen av kejsarsnitt på humanitär indikation och kostnaderna för dessa bör uppmuntras. Möjlighet att särskilja dessa kejsarsnitt måste skapas. Stora kohortstudier om effekterna bör planeras med långtidsuppföljning av mammorna och barnen. Frekvensen av ovanliga komplikationer bör studeras i stora databaser. Man bör undersöka om det är möjligt att genomföra en randomiserad studie, och man bör försöka identifiera kvinnor som löper störst risk för komplikationer vid planerad vaginal förlossning och låta dem genomgå planerat kejsarsnitt. Psykologiska faktorer och förlossningsupplevelse bör jämföras vid planerat kejsarsnitt och planerad vaginal förlossning.

**Ellika Andolf**

överläkare, kvinnokliniken,  
Danderyds sjukhus, Stockholm

<http://www.consensus.nih.gov>

## Resektion och stomi förstahandsval vid perforerad divertikulit

Sigmoideumresektion och stomi (Hartmanns procedur, HP) är förstahandsval vid akut operation för komplicerad divertikulit, framför allt när operationen utförs jourtid av icke-kolorektalkirurg. I den aktuella studien har man undersökt om primärresektion och anastomos (primary resection and anastomosis, PRA) är förenad med lägre mortalitet och komplikationer inom 30 dagar än HP. Då vissa av patienterna med komplicerad divertikulit är allvarligt sjuka föreligger svårigheter att göra randomiserade studier.

Av 415 prospektivt inkluderade, men alltså inte randomiserade, patienter från 42 centra i Storbritannien och Irland opererades år 2003 248 med PRA och 167 med HP. PRA utfördes framför allt elektivt, i tre fall av fyra, och HP framför allt akut, i fyra fall av fem. HP gav signifikant högre mortalitet och fler kirurgiska och medicinska komplikationer. Då majoriteten av PRA utfördes elektivt på

mindre allvarliga indikationer kunde detta förväntas. HP utfördes framför allt vid akut operation, hög ålder, sjuklighet, bukhinneinflammation och oftare av icke-kolorektalkirurg. Efter försök till gruppering – med lika gamla, lika sjuka, lika allvarlig bukhinneinflammation och lika erfarna operatörer men opererade på olika sätt – kvarstod ingen signifikant skillnad i mortalitet. Skillnaderna i övrigt kvarstod men var mindre. Konklusionen var att PRA inte ger ökad dödlighet utan snarare färre komplikationer även vid akut operation. De utfördes oftare av kolorektalkirurg.

PRA vid strikturerande cancer eller strikturerande divertikulit är idag en

.....  
**»Författarna visar att primärresektion och anastomos kan vara ett alternativ till resektion och stomi ...«**

okontroversiell metod. Enstaka fallrapporter och studier talar för att den är möjlig att använda även vid perforerande divertikulit, dvs det som oftast är orsaken till akut operation.

Författarna visar att primärresektion och anastomos kan vara ett alternativ till resektion och stomi, men framför allt visar de på behovet av framtida randomiserade studier. Även i fortsättningen är således HP att betrakta som ett förstahandsval när det gäller gamla, svårt sjuka patienter med perforerad divertikulit, framför allt om operationen utförs akut på jourtid av icke-kolorektalkirurg.

**Anders Rosemar**

kolorektalkirurg, kirurgiska akutvårdsavdelningen, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

Constantinides VA, et al. Prospective multicentre evaluation of adverse outcomes following treatment for complicated diverticular disease. Br J Surg. 2006; 93(12):1503-13.

## Lagförslag om dödshjälp noggrant granskat och avvisat av brittiska överhuset

Brittiska överhuset röstade i maj 2006 nej till ett lagförslag om läkarassistans för att dö. En omfattande utredning föregick omröstningen: en kommitté inhämtade upplysningar från 140 experter, och kommittémedlemmar besökte Oregon, Holland och Schweiz.

**I en ledare** i Clinical Ethics kommenterar ordföranden för the Royal Society of Medicine, palliativvårdsprofessorn Iloira Finlay, röstningsutslaget, som innebär en klar nej-övervikt, också när man räknat bort biskopar. Hon påpekar att kliniker som arbetar med döende patienter mycket oftare är motståndare till dödshjälp än teoretiker, fjärran från klinisk praxis. 94 procent av läkare i palliativ vård har motsatt sig en lag om rätt till läkarassisterat självmord/eutanasi. Detta är en något större del än bland andra brittiska läkare och tolkas kunna bero på att läkare i palliativ vård har kunskap om dödsönskans fluktuerande karaktär och att diagnoser och prognoser ofta grovt felbedöms.

De som är för läkarmedverkan för att förkorta ett lidande framhåller att det gäller enbart terminalt sjuka. Men också om man här bortser från frågan om varför dödshjälp skall ges endast de terminalt sjuka, om nu outhärdligt lidande skall vara motivet för att få livsförkortning, så kvarstår svårigheter med avgränsning av terminal sjukdom. Flera överhusmedlemmar påpekade att vi alla påverkar varandra i ett samhälle. I varje samhälle finns gränser för vårt självbe-



Foto: IBL/Bildbyrå

Kommittén fann hållpunkter för att eutanasi i Holland ibland ses som en lösning på inadekvat symtomkontroll. Bilden: »Den döende dandyn« målad 1918 av Nils von Dardel.

stämmande: det är förbjudet att bära vapen i Storbritannien, också om många skulle känna sig säkrare vapenförsedda. Riskerna för samhället ses överväga enstaka individers upplevda nytta.

**Kommittén var klar** över att det inte går att säkert uttala sig om prognoser. Överhusmedlemmen Chapman med osteogenesis imperfecta redogjorde för handikappades motstånd mot lagförslaget. Hon hade tappat räkningen på hur många gånger hon fått reda på att hon var döende. En annan medlem skildrade hur hon vakat hos en ung man med aggressiv leukemi. Han uppfyllde lagförslaget uppställda kriterier för att få assistans att dö. Några gånger visste man inte om han skulle överleva dygnet. Hans fysiska smärta och ångest var oer-

hörd. Han sade upprepade gånger att han inte orkade längre. Nu fjorton år senare mår han bra, men han skulle inte leva om lagen funnits när han var sjuk.

**Artikelförfattaren** ställer frågan om det är värre för några att leva dagar/veckor längre än de önskar än det är för andra att få sina liv avslutade månader eller år i förväg, därför att deras beslut grundas på bristande kunskap eller på att de är i en fas av oförmåga att se framåt.

Ovannämnda kommitté fann hållpunkter för att eutanasi i Holland ibland ses som en lösning på inadekvat symtomkontroll och att holländska läkare ser behovet av eutanasi som mindre när de lärt sig den palliativa vårdens grunder. Kommittén fann också att effektiv smärt- och symtomkontroll reducerades i Oregon sedan man där fick rätt till läkarassisterat självmord.

I artikeln hänvisas till studier där man påvisat att läkares bedömning förvrids när det finns laglig möjlighet till terapeutiskt dödande. I en svensk TV-debatt (Argument 31 oktober 2006) anförde deltagare att svenska politiker inte vågar ta i frågor om assisterat självmord/eutanasi. Nu har alltså politiker i ett land med många likheter med Sverige gjort en noggrann genomgång.

**Reet Arnman**

reet.arnman@telia.com

Finlay I. The flip side to »assisted dying« – why the Lords were wise to reject Lord Joffe's Bill. Clinical Ethics. 2006;1:118-20.

## Lägger vi för mycket pengar på HIV?

**BMJ** Spenderar vi för mycket pengar på HIV? Den kontroversiella frågan ställs av Roger England vid organisationen Health Systems Workshop i BMJ. England hävdar att HIV-bekämpningen ofta är långt ifrån kostnadseffektiv och ibland till och med kontraproduktiv.

Frågan ställs baserat på beräkningar från OECD-länderna (Organisation for Economic Cooperation and Development). Enligt dessa spenderades 21 procent av det sammanlagda biståndet för sjukdomsbekämpning från i-länderna till världens fattiga länder på HIV år 2004; idag kan andelen överstiga 25 procent, tror England. Motsvarande andel

år 2000 var 8 procent; detta trots att HIV, enligt OECDs beräkningar, endast bidrar med 5 procent av den totala sjukdomsbördan i låg- och medelinkomstländer beräknat som sjukdomsjusterade levnadsår (disability adjusted life years, DALY).

Luftvägsinfektioner och ischemisk hjärtsjukdom är exempel på sjukdomsområden som orsakar större sjukdomsbörda än HIV/aids men som får nöja sig med en mindre andel medel. Program för HIV-intervention är, jämfört med behandlingsprogram mot flera andra sjukdomar, inte tillräckligt kostnadseffektiva för att motivera en så pass kraftig snedfördelning, menar England.

Åsikterna får dock kraftigt mothugg av

Paul de Lay vid Förenta Nationernas UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV and AIDS) som bland annat anser att HIV försvårar den ekonomiska återhämtningen för länder i tredje världen och att sjukdomen omöjliggör för människor i dessa länder att skapa sig drägliga levnadsvillkor. De resurser som idag läggs på HIV är »gravt otillräckliga«, och de framtida kostnaderna av att inte omedelbart ta krafttag mot HIV är högre än för något annat allvarligt hälsoproblem, anser de Lay vidare.

**Anders Hansen**

läkare, frilansjournalist  
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. 2007;334:344.