

# Obstetrikerna och barnmorskorna: Kejsarsnittsfrekvensen är för hög

## Enkätstudie om orsaker bakom ökningen gjord på årsmöte

**INGEGERD HILDINGSSON**, barnmorska, lektor, institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Sundsvall [ingegerd.hildingsson@miun.se](mailto:ingegerd.hildingsson@miun.se)  
**ERICA SCHYTT**, barnmorska, lektor, Högskolan Dalarna, Centrum för klinisk forskning,

Falun  
**KARIN GOTTVALL**, barnmorska, lektor  
**ULLA WALDENSTRÖM**, barnmorska, professor, samtliga institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm



Andelen kejsarsnitt i Sverige ökade från 10,9 procent år 1991 till 16,6 procent år 2001. Karin Källén och medarbetare har nyligen genomfört en kartläggning och analys av denna ökning [1]. De fann att den var störst bland de mer normala graviditeterna, de fullgångna med ett foster i huvudbjudning. Av ökningen i denna grupp berodde 30 procent på förändringar i befolkningen (tyngre, äldre, fler förstföderskor), 30 procent på fosterindikation, 10 procent på att kvinnan tidigare hade förlöst med kejsarsnitt, 9 procent på sannolikt psykosocial («humanitär») indikation och 21 procent på övriga eller okända orsaker. Man fann inget samband mellan ökningen av kejsarsnitt och den perinatale dödligheten under samma period. Rapporten sammanfattar: »Det kan vara rimligt att anta att en del av den ökande kejsarsnittsfrekvensen visserligen kan vara betingad av en bättre identifiering av risksituationer – både prenatalt och intrapartalt – men att mycket talar för att en stor andel av den drastiska ökningen knappast har varit medicinskt motiverad« [1].

### Läkarnas attityd påverkar kejsarsnittsfrekvensen

I medier har ökningen av kejsarsnitt ofta tillskrivits kvinnorna själva, speciellt välutbildade kvinnor i karriären som vill planera sin förlossning. Denna bild har dock visat sig inte gälla för kvinnor i Sverige eftersom kejsarsnitt är vanligare bland lågutbildade [1] och önskan om kejsarsnitt under graviditeten är vanligare bland mer utsatta kvinnor, exempelvis ensamstående, rökare och kvinnor som lider av allmän oro och förlossningsrädsla [2]. Förhållandena kan vara annorlunda i andra länder. Exempelvis visade en nyligen publicerad studie från Italien att kejsarsnitt hade samband med hög utbildningsnivå [3].

Mycket tyder på att attityderna bland läkarna har betydelse för kejsarsnittsfrekvensen. När engelska obstetrikerna tillfrågades om förlossningssätt, om de själva eller deras partner väntade sitt första barn, med fullgångna graviditet, foster i huvudbjudning och frånvaro av medicinska komplikationer, uppgav 17 procent att de önskade planerat kejsarsnitt [4]. Bland de kvinnliga obstetrikerna var siffran 31 procent. Motsvarande siffra bland anestesioleger var 14 procent [5], men bland engelska barnmorskor bara 4 procent [6].

Läkarnas inställning till kvinnans roll i beslutet om kejsarsnitt har belysts i flera studier. I en kanadensisk undersökning ansåg 79 procent av obstetrikerna att kvinnor har rätt att kräva kejsarsnitt utan medicinsk indikation, medan 100 procent av

**TABELL I.** Läkare och barnmorskors uppfattningar om kejsarsnitt.

	Läkare (n=166), procent	Barnmorska (n=69), procent
<i>Åsikter om nuvarande kejsarsnittsfrekvens</i>		
För hög	71	92
Lagom	27	8
För låg	3	0
<i>Kvinnans roll i beslutsfattandet</i>		
Själv bestämma efter information	23	14
Läkaren bestämmer	65	66
Annat	11	20
<i>Eget önskemål om förlossningssätt</i>		
Om barnet viktskattats till 3 kg		
Vaginalt	99	100
Kejsarsnitt	1	0
Om barnet viktskattats till 4 kg		
Vaginalt	99	100
Kejsarsnitt	1	0
Om barnet viktskattats till 4,5 kg		
Vaginalt	77	93
Kejsarsnitt	23	7
<i>Orsak till önskan om kejsarsnitt, fostervikt 4,5 kg</i>		
Risk för skador i perineum	19	1
Risk för anal- eller urininkontinens	20	4
Risk för sexuell dysfunktion	7	0
Risk för fosterskada	21	12
Risk för förlossningssmärta	1	0
Önskar kontrollera tidpunkt för förlossningen	1	0

barnmorskorna hade motsatt uppfattning [7]. Motsvarande siffra bland erfarna holländska obstetrikerna var omkring 20 procent [8] och bland danska obstetrikerna 38 procent [9].

Vi ville veta mer om hur obstetrikerna och barnmorskorna i Sverige ser på den ökande kejsarsnittsfrekvensen och tog tillfället i

### SAMMANFATTAT

**Majoriteten av de** svarande obstetrikerna och barnmorskorna ansåg kejsarsnittsfrekvensen för hög.

**23 procent av läkarna** ansåg att kvinnan själv kan fatta beslutet om kejsarsnitt.

**Ökningen av kejsarsnitt** tros bero på

- kvinnan (psykologiska faktorer, egen önskan, lägre tolerans för risker samt att

- kejsarsnitt ses som säkert)
- personalen (rädsla, slapphet, bristande kompetens)
- samhället (attitydförändringar till kejsarsnitt)
- vården (organisation, stress och personalbrist)
- medicinska orsaker (nya indikationer för kejsarsnitt, och förändringar i populationen).

akt att dela ut ett frågeformulär i samband med Svensk förening för obstetrik och gynekologis årliga möte i Falun år 2005.

## METOD

Sammanlagt deltog 510 obstetriker/gynekologer och 173 barnmorskor i konferensen. Frågeformulär delades ut till samtliga deltagare, i den ryggsäck de fick i samband med registreringen. En påminnelse skickades ut via e-post två veckor efter konferensen med möjlighet att besvara en nätversion av frågeformuläret.

Förutom frågor om deltagarnas yrkesbakgrund efterfrågades inställningen till kejsarsnittsfrekvensen i Sverige, kvinnans roll i beslutsfattandet och hur man själv skulle göra som kvinna eller partner om man väntade barn. Den senare frågan var utformad som i tidigare studier från andra länder och gällde önskat förlossningssätt vid en fullgången, okomplicerad graviditet, med ett barn i huvudbjudning [4-6]. Tre möjliga scenarier beskrevs beroende på barnets vikt utifrån ultraljudsbaserad vikt-skattning. De som önskade kejsarsnitt ombads även att motivera varför. En öppen fråga ställdes också om varför man trodde att kejsarsnittsfrekvensen ökade.

Kvantitativa data bearbetades i statistikprogrammet SPSS. Skillnader mellan grupper beräknades med  $\chi^2$  test. Svaren på de öppna frågorna lästes först igenom ett flertal gånger varefter det manifesta innehållet identifierades. Utsagorna sorterades med hjälp av ett binärt index (finns/finns ej), och klassificerades därefter i grupper av olika argument. Dessa sammanfördes slutligen i mer övergripande kategorier [10].

## RESULTAT

Sammanlagt besvarade 235 personer frågeformuläret, vilket var 34 procent av deltagande gynekologer/obstetriker och barnmorskor. Av dessa var 166 (71 procent) läkare och 69 (29 procent) barnmorskor. Medelåldern var 48 år. I genomsnitt hade läkarna varit specialister i 14 år och barnmorskorna yrkesverksamma i 20 år. Andelen kvinnor var 68 procent bland läkarna och 98,5 procent bland barnmorskorna.

**Kejsarsnittsfrekvensen.** Tabell I visar att majoriteten ansåg att kejsarsnittsfrekvensen i Sverige är för hög (77 procent). Barnmorskorna var mer kritiska än läkarna ( $P=0,002$ ). Deltagare i åldersgruppen 41-60 år var mer kritiska än yngre ( $P<0,01$ ). Ingen statistisk skillnad observerades mellan kvinnliga och manliga läkare.

**Kvinnans roll i beslutsfattandet.** En majoritet av de svarande (66 procent) ansåg att läkaren är den som skall fatta beslutet om kejsarsnitt efter samråd med kvinnan, men 23 procent ansåg att kvinnan själv kunde fatta beslutet efter att ha fått information om för- och nackdelar (Tabell I). Inga statistiska skillnader observerades mellan yrkesgrupper, mellan åldersgrupper eller mellan kvinnliga och manliga läkare. Däremot var männen mer benägna att anse att kvinnan själv kan bestämma förlossningssättet ( $P<0,05$ ).

**Egen önskan om förlossningssätt.** Majoriteten av deltagarna skulle föredra en vaginal förlossning om barnet viktskattades till 3 eller 4 kilo (Tabell I). Om barnet skattades som tyngre (4,5 kg) önskade 18 procent kejsarsnitt, och denna önskan var vanligare bland läkare än bland barnmorskor ( $P<0,01$ ). Orsakerna till denna önskan var risk för fosterskada, följt av risk för inkontinens och skador i bäckenbotten.

**Orsaken till ökningen av kejsarsnitt.** Som svar på den öppna frågan om orsaker till ökningen av kejsarsnittsfrekvensen

**TABELL II. Läkares och barnmorskors åsikter om orsaken till ökningen av kejsarsnittandelen i Sverige.**

Faktorer relaterade till kvinnorna	Antal citat
<i>Psykologiska faktorer</i>	
Otrygga, rädda, dåligt självförtroende	60
Behov av kontroll	14
Vill undvika smärta	5
Stressade, deprimerade	5
Tidigare negativ förlossningsupplevelse	3
Ospecificerade humanitära skäl	13
<i>Lägre tolerans för risker – tror kejsarsnitt är säkrare</i>	
Vill ej ta risker, oroliga för skador	22
Kvinnorna förändrade (t ex mer kroppsfixerade)	3
Bedömer operationsrisken liten	1
<i>Kvinnans egen uppfattning mer betydelsefull</i>	
Egna krav och önskemål, upplysta, tror de vet bäst	34
Har inte kunskap	8
Litar inte på vården	3
<b>Faktorer relaterade till personalen</b>	
<i>Mer rädda</i>	
Rädsla, exempelvis för anmälan	44
Kontrollbehov	3
<i>Lägre kompetens</i>	
Bristande erfarenhet och kompetens	11
Bristande handledning	4
<i>»Slapphet«</i>	
Glidande indikationer	13
Bristande tålmod	7
Flathet, bristande moral	6
<b>Attitydförändringar till kejsarsnitt</b>	
Ändrad attityd i samhället	20
Ändrad attityd bland personalen	12
Ändrad attityd bland kvinnorna	11
Mediemas framställningar	10
<b>Faktorer relaterade till vården</b>	
Personalbrist, tidsbrist och stress	30
Övervakning, teknik, diagnostik	11
Stora enheter	7
Ändrade rutiner, riktlinjer, jourer	6
<b>Medicinska skäl</b>	
Sätesändläge indikation för snitt	16
Fler äldre kvinnor	15
Fler kvinnor med tidigare kejsarsnitt	10
Fler induktioner och interventioner	8
Fler överviktiga	7
Fler förstföderskor	3
Vill ej utsätta patienter för risker	3
Fler kvinnor med tidigare sfinkterruptur	2
Kvinnorna sjukare	2
Större barn	1

fanns 418 olika utsagor, som vi grupperade i fem övergripande kategorier (Tabell II): faktorer relaterade till kvinnan (41 procent av citaten), faktorer relaterade till personalen (21 procent), allmänna attitydförändringar till kejsarsnitt (13 procent), faktorer relaterade till vårdens organisation (13 procent) samt medicinska skäl (12 procent) (Tabell II).

I den första kategorin, som gällde kvinnornas inställning, dominerade psykologiska faktorer, i huvudsak rädsla, oro och behov av kontroll. Man trodde också att kvinnor i dag är mindre villiga att ta risker och att kejsarsnitt uppfattas som riskfritt. Kvinnor ansågs också vara mer upplysta och benägna att ställa krav än tidigare. I den andra kategorin, som gällde personalen, dominerade också citat om rädsla – rädsla att göra fel och rädsla för anmälan. Bristande kompetens att handlägga en normal förlossning samt »slapphet« i form av bristande tålamod och glidning i indikationerna för kejsarsnitt, fanns också med bland citaten. Den tredje kategorin, som gällde ändrade attityder till kejsarsnitt, inkluderade förändringar i hela samhället, bland både barnafödare, personal och massmedier. Den fjärde kategorin inkluderade citat om förändringar i vårdens organisation, exempelvis personalbrist, tidsbrist, stora enheter, men också den mer intensiva tekniska övervakningen. Slutligen angavs medicinska skäl, varav en del var relaterade till förändringar i den barnafödande populationen, andra till nya riktlinjer, som i fråga om barn i sätesändläge. Den enda kategori där yrkesgrupperna skilde sig åt var att barnmorskor oftare nämnde faktorer relaterade till vården som orsak till den ökade frekvensen av kejsarsnitt ( $P < 0,05$ ).

Här följer några citat:

»Kvinnornas önskemål samt oro för asfyxi. Mindre tolerans för att det kan ta tid att föda barn.«

»Fler med tidigare snitt och högre andel förstfödare.«

»Allmän attityd. Otrygghet hos patienter och läkare!«

»Tidsbrist och överbelastning hos vårdpersonalen, vilket inte ger tillräckligt utrymme för information och framför allt bra vård/omhändertagande före, under och efter förlossning. Detta leder till stor osäkerhet och rädsla hos våra patienter. Vi skulle kunna ge så mycket mer stöd och information med ökade resurser. I synnerhet är storsjukhusens kaotiska och överbelastade miljö destruktiv!«

## DISKUSSION

Mer än två tredjedelar av läkarna och nästan alla barnmorskor som deltog i denna studie ansåg att dagens kejsarsnittsfrekvens är för hög, och en majoritet ansåg att det var läkarna som fattade beslut om kejsarsnitt. Man kan då fråga sig varför verkligheten ser ut som den gör. Varför handlar inte läkarkåren utifrån sin övertygelse? En förklaring skulle kunna vara att de obstetiker som deltog i konferensen och som valde att besvara frågeformuläret inte var representativa för hela yrkeskåren. Mot detta kan invändas att även om studiedeltagarna var selekterade när det gäller inställningen till kejsarsnitt så var de troligen även selekterade beträffande engagemang i yrket och inställningen till evidensbaserad medicin. Det är sannolikt att personer som åker på konferens för att skaffa sig mer kunskap även har stort inflytande i den kliniska verksamheten. Diskrepansen mellan den egna inställningen och praktiken skulle därmed kvarstå.

Karin Källéns och medarbetares slutsats att en stor andel av den ökade kejsarsnittsfrekvensen nog inte är medicinskt motiverad [1] tycks ha stöd bland dem som besvarade vår enkät eftersom endast 12 procent av de skäl som angavs i den öppna frågan om orsaker till ökningen var av medicinsk natur. Den enskilt vanligaste orsaken handlade om rädsla – både hos barnafödare och hos läkarna. Hos kvinnorna handlade det mer om osäkerhet och dålig tilltro till den egna förmågan att föda och hos läkarna om rädsla för felbehandling och anmälan. En lång rad förklaringar handlade om förändrade attityder och förhållningssätt hos de födande kvinnorna, personalen och i sam-

**TABELL III.** Andelen kejsarsnitt år 2003 angivet per sjukhus (i procent). Avrundade data från Socialstyrelsens statistikdatabas [11].

Sjukhus	Procent kejsarsnitt
Karolinska sjukhuset	23
Södersjukhuset	22
Örnsköldsviks sjukhus	20
Motala lasarett	20
Gällivare lasarett	19
Akademiska sjukhuset, Uppsala	19
Visby lasarett	18
Västerås lasarett	18
Gävle-Sandviken	18
Ljungby lasarett	18
Kristianstads sjukhus	18
Universitetssjukhuset i Linköping	17
Norrlands universitetssjukhus	17
Varbergs sjukhus	17
Falu lasarett	17
Karlstads sjukhus	17
Huddinge sjukhus	17
Nyköpings sjukhus	17
Växjö lasarett	17
Sundsvalls sjukhus	17
Länssjukhuset Ryhov	17
Halmstads sjukhus	17
Södertälje sjukhus	16
Mälarsjukhuset	16
Hälsinglands sjukhus	16
Danderyds sjukhus	16
Universitetssjukhuset i Lund	16
Blekingesjukhuset	16
Lycksele lasarett	16
Länssjukhuset Kalmar	15
Ystads lasarett	15
Vrinnevisjukhuset	15
Skövde lasarett	15
Östersunds sjukhus	15
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	14
Sunderby sjukhus	14
Skellefteå lasarett	14
Universitetssjukhuset MAS, Malmö	14
Karlskoga lasarett	14
Mora lasarett	14
Örebro regionsjukhus	13
NU-sjukvården	13
Västerviks sjukhus	12
Skaraborgs sjukhus	12
Helsingborgs lasarett	12
Värnamo sjukhus	12
SÅ-sjukvården	11
Sollefteå sjukhus	11
Höglandssjukhuset	10

hället i stort. Man kan säga att den absoluta majoriteten av förklaringar till att kejsarsnittet ökat hänfördes till förändringar i normer och värderingar i samhället. Mot denna bakgrund blir den nationella statistiken över andelen kejsarsnitt vid landets olika sjukhus svår att greppa. Under år 2003 varierade den från 10 till 23 procent (Tabell III). Även om man tar hänsyn till skillnader i selektionen av komplicerade graviditeter vid stora universitetssjukhus och mindre sjukhus så kvarstår stora skillnader i praxis. Man kan då fråga sig om barnafödare, läkarna och barnmorskorna verkligen är så olika i landets olika delar. Eller beror skillnaderna i kejsarsnitt i huvudsak på olika vård-

kulturer vid landets förlossningsavdelningar, exempelvis när det gäller ledarskap, synen på kejsarsnitt, kvalitetskontroll i form av uppföljning och diskussion av enskilda fall?

Nästan var fjärde läkare (23 procent) ansåg att kvinnan själv fritt skall kunna välja förlossningssätt, efter att ha fått information om dess för- och nackdelar. Detta resultat kan tyckas anmärkningsvärt med tanke på att läkaren är medicinskt ansvarig och följaktligen ansvarig även för de medicinska konsekvenserna av kvinnans beslut. Möjligen tolkades frågan som om det gällde beslutsprocessen, men mot detta talar de precisa svarsalternativen. Det var således endast 65 procent av läkarna som prickade för svarsalternativet »Nej, det är läkarens ansvar att själv fatta detta beslut efter samråd med kvinnan«. Dessa resultat tyder på att det skett en glidning i själva grunderna för medicinskt beslutsfattande. Att kvinnan har stort inflytande över beslutet om kejsarsnitt ser vi som positivt men som en annan fråga. Att hennes inflytande är stort visar en uppföljning av ett nationellt urval av gravida kvinnor i Sverige som önskade kejsarsnitt i början av graviditeten och där nära hälften senare förlöstes med kejsarsnitt [12]. Kvinnans egen önskan var, vid sidan om medicinsk indikation och tidigare kejsarsnitt, en stark prediktor för planerat kejsarsnitt.

Även om vi tror att våra resultat är representativa för läkare och barnmorskor med stort engagemang i sina respektive yrken och i frågan om kejsarsnitt bör generalisering till hela yrkeskåren göras med försiktighet, speciellt med tanke på att också svarsfrekvensen bland konferensdeltagarna var låg.

annons

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Källén K, Rydhström H, Otterblad Olausson P. Kejsarsnitt i Sverige 1991–2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
2. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 2002;109(6):618–23.
3. Mancuso A, DeVivo A, Fanara G, Settineri S, Triolo O, Giacobbe A. Women's preference on mode of delivery in Southern Italy. *Acta Obstet Gynecol*. 2006;85:694–9.
4. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;73:1–4.
5. Dickson MJ, Willett M. Midwives would prefer a vaginal delivery [letter]. *BMJ*. 1999;319:1008.
6. Hersch PE, Pickett JA. Elective caesarean section on request. *Int J Obstet Anesth*. 2001;10:148.
7. 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*. 2004;112:1388–93.
8. Kwee A, Cohlen BJ, Kanhai HH, Bruinse HW, Visser GH. Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;5:113(2):186–90.
9. Bergholt T, Östberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective caesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:262–6.
10. Rosengren KE, Arvidsson P. Sociologisk metodik. Stockholm: Liber; 2002.
11. Socialstyrelsen. Statistikdatabaser – Förlossningsstatistik. Statistik från Medicinska födelseregistret 1973–2004. <http://www.socialstyrelsen.se>
12. Hildingsson I. How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. Midwifery. In press 2006.