

Förebyggande mödrahälsovård i stället för allt fler kejsarsnitt!

Blivande föräldrars möjligheter att få samtal, information och stöd angående graviditeten har minskat på grund av reducerade resurser. Läkare- och barnmorskebesöken har blivit färre och psykoprofylaxen tagits bort. Samtidigt har kejsarsnitt kommit att framställas som en rättighet. Men överkonsumtion av kejsarsnitt är skadlig både för individen, sjukvården och samhället. Det är dags att återupprätta den förebyggande mödrahälsovården!

Varför fortsätter kejsarsnittsfrekvensen att öka? Finns orsakerna hos individen, i samhället eller i sjukvården? Kvinnans »rätt« till kejsarsnitt framhålls i samhällsdebatten som en politisk fråga.

Från Folkhälsoinstitutet har rapporterats att människors upplevelse av att kunna påverka sin situation i samhälle och arbetsliv har minskat, särskilt uttalat för kvinnor och invandrade medborgare (Gunnar Ågren, DN Debatt, 5 oktober 2005).

I dagens informationssamhälle kan en nedgång i människors upplevelse av medinflytande och stöd från anhöriga och omgivning resultera i ökade krav på att sjukvården ska tillgodose sociala be-

hov. Illabefinnande klassas som sjukdom. På grund av minskade resurser har de blivande föräldrarnas möjlighet till samtal, information och stöd angående graviditetens fysiologi och psykologi successivt minskat. Detta kan medföra ökade krav på kejsarsnittsförlossning som lösning på en situation som upplevs som svårhanterbar.

Socialdepartementet lämnade under 1990-talet i uppdrag till

Socialstyrelsen att granska mödrahälsovården, eftersom forskningsresultat visat att friska kvinnor med okomplicerad graviditet kunde övervakas med färre besök och att det fanns skäl att skilja på graviditetsövervakning av förstföderskor och omföderskor [6].

Detta resulterade i att basprogrammet för graviditetsövervakning reducerades (SoS rapport 1996: 7, Hälsovård före, under och efter graviditet). Barnmorske-

Kejsarsnittsförlossningar fortsätter att öka nationellt och internationellt. I USA var kejsarsnittsfrekvensen 29 procent år

2004, en ökning med 9 procent jämfört med året innan. Samtidigt sjönk incidensen vaginal förlossning efter kejsarsnitt med 13 procent [1]. I Sverige har kejsarsnittsfrekvensen ökat sedan 1990-talet och närmar sig den amerikanska, framför allt i större städer. Kejsarsnitt på patientens begäran, s k »humanitär indikation«, har starkt bidragit till denna ökning.

Incidenssiffror på 1–48 procent av totala antalet kejsarsnitt för allmänna sjukvårdsenheter och 60 procent för privata inrättningar har rapporterats [2, 3]. I den nyligen publicerade Cochrane-rapporten om kejsarsnitt på icke medicinsk indikation konstateras att definitionerna av »patientens begäran« varierar avsevärt, och att randomiserade studier angående elektiva sectio

på patientens begäran saknas [3]. WHO har vid en konsensuskonferens med deltagare från mer än 20 länder fastslagit att en kejsarsnittsfrekvens på 10 pro-



Kejsarsnitt är inte riskfritt – både morbiditet och mortalitet är alltså högre än vid vaginal förlossning, visar aktuella studier.

cent är medicinskt motiverad och bör rekommenderas för populationen som helhet, och att en frekvens på 15 procent för en högriskpopulation är rimlig [4].

Den internationella federationen av gynekologer och obstetiker (FIGO) markerar i sitt etiska uttalande att »utföra kejsarsnitt av icke medicinska skäl inte är etiskt försvarbart«, men att »läkare har ansvaret att informera och råda den födande kvinnan i frågan« [5].



YLVA VLADIC STJERNHOLM
överläkare, med dr, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
ylva.vladic-stjernholm@karolinska.se

och läkarbesöken blev färre, de obligatoriska psykoprofylaxmomenten och efterkontrollen efter förlossning togs bort. Man betonade vikten av information om möjliga behandlingsalternativ (Patienten har rätt. SoU 1997:154).

Internationella professionella granskare av svensk sjukvård under denna period bedömde den svenska tilltron till »marknaden» som lösning på sjukvårdens problem som naiv och okritisk, och kommenterade att marknaden historiskt sett varit antagonistisk gentemot professionella värderingar och tvärtom lett till ökade kostnader [7].

Kan kejsarsnitt nu betraktas som riskfria? Aktuella studier visar att maternell och neonatal morbiditet och mortalitet efter kejsarsnitt fortfarande är högre än efter vaginal förlossning [3,8]. Mördödligheten i samband med kejsarsnitt har visserligen minskat sedan 1970-talet, men är fortfarande trefaldigt förhöjd vid elektiv sectio jämfört med vaginal förlossning [3]. Den neonatala mortaliteten har i en retrospektiv studie av mer än fem miljoner förlossningar rapporterats vara tre gånger högre för barn som fötts med planerat kejsarsnitt utan ökad medicinsk risk jämfört med barn som fötts vaginalt [8].

Hur sker kommunikationen i sjukvården när blivande föräldrar önskar kejsarsnitt utan att medicinsk indikation föreligger? Indikationen för sectio kan ibland baseras på att vårdgivaren »tycker» att patienten ska »få» ett kejsarsnitt. Det har visats att kliniker tenderar att hellre basera sitt handläggande på praxis genererad av kolleger än på evidensbaserad vetenskap.

Av tillfrågade kliniskt arbetande läka-

re befanns 76 procent vara medvetna om begreppet »klinisk evidens», medan bara 40 procent menade att klinisk evidens var applicerbar för deras område. Bara 27 procent var förtrogna med evidensbaserade metoder från kritiskt granskande reviewstudier, och stående inför ett kliniskt dilemma skulle majoriteten hellre konsultera en kollega än befintlig evidens på området [9].

Överkonsumtion av kejsarsnitt är skadlig både för individen, sjukvården och samhället. Personal, operationsutrymme och vårdplatser tas i anspråk av de friska som vet att ställa krav, och därmed reduceras resurserna för de svårt sjuka och medtagna som har svårare att hävda sin rätt.

Det är läkarens skyldighet att precisera indikationen, informera om de medicinska riskerna och att avstå från kejsarsnitt där indikation saknas. Läkaren är inte försäljare, patienten är inte kund. Graviditet är inte en sjukdom.

Förlossningen är en konsekvens av graviditeten, vilket är en självvald situation för paret och inte sjukvårdens ansvar. De blivande föräldrarna behöver stöd, vanligen inte sjukvård, under graviditeten. Kvinnor som föder i en stödjande omgivning har högre grad av självuppskattning, tilltro till sig själva som mödrar och mindre tendens till nedstämdhet efter förlossningen [10].

Gör graviditetskontrollerna vid mödravårdscentrerna tätare, inkludera psykoprofylax och efterkontroll efter varje förlossning, och inför en obligatorisk föräldramanad före barnets födelse!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Martin JA, Hamilton BE, Menacker F, Sutton PD, Mathews TJ. Preliminary births for 2004: infant and maternal health. Health E-stats. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention Web-site. Available at <https://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/prelim-births04/prelimbirths04health.htm>.
2. Declercq ER, Sakala C, Corry MB, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: report of the first US survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association; 2002.
3. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD004660.
4. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; ii:436-7.
5. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons. Int J Gynaecol Obstet. 1999;64:317-22.
6. Svensk kvinnosjukvård under ett sekel. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi med författare. Uppsala: Almqvist och Wiksell; 2004.
7. Lind J. Amerikansk sociolog om svensk sjukvårdsdebatt: Varför denna plötsliga tilltro till »marknaden»? Anders Milton i kommentar: Vi vill stärka patientens ställning (rep). Läkartidningen. 1993;90:3163-7.
8. Macdorman M, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with »no indicated risk». United States 1998-2001 birth cohorts. Birth. 2006;33:175-82.
9. Olatunbosun O, Edouard L, Pierson R. British physicians' attitude to evidence based obstetric practice. BMJ. 1998;316:365-6.
10. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikoden VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomised controlled study. Am J Obstet Gynecol. 1993;168:1388-93.

Fler debattinlägg på sidan 961.

Landstingets kvalitetssäkrade patientinformation

■ Stockholms läns landsting har i flera år gett ut en »rättighetskatalog» med titeln »Att stärka patientens ställning». Den är i första hand avsedd för patienter och finns tillgänglig på landstingets sjukvårdsinrättningar. I förordet anges dess främsta syfte vara att »kvalitetssäkra vården».

I slutet av boken beskrivs Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen. För den senare anges att »Den gäller inte biverkningar av läkemedel ...».

Jo, det är just det den gör! Läkemedelsförsäkringen tillkom för att ge ekonomisk ersättning till den som drabbats av

en allvarlig och ovanlig biverkning. Ersättning ges enligt skadeståndsrättsliga grunder. Läkemedelsförsäkringen kompletterar Patientförsäkringen och tillkom 1978, men är fortfarande underutnyttjad. En orsak kan vara denna desinformation.

Den felaktiga meningen passar däremot in i Patientförsäkringens villkorsavsnitt. Den kan ge ersättning om skada orsakats av felaktig ordination eller felaktigt utlämnande av läkemedel, men inte vid läkemedelsbiverkning.

Den felaktiga meningen fanns både i katalogens första upplaga (2000) och i

dess andra (2004). Vi hoppas att den rättas. Den som redan nu vill ha korrekt information kan gå till Fass 2007 (sidan 2172) eller till www.lakemedelsforsakringen.se och www.patientforsakringen.se.

Einar Perman

f d medicinsk rådgivare,
Läkemedelsförsäkringen
einar.perman@mailbox.swipnet

Pelle Netz

medicinsk rådgivare,
Patientförsäkringen
pelle.netz@telia.com