

Økningen i bruk av keisersnitt er ikke alarmerende, men årsakene bør klargjøres og utviklingen følges nøye

Flere keisersnitt – forbedring eller problem?

I dette nummer av Tidsskriftet påviser Bjørn Backe og medarbeidere at en større andel av de fødende i Norge ble forløst med keisersnitt i 2001 og 2002 enn tidligere (1). Forfatterne spør om keisersnittsepidemien har nådd Norge. Om betegnelsen «epidemi» er korrekt for en økning i keisersnittsfrekvens fra vel 13 % til 15 %, kan diskuteres, men en økning på 800 keisersnitt per år er betydelig, særlig fordi keisersnittsfrekvensen har vært påfallende stabil siden 1986. Det utføres nå over 8 000 keisersnitt per år i Norge.

En økning i bruk av keisersnitt ved setefødsler og såkalt selvbestemt keisersnitt anføres som sannsynlige hovedgrunner (1). Økningen i den første gruppen kan relateres til Hannah og medarbeideres artikkel i *The Lancet* i oktober 2000, som fikk svært stor oppmerksomhet (2). De presenterte en randomisert kontrollert studie av 2 083 setefødsler til termin i til sammen 26 land. I gruppen randomisert til planlagt keisersnitt ble 90,4 % av kvinnene forløst med keisersnitt, mens 56,7 % fødte vaginalt i gruppen planlagt vaginal fødsel. Sammenlikningen mellom gruppene gikk ikke på faktisk forløsningsmetode, men på hva den enkelte kvinne var randomisert til, altså prinsippet om behandlingsintensjon (intention to treat). Perinatal og neonatal dødelighet og alvorlig neonatal sykkelighet var klart lavere i gruppen for planlagt keisersnitt (1,6 %) enn i gruppen for planlagt vaginalfødsel (5,0 %).

I mange land og sentre i denne studien er det en annen svangerskapsomsorg, fødselsovervåking, pediatriisk service og praktisk erfaring med vaginale setefødsler enn i Norge. Norsk gynekologisk forening og Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) oppnevnte en ekspertgruppe for å vurdere relevant litteratur om setefødsler og bad om at norske data ble presentert. I rapporten, som nylig er publisert (3), diskuteres den eksterne validiteten i Lancet-studien nøye og om resultatene uten videre kan overføres til norske forhold. I årene 1981–98 var det i Norge 27 433 setefødsler til termin. 160 av disse barna døde perinatalt (0,59 %). Etter fratrekk for dødelige medfødte misdannelser ($n = 77$) og død før innkomst til sykehus ($n = 60$) var den perinatale dødeligheten 0,09 %. Medregnes neonatale dødsfall, var dødeligheten 0,12 %. Dette er klart lavere enn i Lancet-studien (0,3 % i keisersnittgruppen og 1,3 % i gruppen for vaginalfødsel). Blant de 27 433 setefødsleene i Norge kunne bare tre eller fire dødsfall relateres til en komplisert vaginal setefødsling, mot seks av 2 083 i Lancet-studien (2, 3). Det konkluderes derfor med at vaginal setefødsel fortsatt kan tilrås i Norge, forutsatt den seleksjonsprosess som følges i dag, nøye fødselsovervåking og tilstedeværelse av kvalifisert fødselshjelper (3).

I perioden 1981–98 fødte 43 % av kvinnene med barn i seteleie vaginalt i Norge, mens bare 10–20 % fødte på denne måten i mange vestlige land. Få vaginale setefødsler vil føre til kompetansetap, og dette vil få konsekvenser både for de 20 % av seteleiene som ikke er erkjent før fødselen (3) og for tvillingfødsler der en eller begge fostre ligger i seteleie. Dessuten er keisersnitt ikke nødvendigvis et uskyldig inngrep. Kvinner forløst med keisersnitt vil ha omtrent 50 % risiko for å bli forløst ved keisersnitt i neste svangerskap, mens bare 3 % vil trenge dette om forrige fødsel var normal (4). Tidligere keisersnitt medfører økt risiko for senere placenta praevia, placenta accreta og ruptura uteri.

Backe og medarbeidere (1) antar at økningen i keisersnitt bare for en tredel skyldes seteleie, og at en annen viktig årsak er «selvbestemt keisersnitt», også betegnet «keisersnitt etter eget ønske». En slik diagnosekode finnes ikke i klassifiseringssystemet ICD-10. «Selvbestemt keisersnitt» er en uheldig betegnelse, men det bør være stor grad av medbestemmelse når beslutning om forløsningsmåte skal tas. Det har vært en klar økning i keisersnitt etter eget ønske de siste årene (5). Kvinnene som ønsker keisersnitt, er en heterogen gruppe som kan deles i tre. Den første gruppen er kvinner som tidligere har vært igjennom kompliserte svangerskap og fødsler, ofte svært smertefulle eller med uheldig resultat for mor eller barn. Den andre gruppen er kvinner med psykiske lidelser eller kvinner som har vært utsatt for overgrep. Den tredje gruppen består av kvinner som må ha mest mulig kontroll over det de gjør, også fødselen, og som krever keisersnitt uten annen grunn. Når man snakker om «selvbestemt keisersnitt», er det vanligvis denne gruppen som omtales.

For helsearbeidere som møter kvinner som ønsker «selvbestemt keisersnitt», bør målet ikke være å overtale dem til vaginal fødsel, men å komme frem til beste forløsningsmetode etter en meningsfull dialog. For den første gruppen vil en grundig gjennomgang av tidligere fødsler og avtale om god smertelindring og oppfølging under fødselen være viktig. Den andre gruppen kvinner må møtes på en slik måte at de våger å presentere sitt egentlige problem, dermed kan man få et grunnlag for fornuftig oppfølging. Den tredje gruppen er det ikke alltid like lett å få en meningsfull dialog med.

Ved sykehus med begrenset operasjonskapasitet vil prioritering av keisersnittspasienter uten medisinsk indikasjon for inngrepet til fordel for pasienter som trenger operasjon for alvorlige sykdommer, være urimelig og uetisk. Noen steder har man måttet henvise noen av disse kvinnene til sykehus med bedre kapasitet. Dette kan i fremtiden bli et generelt problem hvis keisersnittsfrekvensen fortsetter å stige. De siste to års økning i antall keisersnitt i Norge er ikke alarmerende, men årsakene bør klargjøres og utviklingen følges fremover.

Pål Øian

pal.oian@unn.no

Per E. Børdahl

per.e.bordahl@helse-bergen.no

Pål Øian (f. 1948) er professor og overlege ved Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, og leder av ekspertgruppen som utarbeidet SMM-rapporten om fødsel av barn i seteleie til termin.

Per Børdahl (f. 1944) er avdelingsoverlege ved Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, og medlem av samme ekspertgruppe.

Litteratur

1. Backe B, Heggstad T, Lie T. Har keisersnittsepidemien nådd Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1522–4.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000; 356: 1375–83.
3. Fødsel av barn i seteleie til termin. Assistert vaginal fødsel eller keisersnitt? SMM-rapport nr. 3/2003. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2003.
4. Kejsarsnitt i Sverige 1973–1997. EpC-rapport 1999: 2. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
5. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Håger R et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 864–70.