

# Selvbestemt keisersnitt – valg og viten i konflikt

«Jeg vil ha keisersnitt,» er blitt en vanlig bestilling fra gravide. Stadig flere vil heller bli operert enn å føde vaginalt, selv om det ikke er medisinsk indikasjon for keisersnitt. Leger blir ofte provosert når ekspertisen deres settes til side av «kvinner som må ha mest mulig kontroll over det de gjør, også fødselen».

Karakteristikken av kvinner som må ha kontroll, er hentet fra en leder i dette nummeret av Tidsskriftet, der disse kvinnene beskrives som én av tre hovedgrupper som ber om såkalt selvbestemt keisersnitt (1). De to andre gruppene er kvinner som har vært gjennom traumatiske svangerskap og fødsler tidligere, kvinner med alvorlige psykiske lidelser og kvinner som har opplevd seksuelle overgrep eller andre krenkelser.

## Ekspertise i skyggen

Gynekologer som Tidsskriftet har snakket med, understreker at mye kan skjule seg bak kvinnenes krav om keisersnitt og at de derfor ikke kan plasseres i faste kategorier.

– For noen er det utenkelig å føde. Vi må vokte oss for å gi disse kvinnene dårlig samvittighet og å moralisere. Det er legens plikt å respektere tanker og ønsker og forstå de forestillingene som ligger bak kvinnens ønske, sier overlege Renate Häger ved Rikshospitalet.

Hun innrømmer at hun kan bli provosert når hennes faglige ekspertise stilles i skyggen av kvinnens krav om keisersnitt uten annen oppgitt grunn enn at hun ikke vil føde.

– Jeg mener det er et paradoks at kvinner har mer tillit til legene når de opererer enn når de skal overvåke en fødsel. Vi må ikke komme dit hen at kvinner nærmest kan bestille keisersnitt. Da melder spørsmålet seg: Vil ikke de gravide ha min ekspertise lenger? spør Häger.

Seksjonsoverlege Liv Ellingsen ved Sykehuset Buskerud deler Hägers syn. Hun bekrefter at hun stadig oftere møter gravide ved poliklinikken som gir klar beskjed om at vaginal fødsel er uaktuelt.

## Oslo-fenomen

Både Häger og Ellingsen har inntrykk av at kravet om selvbestemt keisersnitt uten medisinsk indikasjon er sterkere jo nærmere Oslo kvinnene bor.

– Denne gruppen gravide har ofte høy utdanning, de har kunnskap, de ser på seg selv som eksperter på egen kropp. De er vant til å kreve sin rett, vurdere ulike tilbud og oppføre seg som kunder, sier Ellingsen.

I et leserinnlegg i Aftenposten (16.8. 2002) står det: «Enhver kvinne skal få velge selv hvordan de vil sette sine barn til verden. Vi lever ikke på huleboerstadiet der fødsel i smerte er eneste alternativ [...] Dagens kvinner er opptatt av at underlivet skal være som før fødselen og det kan ha stor betydning for om man velger keisersnitt eller ikke.»



Er det etisk, medisinsk og helseøkonomisk forsvarlig at keisersnitt på friske kvinner opptar operasjonskapasitet som kunne vært brukt på syke pasienter? Gynekologene Liv Ellingsen (øverst t.h.) og Renate Häger ønsker dialog, ikke dom over denne gruppen gravide.

Foto CAMERA PRESS/SCANPIX og Nina Husom

Et slikt innlegg ville neppe kommet til redaksjonen for et par tiår siden. Holdningen representerer mange kvinners syn og stiller leger og jordmødre overfor faglige og pedagogiske utfordringer. Er det kvinnens rett til medbestemmelse eller legenes ekspertise og faglige autoritet som skal avgjøre valg av forløsningsmetode? Er keisersnitt i ferd med å bli en bekvem avslutning på fødselen både for mor og for legen?

### Med loven i hånd?

Selvbestemt keisersnitt er et mye brukt begrep blant gynekologer. Et dekkende uttrykk mener noen – uheldig mener andre. De mener formuleringen kan tolkes som at kvinnen med loven i hånd kan kreve keisersnitt.

– Det kan hun ikke, sier advokat Anne Kjersti Befring i Legeforeningen og viser til § 3 i lov om pasientrettigheter ([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)). – Pasienter har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. De kan derimot ikke bestemme behandlingsform.

Det er legen som skal treffe avgjørelsen om hvilken behandling som skal tilbys. I denne vurderingen må legen ta hensyn til pasientens rett til medvirkning og vektlegge relevante faglige hensyn, sier Befring.



Hun påpeker de psykologiske hensyn som gjør seg gjeldende når kvinner ber om keisersnitt. – Det kan derfor være vanskelig å avvise et innstendig og velfundert ønske om keisersnitt, men kvinnen har altså ikke et rettskrav på å få det innvilget, sier hun.

### Det første keisersnittet

Det første kjente keisersnittet i Norge ble utført i 1843 av legen Lars Thalian Backer (2). En tvillinggravid kvinne hadde ligget med sterke veer i fem døgn. Begge barn var døde da de omsider ble tatt ut. Mor døde to dager etter. Det første keisersnitt med et levende barn som resultat ble utført i 1849. Første gang også mor overlevde et keisersnitt var så sent som i 1890.

Ved universitetet i Christiania foreleste legen R. Barnes over obstetriske operasjoner i 1872: «Størsteparten af Fødsels-hjælpere betragte den (keisersnittet red.anm.) som den sidste fortvivlede Tilflugt [...] Regelen er bestemt og tydelig. Keisersnitt er den haarde Nødvendigheds sidste Tilflugt.»

Fra å være «den haarde Nødvendigheds sidste Tilflugt» er keisersnitt blitt den vanligste laparatomien som utføres i Norge, med omkring 8 000 inngrep i året. Ved Medisinsk fødselsregister i Bergen er tallenes tale klar: I 1967 ble bare en av 50 gravide (1,8 %) forløst med keisersnitt og da bare når mors liv var i fare. I 2002 ble hver sjuende baby som kom til verden i Norge, snytt for den krevende men viktige veien gjennom fødselskanalen. Rundt 60 % av keisersnittene er akutte. 40 % er elektive (3).

Hvor mange av de elektive er såkalt selvbestemte? Overlege Toril Kolås ved Sykehuset Innlandet på Lillehammer mener det er vanskelig å tallfeste denne sammensatte gruppen, fordi man ikke vet med sikkerhet hva som ligger bak kvinnens ønske. Hun refererer til en studie basert på Gjennombruddsprosjekt for keisersnitt i Norge i 1998–99, der 7,6 % av 2 750 keisersnitt ble utført etter «mors eget ønske» (4). Denne indikasjonen ble oppgitt som kvinnens første hovedvalg blant 31 mulige indikasjoner. Kolås synes tallet er høyt.

### Lavere terskel enn tidligere

Hvorfor blir keisersnitt en stadig vanligere forløsningsmetode? Verken leger eller statistikere har fasiten. Ved Medisinsk fødselsregister i Bergen skal «mors eget ønske» (maternal request) innføres som egen klassifikasjon i registeret, slik at forskerne får data som grunnlag for å forklare hvorfor så mange ønsker keisersnitt uten medisinsk indikasjon.

En tredel av økningen de siste to årene kan kobles til en studie publisert i Lancet i oktober 2000 (1, 5). Keisersnittkurven steg til værs etter at forskerne bak studien i det

prestisjetunge tidsskriftet hevdet at det var tryggere å forløse seteleier med keisersnitt enn å la kvinnen føde vaginalt.

Leger ved norske fødeavdelinger toet sine hender. De mente at gjeldende praksis var fullt ut forsvarlig både for mor og barn, men følte at de hadde lite å stille opp mot pressekjøret som fulgte. På landsbasis førte Lancet-artikkelen til at nærmere sju av ti babyer i seteleie ble født med keisersnitt, mot fem av ti før den stod på trykk. Nylig har en norsk ekspertgruppe tatt fagligheten tilbake og konkludert med at vaginal setefødsel til termin fortsatt kan tilrådes (6).

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet påpekes at det har vært en generell økning i keisersnitt for alle indikasjoner. Forfatteren mener at terskelen for å utføre keisersnitt generelt er blitt lavere ved sykehusene (3).

Liv Ellingsen kommenterer at et mer liberalt forhold til å utføre keisersnitt på én indikasjon, for eksempel seteleie, kan ha ført til større lempelighet også ved andre indikasjoner de senere årene. Hun mener at det finnes et stort forbedringspotensial også i gruppen akutte keisersnitt. – Disse kvinnene vil jo gjerne føde. Legene er av og til for raske til å operere. Hvis vi blir bedre til å tolke hvordan barnet har det og legger vekt på å skape et trygt miljø før vi velger keisersnitt, kan vi helt sikkert redusere antall legebestemte keisersnitt, mener hun.

### Legens fødselsangst

Innvandrerkvinner som forløses med keisersnitt, yter sitt bidrag til statistikken. En norsk studie viser at kvinner fra land i Afrika, Asia og Sør-Amerika har dobbelt så høy risiko for keisersnitt som etniske nordmenn, mange på indikasjonen «mors eget ønske» (7).

I en leder i Tidsskriftet i 1998 hevdet det at nyfødte har samme vekt som før, så «hvorfør skulle mødrenes anatomi og krefter være dårligere egnet til å trykke fostrene ut nå enn i 1979?» (8).

– Mon det? Kvinnenes anatomi er den samme, men kan det tenkes at økende overvekt, usunt kosthold og en stadig mer sedat livsstil reduserer kvinnens krefter og påvirker motivasjonen for å føde normalt? spør Ellingsen. Hun mener at legenes fødselsangst også bidrar til å skyve valg av fødselsmetode i retning keisersnitt.

– Hva mener du med legenes fødselsangst?

– Jeg sikter til våre egne vanskelige opplevelser som fødselsgjelpere. Disse preger oss. Fallhøyden er stor. Frykten for å skade et barn kan påvirke valget, selv om det ikke er noen medisinsk indikasjon for keisersnitt. Jeg tror ikke at vi leger bare vurderer rasjonelt i situasjoner der vi er redde for at feil kan oppstå. Keisersnitt har noe med å kontrollere det ukontrollerbare

å gjøre. Det gir en trygghet for kvinnen – kanskje av og til også for legen?

### Frykten for advokatene

Presseoppslag om fødselsskader nærer opp under helsepersonellets frykt for advokater og rettslig etterspill.

Assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad i Norsk Pasientskadeerstatning presiserer at frykten er betydelig overdrevet. – Leger har liten grunn til å frykte personlig rettsforfølgelse når barnet eller moren skades i forbindelse med en fødsel. Bare 1,5 % av alle sakene vi behandler, ender med rettssak. Regelverket vi håndterer setter ikke søkelyset på om legen eller sykehuset har opptrådt klanderverdig når vi vurderer erstatningskrav fra en pasient. Vårt anliggende er å utrede om barnet eller kvinnen har krav på erstatning uavhengig av hvem som har ytt fødselshjelpen, sier han.

### Keisersnitt i klare kategorier

Norsk gynekologisk forening ønsker at norske fødeavdelinger skal klassifisere keisersnittene etter modellen «Robsons ti grupper». Hensikten er å få data som kan forklare variasjonene mellom sykehusene, som spenner fra 10–25 %, og som kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for å utføre keisersnitt.

– I denne klassifiseringen er det ingen tvi om hvilke kvinner som er i hvilke grupper, sier Oddvar Sviggum, leder av Norsk gynekologisk forening. Han illustrerer hvordan modellen også kan brukes i debatten om fødselsomsorgen: – Ved Ålesund sjukehus vet vi at gravide i gruppe 3 (se nedenfor) forløses med keisersnitt i 0–1 % av tilfellene. Det betyr at kvinner i lavrisikogrupper føder helt uproblematisk og at det er medisinsk forsvarlig at fødselen skjer ved en fødestue.

Robsons ti grupper:

1. Førstegangsfødende med spontane rier, ett foster i hodeleie, > 37 uker
2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, > 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, spontane rier, > 37 uker
4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, > 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie og > 37 uker
6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie
7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie
8. Alle multiple graviditeter
9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie
10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie

*Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson*

Antall saker som ble behandlet i Norsk Pasientskadeerstatning i diagnosegruppen Svangerskap og fødsel økte fra 74 i 2000 til 110 i 2002 ([www.npe.no](http://www.npe.no)). I mange av sakene uttrykker kvinnen at keisersnitt burde vært utført. Jørstad mener at økningen hovedsakelig er tilfeldig, men sier: – En medvirkende årsak kan være at forventningen om erstatning øker når pressen omtaler disse sakene og flere fremmer erstatningskrav på vegne av barnet.

### Snarveien til livet?

Keisersnitt er et inngrep og således en potensiell risiko. Barnet liker best å bli født og mor er skapt til å føde.

– Stadig nye studier underbygger at keisersnitt ikke er en lettveint vei til livet, sier Oddvar Sviggum, leder av Norsk gynekologisk forening og avdelingsjef ved Ålesund sjukehus. Som eksempler nevner han at man i påfølgende svangerskap ser en økning i uterusrupturer og placenta praevia. Nylig ble det kjent at risikoen for intrauterin fosterdød sannsynligvis mer enn dobles i senere svangerskap hos kvinner som tidligere er forløst med keisersnitt. Det kommer frem i en ikke-publisert studie ved Department of public health i Cambridge og Glasgow (9).

Mange kvinner har brukt frykten for inkontinens etter vaginal fødsel som en grunn til å få keisersnitt, og er blitt hørt. I en fersk doktorgrad presenteres funn som svekker dette argumentet; kvinner som forløses med keisersnitt kan også få inkontinensplager (10), se side 1550.

Renate Häger har sett på komplikasjoner på kort sikt blant keisersnittene som ble utført i forbindelse med Gjennombrudds-prosjektet for keisersnitt i Norge (funnene er foreløpig ikke publisert). Hun mener det er grunn til å merke seg det store omfanget av komplikasjoner, selv om de fleste ikke er alvorlige.

### En av fem får plager

– Det oppstår komplikasjoner hos en av fem (20 %) som forløses med keisersnitt. Det gjelder 16 % av de planlagte og 24 % av hastekeisersnittene, sier Häger. Hun nevner problemer med anestesi, sårinfeksjoner som må behandles med antibiotika, urinveisinfeksjoner, skader på livmoren, blodansamlinger og ikke minst blodtap som de vanligste komplikasjonene.

– Hele 8,6 % av alle keisersnitt i vårt materiale mistet 1 liter blod eller mer. I snitt var tapet omkring 500 ml etter et keisersnitt, mens tapet ved normale fødsler er ca. 2–300 ml. 4,3 % måtte få blodtransfusjon etter inngrepet, sier hun. Et annet funn er at det oppstod flere komplikasjoner jo lenger fødselen var kommet før keisersnitt ble foretatt. Barn på over 4,5 kilo førte til større komplikasjoner hos mor enn normalt store barn gjorde. Forskjellen var signifikant.

I samtaler med kvinner som ber om keisersnitt kommer det ofte frem at de er redd for å bli «ødelagt i underlivet». – Det er få som sier det rett ut, det er tabubelagt og flaut, men like fullt er dette en frykt hos mange, sier Häger. I møte med kvinner med slike forestillinger forsøker hun å lytte og avdramatisere det de har hørt av sine medsøstres aller verste fødselsminner.

Oppgaven blir verken mindre eller enklere av at personer som gravide oppfatter som faglige autoriteter, sprer uforstand. Legen Josef Ekgren anbefaler keisersnitt til alle med dette argumentet: «Med keisersnitt blir ikke underlivet deformert eller skadet. Mange vil få en ny seksualpartner etter en tid, og det gjør det lettere å presentere seg for en ny partner.» (Aftenposten 18.8. 1997).

### Hvor empatiske er vi?

Blant kvinner som har hatt vonde opplevelser ved tidligere fødsler som de ikke har fått bearbeidet og kvinner som har opplevd seksuelle overgrep, er fødselsangst et kjent fenomen. Også velutdannede kvinner «som må ha mest mulig kontroll over det de gjør» kan ha fødselsangst som de forsøker å skjule bak en kontrollert fasade.

Psykolog Lisbeth Brudal, Institutt for tokologi og familiepsykologi i Bærum, regner med at hver fjerde kvinne lider av angst for å føde i større eller mindre grad. Hun hevder at årsaken i stor grad ligger hos helsepersonellet ved fødeavdelingen. Hun viser til en svensk undersøkelse blant 100 førstegangs- og flergangsfødende kvinner med høy grad av fødselsangst (11). 73 % av dem oppgav som viktigste årsak til angsten at de hadde liten tiltro til personalet ved fødeavdelingen.

– Dette funnet bekrefter at det hviler en stor utfordring på helsepersonellet for å gjøre fødselen til en positiv opplevelse for foreldrene. Vi må spørre: Er det mulig at det er noe med oss som gjør at de som venter barn, føler seg utrygge? Hvor empatiske er vi egentlig?

Brudal påpeker at fødselsangst ikke bare er et kvinnefenomen, men at mer enn en tredel av partnere til kvinner med uttalt fødselsangst lider av det samme. – De er skrekkslagne over det de var med på under den første fødselen og vil påvirke kvinnen til å be om keisersnitt, sier Brudal.

### Empatisk samtale

Liv Ellingsen og medarbeiderne ved Sykehuset Buskerud følte seg hjelpeløse i forhold til kvinner som var livredde for å føde. De ønsket å gjøre noe. Avdelingen kom i kontakt med Lisbeth Brudal som har utviklet en metode for systematiske etterfødselsamtaler basert på såkalt empatisk kommunikasjon.

– Intensjonen med empatiske samtaler er å bearbeide vonde fødselsopplevelser både med tanke på en ny graviditet og kanskje for

å unngå keisersnitt ved neste fødsel, sier Brudal. Etterfødselssamtalen legger ikke lenger vekt på praktiske temaer som amming, etterveer og såre brystvorter, men konsentreres om kvinnens opplevelse av fødselen.

– Hun blir bedt om å fortelle sin fødsels-historie i detalj til en som har som sin eneste oppgave å lytte. Tanken bak er at sammenhengen i livet hennes er brutt gjennom det som skjedde under fødselen. Under fødselsangsten ligger det ikke sjelden en frykt for å dø under fødselen eller angst for at barnet skal dø, sier Lisbeth Brudal (12, 13). – Vår oppgave er å hente ut det kvinnen sliter med. Vi skal ikke avbryte, kommentere, trøste eller belære, bare ta imot historien deres.

Sykehuset Buskerud har gjennomført et pilotprosjekt med empatiske samtaler. Tilbudet skal bli permanent. Målet er at alle par som har født, skal få tilbud om samtale uansett om fødselen var en positiv eller en vanskelig opplevelse. Liv Ellingsen har tro på tiltaket både for de ferske foreldrene og for personalet.

– Det viser seg at den empatiske samtalen er viktig for personalets holdninger til de fødende i det daglige. For kvinnene og deres partnere er målet at de skal komme bedre ut av fødsel og barseltid og at det vil påvirke målet for neste graviditet. Det er ennå for tidlig å si om vi oppnår en slik effekt. På sikt ønsker vi selvsagt å oppnå at færre ber om keisersnitt, sier Ellingsen.

### Ingen tvinges til å føde

Sammenliknet med andre land i Europa og resten av verden er ikke den norske keisersnittraten urovekkende høy (1). Når norske gynekologer likevel argumenterer for at trenden bør snus her i landet, er det av hensyn til både mors og barnets helse. Debatten om hvorvidt det er etisk og medisinsk forsvarlig at keisersnittene legger beslag på knapp operasjonskapasitet, er på vei inn.

Holdningen blant Tidsskriftets kilder er at de langt på vei lar kvinnen ta avgjørelsen om forløsningsmetode. Ingen av dem har noe ønske om å tvinge kvinner til å føde vaginalt eller å sette seg til doms over dem.

De legger i stedet vekt på dialog og vilje til å forstå kvinnens ønske. Beslutningen om fødselsmetode tas først etter flere konsultasjoner med grundig informasjon om keisersnittets mulige komplikasjoner og den vaginale fødselens fordeler.

– Det enkleste ville naturligvis være å utføre keisersnitt på alle kvinner som ønsker det, for dette er et komplekst tema, sier Oddvar Sviggum. – Men som leger må vi alltid spørre oss selv om vi kan forsvare å utføre keisersnitt vi er uenig i indikasjonen for? Etter mitt syn er svaret nei. Vi ønsker ikke keisersnitt på fritt grunnlag verken av hensyn til kvinnen, barnet eller ressursbruken og operasjonskapasiteten. – Hva mener Norsk gynekologisk forening er optimal keisersnittrate?



De første beretninger om keisersnitt utført av medisinsk personell er fra 1400-tallet. Illustrasjon, uten angivelse av tid og sted, fra Medicinsk-Historisk Museum i København. Fra Mogens Osler. *Fødselshjælpens historie*, FADL Forlag, 2000.

– Det er ikke noe mål med faste tall for hvor mange keisersnitt en avdeling bør ha. Det er så mange faktorer som spiller inn, blant annet antall kompliserte fødsler ved avdelingen. Spesialforeningen er mest opptatt av hvorfor det er så store variasjoner mellom sykehusene og hva vi kan gjøre for å få til et bedre grunnlag for beslutninger, svarer Sviggum.

### Siste ord til kvinnen?

Da Lars Thalian Backer desperat forsøkte å redde mor og barn i 1843, var den tragiske utgangen gitt (2). I dag er planlagt keisersnitt et rutineinngrep, riktignok ikke uten risiko og komplikasjoner, men heller ikke vaginale fødsler forløper alltid problemfritt.

Ved patologiske svangerskap og fødsler vil ingen kvinne prøve sin medbestemmel-sesrett mot legens ekspertise. Men gravide som ber om keisersnitt, er friske kvinner som har loven og samfunnsutviklingen i ryggen når de krever å bli hørt om hvordan de vil føde sitt barn. Det er en profesjonell utfordring for legene å balansere kvinnens ønske om keisersnitt og ansvaret for at valget ikke er medisinsk uforsvarlig. Mange vil velge å la kvinnen få det siste ordet.

**Nina Husom**

nina.husom@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Øian P, Børdahl P. Flere keisersnitt – forbedring eller problem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1499.
2. Hem E, Børdahl P. Det første keisersnitt i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4648–53.
3. Backe B, Heggstad T, Lie T. Har keisersnittepidemien nådd Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1522–4.
4. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Håger R, Ingemarsson I, Øian P. Indications for cesarean sections in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003; i trykk.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ES, 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.
6. SMM-rapport nr. 3/2003. Fødsel av barn i seteleie til termin. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, SINTEF, 2003.
7. Vangen S, Stoltenberg C, Skrandal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; i trykk.
8. Bergsjø P. Hva er passende antall keisersnitt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4630.
9. Skogstrøm L. Keisersnitt dobler risiko for fosterdød. *Aftenposten* 7.4.2000.
10. Rørtveit G, Daltveit AK, Hannestad, YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean Section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–07.
11. Sjøgren B. Reasons for anxiety about children in 100 pregnant woman. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997; 18: 266–72.
12. Brudahl L. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Oslo: Fagbokforlaget, 2000.
13. Brudahl L. Kunsten å være foreldre. Oslo: Fagbokforlaget, 2003.