



Rett og urett

Spalten omhandler juridiske forhold av betydning for leger. Ideer og innlegg sendes tidsskriftet@legeforening.no

Kan keisersnitt utføres uten morens samtykke?

Når det er medisinsk indikasjon for keisersnitt, men moren ikke ønsker keisersnittet utført, har da fødselshjelperen rett eller plikt til å utføre keisersnitt mot morens vilje for å redde et levedyktig foster fra død eller alvorlig skade?

En sjelden gang opplever fødselshjelperen at moren og fosteret ikke har sammenfallende interesser, f.eks. hvis fødselshjelperen finner keisersnitt indisert av hensyn til barnet, mens mor ikke våger eller ønsker operasjonen. Har fødselshjelperen da en rett, eller plikt, til å utføre keisersnitt hvis mor ikke samtykker for å redde et levedyktig foster fra død eller alvorlig skade? I slike situasjoner vil en lege ha overtatt ledelsen av fødselsforløpet og har da rett til å fatte beslutninger i forhold til annet deltakende personell, jf. helsepersonelloven § 4.

Temaet, her kalt tvangsmessig keisersnitt, er kontroversielt og mye omtalt i Storbritannia og USA (1). En dom i Storbritannia i 1992 fastslo at en obstetrikker kunne utføre keisersnitt mot morens vilje for å redde et fullbåret foster. Rettspraksis fra anglosaksiske land er imidlertid sprikende (2). I Norge har tvangsmessig keisersnitt vært lite omtalt, og slike saker har ikke vært fremmet for en norsk domstol. Men eksempler fra norske sykehus viser at problemet eksisterer også hos oss. Med utgangspunkt i fire kasuistikker diskuterer vi etiske og juridiske problemstillinger ved tvangsmessig keisersnitt.

Pasient 1. En 26 år gammel muslimsk kvinne av utenlandsk opprinnelse, gravida 2, para 1, ingen levende barn, hadde fått utført keisersnitt to år tidligere pga. truende intrauterin hypoksi, som utviklet seg hurtig. Barnet var dødt ved forløsningen. Foreldrene hadde oppfattet at man ikke fant noe galt ved patologisk undersøkelse. Mor hadde fått smertestillende medisin en halv time før hjertelyden forsvant. Hun mente medisinen forårsaket barnets død. Sykehusets journal anførte at barnet sannsynligvis døde pga. hjernemisdannelser, intrauterin epilepsi og asfyksi. Hun var i aktuelle svangerskap henvisst til overtidsvurdering 13 dager over ter-

min ved et annet sykehus. Hun snakket dårlig norsk, og mannen tolket. Ved kontroll to dager senere var fødselen i latensfase, med tilfredsstillende kardiokografi (CTG). Neste morgen var hun i aktiv fødsel. Pga. temperatur på 38,2 C fikk hun ampicillin 2 g x 4 intravenøst. Kardiokografi viste moderat takykardi hos fosteret. Ved 11-tiden hadde fosteret bradykardi med 100–110 slag/min, i perioder ned mot 70. Lege anbefalte keisersnitt. Mor nektet, da hun var redd for eget liv. Også før graviditeten hadde hun gitt klart uttrykk for at hun ikke under noen omstendigheter ønsket keisersnitt. Hun ytte fysisk motstand, hoppet ut av sengen og rev i panikk ut skalpelektroden. Da skalpelektroden etter 25 minutter igjen ble festet, var det ingen fosterlyd. Hun fødte fire timer senere en død pike.

Pasient 2. En 30-årig førstegangsfødende kvinne ble innlagt til termin med rier. Kardiokografi var normal ved innkomst, men viste etter hvert patologisk mønster. Man mistenkte infeksjon. Det var klar indikasjon for keisersnitt, men moren motsatte seg dette. Fødselslegen forklarte at barnet kunne dø uten keisersnitt, men moren betvilte dette. Ut fra sitt livssyn nektet hun keisersnitt, hun ville at fødselen skulle foregå på naturlig måte. To leger var til stede ved informasjonssamtalen. Hun skrev under på at hun hadde fått informasjon og var anbefalt keisersnitt, men ikke ville følge anbefalingen. Mannen var enig med henne. Neste dag fødte hun et dødt barn.

Pasient 3. En 20-årig førstegangsfødende kvinne innkam til termin med rier. Barnet var uønsket og skulle bortadopteres etter fødselen. Under åpningsfasen ble kardiokografi patologisk, og det var indikasjon for keisersnitt. Den fødende motsatte seg dette. Hun ble overtalt til keisersnitt, og operasjonen skjedde uten dramatik. Barnet var normalt.

Pasient 4. En 32-årig førstegangsfødende kvinne innkam med rier etter et ukomplisert svangerskap. Etter hvert var det full åpning, og hodet stod nedenfor spina ischiadica. Kardiokografi endret seg og ble oppfattet som patologisk. Legen fant indikasjon for operativ forløsning pga. truende hypoksi. Verken vakuüm eller tangforløsning lyktes. Hun ble anbefalt keisersnitt, men nektet. Hun fødte litt senere spontant et sprekt barn.

Morens perspektiv

Keisersnittfrekvensen har i Norge økt fra knapt 2 % til vel 15 % i årene 1967–2002. Risikoen for mortalitet eller langtidsskade hos kvinnen ved keisersnitt er relativt liten, men øker ved akutt keisersnitt (3). Risikoen for mors helbred, sammenliknet med fosterets risiko, er liten. Det er allment akseptert hos oss at hvis kvinnens liv er i fare, har hun forrang foran fosterets, i tråd med abortloven § 10. Den fødende kan avslå keisersnitt av ulike grunner, selv når dette anbefales pga. fosterets situasjon. Redsel for eget liv og helse, likegyldighet, manglende forståelse av situasjonen, uønsket barn, psykiatrisk problematikk eller religiøse grunner kan være grunn til avslaget (1, 4–6).

Land i den tredje verden har høyere mortalitet og morbiditet ved operative inngrep. Pasient 1 trodde det var stor fare for eget liv. Språkproblemer og kulturforskjeller kan hemme formidling av nødvendig informasjon, forståelse av situasjonen og konsekvensene for fosteret. En amerikansk undersøkelse fant at 81 % av dem som nektet keisersnitt, var fargede eller hadde latin-amerikansk eller asiatisk bakgrunn, og 25 % hadde ikke engelsk som morsmål (7). I Storbritannia har det vært rapportert tilfeller som skyldes fobi mot operasjon, pga. redsel for sprøtestikk eller psykisk ubalanse med nedsatt evne til å vurdere konsekvensene (6).

Norsk lovgivning med relevans for svangerskap, fødsel og barsel bygger på et interessefelleskap mellom mor og foster. Det kan i løpet av svangerskapet oppstå konflik-



Hovedbudskap

- Keisersnitt mot morens vilje er i strid med prinsippet om pasienters selvbestemmelsesrett, men kan likevel være aktuelt for å redde fosterets liv

ter mellom mors og fosterets behov, oftest knyttet til mors levesett. Lovgivningen tillater ikke å gripe inn i hennes livsførsel, unnatt ved rusmiddelbruk (8).

Det er etter vårt syn godt samsvar mellom allmenn rettsfølelse og lovgivers bestemmelser om at en gravid kvinne har samme krav på autonomi og selvstendig integritet som andre voksne. I våre to første eksempler forårsaker dette sannsynligvis at barnet dør, mens et keisersnitt trolig ville resultert i et levendefødt barn. I begge tilfeller var faren enig med kvinnen. Men hadde han vært uenig med henne, ville det neppe hatt betydning, fordi det er pasienten selv som er tildelt samtykkekompetansen. Pårørende er bare tildelt avgjørelsesmyndighet dersom pasienten er mindreårig eller av andre grunner ikke har samtykkekompetanse (pasientrettighetsloven § 4-3 til § 4-8).

Enkelte britiske rettsavgjørelser fastslår at hvis kvinnen er mentalt tilregnelig, har hun full rett til å bestemme over egen kropp og avslå enhver medisinsk behandling, også om fosterets liv er truet (9, 10). Hvis den gravide ikke kan treffe en fornuftig avgjørelse, f.eks. pga. en aktiv psykose, har hun måttet underlegge seg legens beslutning om keisersnitt (6). Dette restriktive synet på når inngrep skal kunne utføres uten samtykke, støttes blant annet av Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Royal College of Midwives og noen kvinneorganisasjoner (1, 6).

Barnets perspektiv

Kardiotokografi (CTG) kan av og til være vanskelig å tolke, noe som gjør det vanskeligere å vurdere indikasjon og tidspunkt for forløsning. Noen CTG-mønstre indikerer imidlertid svært stor fare for hypoksisk skade hos barnet. Eksempel 1 og 2 viser konsekvensen av en slik tilstand, mens eksempel 4 demonstrerer faren for falskt positive registreringer. Bedret ultralydbasert diagnostikk og behandling har bidratt til at fosteret de senere år i tiltakende grad betraktes som en pasient (11). Undersøkelse og behandling av fosteret vil tidlig i svangerskapet kreve morens samtykke. Fosteret er da ikke så levedyktig at dets interesser kan gis forrang foran morens.

Rettslige vurderinger

Det finnes ikke aktuelle rettsaker i Norge som kan belyse problemstillingen med keisersnitt mot morens vilje. Bare i begrenset utstrekning er spørsmålet blitt drøftet i juridisk litteratur. Den rettslige situasjonen er vesentlig annerledes tidlig i graviditeten enn i fødselssituasjonen. Den gravide kvinnen er tillagt selvbestemmelsesrett mht. egen livsførsel, oppfølging av graviditeten og vedrørende undersøkelse og behandling av mulige tilstander hos fosteret. Utover en særregel i sosialtjenesteloven § 6-2a tilsier ingen regler at den gravide kvinnens interesser skal stå tilbake for fosterets. Denne

bestemmelsen åpner for at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke kan tas inn på institusjon og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Inntakets formål må være å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade.

For øvrig oppfattes situasjonen å være slik at fosterets interesser er best ivaretatt av den gravide kvinnen selv, og det finnes en rekke bestemmelser bl.a. i folketryktdloven, straffeloven og arbeidsmiljøloven som tar sikte på å gi fosteret et styrket rettsvern gjennom å sikre den gravide kvinnens rettslige og faktiske situasjon (12). Fosterets rettsvern styrkes vesentlig utover i svangerskapet, både etter norske internrettslige regler og forpliktende menneskerettslige konvensjoner. Dette avspeiles i abortloven ved et forbud mot svangerskapsavbrudd etter at fosteret må antas å ha blitt levedyktig (konferer abortloven § 2 siste ledd). Rett før fødselsøyeblikket er det rimelig å legge til grunn at det ufødte barnet langt på vei har samme rettsstilling som et allerede født barn (13).

Lovavdelingen har i en uttalelse datert 6. mai 1987 bl.a. uttalt at det råder tvil om legen kan ha rett til å foreta keisersnitt mot kvinnens vilje, og det argumenteres ut fra ulike regler som kan føre til forskjellige resultater (14). En av disse er hensynet til morens legemlige og psykiske integritet. Denne interessen er vernet på flere måter, herunder gjennom aktuelle strafferettslige, profesjonsrettslige og erstatningsrettslige reaksjoner (15). Deler av denne uttalelsen siteres – uten å drøfte innholdet – hos de juridiske forfattere som refererer til den når spørsmålet berøres. Da lovavdelingen avgav sin betenkning i 1987, var det den tidligere legeloven (av 1980) som var gjeldende og som det refereres til. Uttalelsen bygger på bestemmelser i denne loven supplert med strafferettslige nødretts- og nødvergebetraktninger samt den generelt virkende handlingsplikten i straffeloven § 387. Spørsmålet som nå reiser seg, er om handleplikten etter øyeblikkelig hjelpbestemmelsen i helsepersonelloven (av 1999) § 7 bidrar til å belyse rettmessigheten av et inngrep i morens kropp, uten hennes samtykke, for å redde livet til et barn som ellers står i fare for å dø. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

«Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.»

Dette rettslige spørsmålet, om tvangsmessig keisersnitt kan gjennomføres etter helsepersonelloven § 7 ved vital indikasjon mht. fosterets mulighet for å overleve, er forelagt flere av Norges helserettslige eksperter (Anne Kjersti Befring, Ståle Eskeland, Marit Halvorsen, Asbjørn Kjønsdal, Olav Molven, Bente Ohnstad, Lasse Warberg, Henriette Sinding Aasen, personlig kommunikasjon). Det synes å foreligge en stor grad av enighet om at helsepersonelloven § 7 ikke bare gir en handlingsrett i den aktuelle situasjonen, men at det også kan utledes en viss handlingsplikt. Handlingsplikten kan imidlertid ikke avleses direkte av ordlyden, fordi det ikke er fosteret som kan sies å være «pasienten» som omtales i bestemmelsen. Selv om det er fosterets interesser som ivaretas, er det den fødendes egne og selvstendige – og rettslig vernede – interesser som tilsidesettes ved et tvangsmessig keisersnitt. Dette gjøres da ikke i hennes interesse. Vanligvis kan ikke et tvangsmessig inngrep gjøres i en persons legeme for å berge livet til en annen person.

Dersom inngrepet er vellykket, slik at barnets liv reddes og keisersnittet forløper uten komplikasjoner, er det vanskelig å tenke seg at strafferettslige reaksjoner kan bli aktuelle å benytte overfor det handlende helsepersonell. Nødrettsregelen i helsepersonelloven § 7, supplert med de generelt virkende straffefritaksbestemmelsene i straffeloven § 47 og § 48, tilsier at helsepersonellet vil måtte frifinnes når en sentral og rettslig beskyttet interesse (det ufødte barnets rett til liv) i en konkret situasjon blir gitt forrang foran morens ønske om at keisersnitt ikke skal foretas. Det må legges til grunn at det i keisersnittsituasjonen er et så vidt stort interessefellesskap mellom mor og barn at situasjonen skiller seg fra en situasjon der et tvangsmessig inngrep foretas overfor person A for å berge person B.

En slik konkret og nødrettslig begrunnet interesseavveining vil derfor neppe føre til en etterfølgende straffesak mot besluttende og/eller utøvende leger. Statens helsetilsyn vil neppe kunne gi profesjonsrettslige sanksjoner så lenge det er foretatt forsvarlige vurderinger og hjelpen er ytt for å redde livet til det ufødte barn. Det vil heller ikke foreligge et erstatningsrettslig vern, verken for inngrepet i morens kropp eller for at moren påføres en «oppfostringsbyrde» ved at barnet ikke dør under fødselen. Dette siste spørsmålet har Høyesterett tatt stilling til i en sak vedrørende et mangelfullt utført steriliseringsinngrep der det i etterforløpet ble født et barn (16). Et korrekt utført keisersnitt på en (for fosteret) vital indikasjon vil derfor i forhold til de aktuelle reaksjonshjemlene fremstå som rettmessig. Et arr etter keisersnitt kvalifiserer heller ikke

for menerstatning, og etterforløpet etter et keisersnitt er ikke stort annerledes enn etter en fødsel med hensyn til inntektsevne og utgifter.

Det vil, etter vår vurdering, lettere kunne oppstå rettslige spørsmål knyttet til helsepersonells respekt for morens motstand mot keisersnitt, gitt en aktuell situasjon der resultatet er at barnet dør pga. legers handlingsvegring. Det vil neppe oppstå straffettslige eller erstatningsrettslige spørsmål, men det er mulig at en slik handlingsvegring kan tolkes som et brudd på pliktregelen i helsepersonelloven § 7 som fastslår at øyeblikkelig hjelp skal ytes «selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen». Denne bestemmelsen tar imidlertid sikte på å verne pasienten selv mot konsekvensene av egne (feil-)vurderinger i en øyeblikkelig hjelp-situasjon, og ikke en situasjon der to individers interesser står mot hverandre. Det vil nok i en etterfølgende vurdering kunne legges vekt på både i hvilken utstrekning motstanden konkret kommer til uttrykk (pasient 1) og hvilken begrunnelse motstanden er basert på (pasient 2). En akutt oppstått situasjon gir også situasjonen mer preg av å måtte foreta øyeblikkelig hjelp og dermed legge til grunn nødrettsbetraktninger, enn der konfliktsituasjonen har vært forutsigbar og moren har hatt lengre tid til å overveie så vel situasjonen som konsekvensene.

Som et utgangspunkt må det i første omgang være helt legitimt med en vesentlig grad av overtalelse for å oppnå samtykke til at keisersnitt kan utføres, før en eventuell handlingsplikt kan sies å inntre. Dersom helsehjelpen (dvs. keisersnittet) eller de faglige vurderingene forut for denne i etterhånd fremstår som uriktig, eller det oppstår komplikasjoner som er uforutsette eller blir vanskelige å mestre, vil det i første rekke være spørsmål om rett til dekning av et erstatningsberettiget tap etter pasientskade-loven § 2.

Dersom de faglige vurderingene forut for eller under inngrepet fremstår som klart uforsvarlige, og de i tillegg er «egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning», vil Statens helsetilsyn kunne ilegge personellet advarsel etter helsepersonelloven § 55. Det er liten grunn til å tro at påtalemyndigheten vil koples inn med mindre det skjer en alvorlig skade på mor og dette fremstår som resultat av et grovt uaktsomt brudd på helsepersonellovens forsvarlighetsnorm, se helsepersonelloven § 67.

Ved vurderinger etter bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 11 om mulige reaksjoner, vil disse sakene i prinsippet ikke skulle seg vesentlig ut fra vurderinger i andre typer saker. Helsepersonell er gitt et visst slingringsmonn fra god klinisk praksis og et krav om optimale beslutninger før slike reaksjoner tas i bruk. Også preget av øyeblikkelig hjelp i situasjonen vil kunne tas med i vurderingene. De erstatningsmessige vurderingene

har et langt mer objektivisert preg, der erstatning skal gis først når det foreligger skade pga. en «svikt i helsehjelpen» og denne har resultert i et økonomisk tap eller i en varig medisinsk invaliditet (15).

Legen og beslutningen

Legen skal informere, stille diagnoser, gi råd og ev. behandle aktivt. Ved spørsmål om tvangsmessig keisersnitt omfatter legens ansvar både mor og foster. Den fødende kvinnen er utvilsomt pasient med rettigheter etter pasientrettighetsloven. Det ufødte barnets interesser sikres i utgangspunktet gjennom morens vurderinger på dets vegne. Om dette ikke synes å være tilfelle, er fødselshjelpen nærmest til å sikre det ufødte barnets interesser i fødsels-situasjonen.

Er risikoen for barnet meget stor og risiko for mor meget liten, vil en interesseavveining kunne føre til at keisersnitt bør gjennomføres. Aksepterer ikke mor operasjonen, eller motsetter seg den aktivt, bør minst to leger – hvis mulig – delta i vurderingen. I det første eksemplet, der kvinnen hoppet ut av sengen, ville det kreve fysisk tvang å gjennomføre en operasjon. Dette ville oppleves som et stort overgrep og være svært traumatisk for pasienten. Graden av motstand og opplevelse av integritetskrenking vil til en viss grad kunne spille inn ved fødselshjelperens vurderinger. Slik er det også etter annen tvangslovgivning, f.eks. i psykisk helsevernloven § 3-3 og sosialtjenesteloven kapittel 4A.

I mange slike situasjoner trenger fødselslegen tid for å overvinne den fødendes frykt, fordommer og uvitenhet. Språkbarrierer og motstand hos pasienten kan gjøre situasjonen enda vanskeligere, og i de fleste tilfeller er tiden knapp. I Storbritannia og USA er det flere eksempler på at obstetrikere/sykehuset innhenter forhåndsgodkjenning av en domstol før inngrepet utføres, men slike juridiske betraktninger krever tid. Slike domsavsigelser har til en viss grad fjernet det juridiske ansvar fra obstetrikere. Det tilhører imidlertid ikke vår rettslige kultur å løse interessekonflikter a priori gjennom rettslige tvistløsningsmekanismer, når dette ikke er lovbestemt, f.eks. bruk av nemndene i abortvalgsituasjonen (12).

Utførlig journaldokumentasjon med de foretatte avveininger er i slike situasjoner svært viktig, uansett utfallet. Dokumentasjonsplikten påligger helsepersonellet etter helsepersonelloven, og det er ikke noe krav til pasienter om å undertegne verken samtykkeerklæringer eller motstandserklæringer. Det er en stor påkjenning for medisinsk personell å være involvert i situasjoner der et foster dør, ikke minst når man mener at intervensjon med stor sannsynlighet vil kunne forhindre det. Frustrasjon og engstelse hos personalet skal takles, samtidig som den fødende har krav på samme omsorg som enhver annen fødende.

Etter vår oppfatning kan legen ha en rett til å utføre tvangsmessig keisersnitt i en øyeblikkelig hjelp-situasjon for å redde fosteret fra død eller større skade. Slike situasjoner er heldigvis sjeldne. Avhengig av hva fødselshjelpen i en slik situasjon velger å gjøre, vil det enten medføre en høygradig og bevisst krenking av kvinnens autonomi eller et sannsynlig tap av fosterets liv. Legefaglig og medisinsk-etisk vil et slikt valg måtte ta omsyn til den «svakestes rett» og den «største helsegevinsten». Dette kan tilsa at det bør utføres keisersnitt. Som vist over vil et slikt inngrep, dersom handlingen fremstår som faglig forsvarlig, neppe kunne føre til rettslige konsekvenser for fødselshjelpen.

Kristin Lyng

kristin.lyng@klinmed.uio.no
Kvinnekliviken
og
Pediatrik forskningsinstitutt
Rikshospitalet
0027 Oslo

Aslak Syse

Universitetet i Oslo

Per E. Børdaahl

Haukeland Universitetssykehus

Artikkelen bygger delvis på en artikkel publisert i *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (17).

Litteratur

- Dyer C. Court to examine legality of compulsory caesarean sections. *BMJ* 1997; 314: 8.
- Newburn M. Caesarean sections performed without consent. *Mod Midwife* 1996; 6: 9.
- Hogberg U. Maternal deaths related to cesarean section in Sweden, 1951–1980. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 351–7.
- Bowes WAJ, Selgestad B. Fetal versus maternal rights: medical and legal perspectives. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 209–14.
- Leiberman JR, Mazor M, Chaim W et al. The fetal right to live. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 515–7.
- Dimond B. Legal aspects of consent 11: compulsory Caesarean sections. *Br J Nurs* 2001; 10: 1002–4.
- Curran WJ. Court-ordered cesarean sections receive judicial defeat. *N Engl J Med* 1990; 323: 489–92.
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Lov av 2. juli 1999 nr. 63. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
- Brahams D. Caesarean sections by court order. *Lancet* 1996; 348: 770.
- Shriner TLJ. Maternal versus fetal rights – a clinical dilemma. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 518–9.
- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF et al, red. *Williams Obstetrics* 20. utg. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1997.
- Syse A. Abortloven: juss og verdier. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993.
- Syse A. Døden i medisinsk og rettslig belysning. *Lov og Rett* 1997; 480–98.
- Matheson W, Woxholth G. Lovavdelingens uttalelse 6. mai 1987. I: Woxholth G. Lovavdelingens uttalelser. Oslo: Gyldendal, 1990: 47.
- Syse A, Førde R, Førde OH. *Medisinske feil*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
- Norsk Retstidende 1999 s. 203f.
- Lyng K, Syse A, Børdaahl PE. Can cesarean section be performed without the woman's consent? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 39–42.