

Keisersnittsfrekvensen er økende i mange land, uten at dette har gitt dokumentert bedre helse for mor eller barn. Tvert imot er det sannsynlig at ulempene ved et keisersnitt uten medisinsk indikasjon totalt sett overstiger eventuelle fordeler

Keisersnitt – til nytte eller skade?

«Jeg nekter å føde på vanlig måte. Hvis jeg ikke får keisersnitt, går jeg til advokat!» Slike utsagn er ikke ukjente for fødselsleger i Norge. Og ofte er det ikke noen medisinsk indikasjon for inngrepet.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Mette Christophersen Tollånes en oversikt over den bekymringsfulle tendensen til økt forekomst av keisersnitt i store deler av verden (1). Det paradoksale i global sammenheng er at mens vi i industrialiserte land etter all sannsynlighet har en for høy keisersnittsfrekvens ut fra optimal helse for mor og barn, har fremdeles fødende i store deler av verden ikke tilgang på keisersnitt. Konsekvensen er at mor og barn i verste fall kan dø eller bli hardt skadet. Det er ingen enighet om hva som er en optimal keisersnittsfrekvens i forhold til risiko-nytte-aspektet, men en frekvens på 10 % (og under 15 %) er sannsynligvis rimelig (1).

Keisersnitt er en av de vanligste operasjoner ved norske sykehus og er regnet som et relativt enkelt kirurgisk inngrep. De hyppigste komplikasjonene ved elektive keisersnitt er oftest ufarlige, slik som urinveisinfeksjon og sårinfeksjon, men dette er likevel kjedelige komplikasjoner for en nybakt mor. Hvis mulig planlegges keisersnittet utført nær termin, for å redusere risikoen for respirasjonsproblemer («våte lunger») hos barna. Selv hos barn født til termin (uke 37–38) er det fem ganger så høy risiko for alvorlige respirasjonsproblemer etter elektivt keisersnitt som etter planlagt vaginal fødsel (2). Ulempen ved at keisersnitt planlegges inn mot termin er risikoen for at fødselen starter før beregnet forløsning. Da må det gjøres akutt keisersnitt, med den økte komplikasjonsrisiko et slikt akuttinngrep innebærer. Planlegger man å gjøre det elektive keisersnitt i uke 37 for å redusere risikoen for et akutt, vil det i stedet være økt risiko for respirasjonsproblemer hos barnet. Ved keisersnitt på medisinsk indikasjon er den økte risikoen for respirasjonskomplikasjoner hos barnet vurdert som mindre enn antatt gevinst ved en keisersnittsforløsning. En slik netto nytteeffekt kan ikke forutsettes ved keisersnitt utelukkende etter mors ønske der det ikke foreligger medisinsk indikasjon.

Langtidskomplikasjonene for kvinnen etter flere keisersnitt er usikker. Det er sannsynlig at flere abdominale operasjoner gir mer adheranse- og subileusproblemer enn hos vaginalt forløste og dermed mer magesmerter og økt risiko for organskade ved annen kirurgi senere.

Det samfunnsetiske aspektet av unødvendig høy sectiofrekvens innebærer ikke bare at keisersnitt koster mer for samfunnet enn vaginal forløsning (i Norge anslått til ca. kr 55 000 mot kr 22 000) (3), men også at andre viktige oppgaver må nedprioriteres. Det trengs mer ressurser ved keisersnitt enn ved vaginal forløsning. Det synes ikke å være etisk korrekt å prioritere ressurser på unødvendige og i verste fall skadelige operasjoner når det finnes andre og viktige udekkede oppgaver for samfunnet og helsevesenet. Også i land som Norge er tilgangen på kvalifisert helsepersonell begrenset.

Hva er så helsemyndighetenes innstilling til den økende keisersnittsfrekvensen? Stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet* slår fast at mye av økningen antakelig skyldes en større andel keisersnitt

uten medisinsk indikasjon (2). Har kvinnen rett til selv å velge keisersnitt, også der behandlende lege ikke finner at det er noen medisinsk indikasjon for inngrepet? Meldingen gir en god oversikt over problemstillingen, inkludert pasientrettighetslovens tekst om medvirkning «ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder». Kvinnen har rett til informasjon om hva keisersnittet innebærer av risiko og andre forhold av betydning for vurderingen av faglig forsvarlighet. Pasientens ønsker skal tillegges vekt, men likevel slik at «hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende» (3). Det konkluderes med at helsepersonellet skal ta den endelige beslutningen om hvorvidt det skal gjøres keisersnitt eller ikke. Meldingen slår fast at normal fødsel er førstevalg ved ukompliserte svangerskap og at det skal gode faglige grunner til for å velge keisersnitt. «Kvinnen kan ikke som utgangspunkt kreve keisersnitt som forløsningsmetode.»

Men hvordan kan vi i Norge redusere keisersnittsfrekvensen eller i det minste unngå en fortsatt økning? Ved de fødeavdelinger der man har forsøkt dette i et systematisk omfang, vet man at det er særdeles ressurskrevende. Omfattende og balansert informasjonsvirksomhet fra både jordmødre og leger er nødvendig, og ulempene ved et keisersnitt uten medisinsk indikasjon må også formidles. Vi antar at det er viktig med god bearbeiding av en tidligere «traumatisk fødsel» for å redusere risikoen for keisersnitt ved neste. Grensene mellom medisinsk indikasjon og selvbestemt keisersnitt uten medisinsk indikasjon kan av og til være uklare, slik som ved «fødselsangst». Det er ikke tvil om at enkelte har en så stor grad av angst at det i seg selv vil være en relativ medisinsk indikasjon for keisersnitt. For mange kvinner med mer beskjeden fødselsangst er det ofte en støtte å vite at det er god beredskap for keisersnitt dersom den planlagte vaginale fødselen ikke skulle utvikle seg normalt.

Stortingsmeldingen gir god støtte til en fødselslege som ikke finner medisinsk indikasjon for det keisersnittet kvinnen ber om (3). I den praktiske hverdag består imidlertid utfordringen i at det er enkeltpersoners liv, ønsker og skjebner vi som helsepersonell må forholde oss til. Da gjelder det å holde hodet kaldt og hjertet varmt og utøve godt klinisk skjønn og god kommunikasjon. Håpet er at dette fører til at vi vil utføre keisersnitt kun der vi tror det er til nytte for mor og barn, ikke der risikoen for skade er større enn nytten.

Annetine Staff
annetine.staff@uus.no

Annetine Staff (f. 1962) er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, overlege og forskningsgruppelider ved Kvinnekliviken, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og konstituert direktør for forskning og utvikling i Helse Sør-Øst RHF. Hun er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité og av NEM (den nasjonale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk).

Litteratur

1. Tollånes MC. Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1329–31.
2. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: cohort study. BMJ 2008; 336: 85–7.
3. St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.