

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

8. Singh SJ, Morgan MDL, Hardman AE et al. Comparison of oxygen uptake during conventional treadmill test and the shuttle walking test in chronic airflow limitation. *Eur Respir J* 1994;7:2016-20.
9. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM et al. The self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. *Am Rev Respir Dis* 1992;145:1321-7.
10. Eriksen N, Hansen EF, Munch EP et al. Kronisk obstruktiv lungesygdom – indlæggelse, forløb og prognose. *Ugeskr Læger* 2003;165:3499-502.
11. Calverley P, Pauwels R, Vestbo J et al. Combining salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2003;361:449-56.
12. Szafranski W, Cukier A, Ramirez A et al. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;21:74-81.
13. Donohue JF, van Noord JA, Bateman ED et al. A 6-month, placebo-controlled study comparing lung function and health status changes in COPD patients treated with tiotropium or salmeterol. *Chest* 2002;122:47-55.
14. Troosters T, Gosselink R, Decramer M. Exercise training in COPD: How to distinguish responders from nonresponders. *J Cardiopulmonary Rehabil* 2001;21:10-7.
15. Seemungal T, Donaldson G, Paul E et al. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1418-22.

Kvindens ønske – hvor stor betydning har det for kejsersnitfrekvensen?

Overlæge Ole Bredahl Rasmussen

Sygehus Viborg, Kvindeafdelingen

Resumé

Introduktion: Formålet med studiet var at undersøge, i hvor høj grad kvindens ønske som indikation for kejsersnit bidrager til den samlede kejsersnitfrekvens.

Materiale og metoder: Data fra alle fødsler i Viborg fra den 1. januar 1998 til og med den 30. juni 2003 er anvendt, idet udkomme var kejsersnit før fødsel. Der er undersøgt tre grupper af fødende: førstegangsfødende med et barn i hovedstilling uge 37 + 0 eller senere, fleregangsfødende uden tidligere kejsersnit med et barn i hovedstilling uge 37 + 0 eller senere og fleregangsfødende med tidligere kejsersnit og et barn i hovedstilling uge 37 + 0 eller senere. Perioden fra den 1. januar 1998 til den 30. juni 2000 er sammenlignet med perioden fra den 1. juli 2000 til den 30. juni 2003.

Resultater: Hyppigheden af kejsersnit før fødsel var uændret blandt førstegangsfødende i de to perioder. Der var en signifikant stigning i hyppigheden i de to grupper af fleregangsfødende – især i gruppen af gravide, der tidligere havde født ved kejsersnit. Ved uændret hyppighed af kejsersnit før fødsel ville der have været 71 kejsersnit færre i anden periode.

Diskussion: Langt størstedelen af de gravide ønsker at føde selv. Kvindernes ønske om kejsersnit kan formodes at være steget i hyppighed, men stigningen har i Viborg højst andraget 1,3% af samtlige gravide. Kvindens ønske må opfattes som en mulig kritik af fødselshjælpen ved tidligere fødselsforløb. Andre faktorer med betydning for kejsersnitfrekvensen ændrer sig i disse år, blandt andet indstillingen hos lægerne. Der er behov for konsensus om definitionen af kvindens ønske som indikation for kejsersnit og valide tal for omfanget, så der ikke påstås mytologiske højder blandt professionelle eller i befolkningen.

I takt med at risikoen ved et planlagt kejsersnit er mindsket, er vaginal fødsel og planlagt kejsersnit kommet i en konkurrencesituation. Diskussionen i 1990'erne med udgangspunkt bl.a. i *changing childbirth* [1] understregede behovet for at undgå formynderi over for de gravide og fødende og for at forbedre informationerne til kvinderne, så de i højere grad kunne få mulighed for at træffe et informeret valg. Denne udvikling er gået hånd i hånd med et ønske blandt professionelle om at styrke den evidensbaserede medicin. Imidlertid er der på denne baggrund opstået uklarhed om, hvilken rolle fødsels-hjælperen skal have i forhold til den gravide og fødende. Dette kommer i særlig grad til udtryk i forbindelse med, at den gravide fremsætter ønske om kejsersnit før fødsel [2, 3].

Vi har igennem de senere år set en stigning i kejsersnitfrekvensen også i Danmark, og vi har set forskellige forsøg på at finde en forklaring på dette. Således fremhæves det i en ny-lig analyse af kejsersnitfrekvensen i Danmark, at »antallet af kejsersnit udført med hovedindikationen *maternal request* eller kvindens ønske stiger kraftigt og er formentlig en af hovedårsagerne til det stigende antal kejsersnit« [4].

Det er vanskeligt at dokumentere denne påstand, idet der ikke er enighed om, hvad begrebet »kvindens ønske« dækker over som indikation for kejsersnit. Der er ingen tvivl om, at patientens ønske spiller en rolle for valg af behandling. Dette er formentlig tilfældet inden for alle specialer. Man kan også formode, at kvindens ønske til alle tider har haft en indflydelse på indikationen for kejsersnit. Man har imidlertid ikke tidligere erkendt eller anerkendt dette som et selvstændigt begreb. I stedet for har man evt. brugt psykiatriske diagnoser som begrundelse for indgreb, hvor der ikke var egentlig medicinsk indikation. Dette er naturligvis gjort i et forsøg på at hjælpe patienten, men omfanget af denne praksis er ikke kendt, og det er derfor vanskeligt at udtale sig med sikkerhed

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

om en udvikling på dette område. På den anden side er det væsentligt at søge tilgængelig viden om omfanget af kvindens ønske som indikation for kejsersnit.

Gruppen af kvinder, der har fået kejsersnit udført før fødsel, må indeholde de kvinder, som får udført kejsersnit efter eget ønske. Denne gruppe inkluderer også kvinder, som får udført kejsersnit helt eller delvist på medicinsk indikation, f.eks. præeklampsi eller diabetes. Det kan formodes, at disse indikationer har været uændrede over årene. En eventuel stigning i hyppigheden af kejsersnit før fødsel må derfor først og fremmest afspejle en holdningsændring til dette indgreb. Kejsersnit før fødsel har vi valide registreringer af.

Materiale

Data fra alle fødsler i Viborg fra den 1. januar 1998 til og med den 30. juni 2003 er anvendt. De grupper af kvinder, der er inkluderet i analysen af udviklingen, er dem, som forventeligt skulle stile mod vaginal forløsning, og hos hvem der ikke i udgangspunktet var medicinske eller andre komplicerende faktorer til stede, som på forhånd helt eller delvist kunne »retfærdiggøre« et kejsersnit. Der er anvendt den stratificering i ti grupper, som oprindeligt blev præsenteret af *Michael Robson* [5, 6] og følgende grupper er inkluderet: gruppe 1 + 2: førstegangsfødende med et barn i hovedstilling i uge 37 + 0 eller senere, gruppe 3 + 4: fleregangsfødende med et barn i hovedstilling i uge 37 + 0 eller senere uden tidligere kejsersnit og gruppe 5: fleregangsfødende med et barn i hovedstilling i uge 37 + 0 eller senere med tidligere kejsersnit.

De undergrupper af fødende, som derved er ekskluderet, er gravide med fostre i abnorme positioner, inklusive underkropspræsentation, og flerfoldsgravide samt gravide med præterme fødsler (fødsel før uge 37 + 0) – dvs. gruppenumrene 6-10. De anførte gruppenumre refererer til den nævnte stratificeringsmodel og anvendes herefter.

Det undersøgte udkomme er kejsersnit før fødsel. For at vurdere en eventuel udvikling er data for perioden den

1. januar 1998 til den 30. juni 2000 sammenlignet data fra den 1. juli 2000 til den 30. juni 2003.

Resultater

I tidsrummet fra den 1. januar 1998 til den 30. juni 2003 har der været 9.671 fødende i Viborg. Den totale kejsersnitfrekvens over hele perioden var 17,1%. I første periode var der i alt 4.378 fødende og en total kejsersnitfrekvens på 16,5%. I anden periode var de tilsvarende tal 5.293 fødende og en total kejsersnitfrekvens på 17,6%. Denne stigning var ikke signifikant (relativ risiko (RR) = 1,064 med 5% grænser 0,974-1,162).

Gruppe 1 + 2 bestod af 3.243 fødende, hvoraf 72 (2,2%) blev forløst ved kejsersnit før fødsel. Gruppe 3 + 4 bestod af 4.423 fødende, hvoraf 117 (2,6%) blev forløst ved kejsersnit før fødsel. Gruppe 5 bestod af 869 fødende, hvoraf 271 (31,2%) blev forløst ved kejsersnit før fødsel. Disse tre grupper udgjorde tilsammen 8.535 fødende eller 88,3% af hele fødepopulationen i perioden.

Andelen af fødende, som er ekskluderet af denne analyse, er øget i perioden, mens de ekskluderedes andel af kejsersnit ligeledes er øget. Disse tendenser var dog ikke signifikante ved sammenligning af hyppighederne i de to angivne perioder.

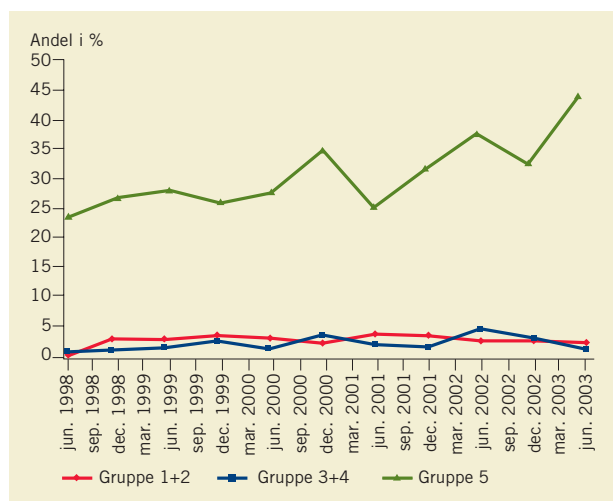
Af **Figur 1** fremgår de andele i de tre inkluderede grupper, som blev forløst ved kejsersnit før fødsel opgjort pr. halvår. Disse andele er for hver af de tre grupper beregnet som forholdet mellem antal kvinder, der fik foretaget kejsersnit før fødsel, i tælleren og i nævneren alle kvinder i gruppen.

For førstegangsfødende (gruppe 1 + 2) var der et lille, ikke-signifikant fald i hyppigheden af kejsersnit før fødsel (RR = 0,958 med 5% grænser 0,606-1,515). For fleregangsfødende, der ikke tidligere havde fået kejsersnit (gruppe 3 + 4), var der en signifikant stigning i hyppigheden med 1,4% (RR = 1,671, 1% grænser 1,026-2,719). I gruppen af fleregangsfødende, der tidligere havde fået kejsersnit (gruppe 5), var der den største relative stigning på 8,2% i hyppigheden af kejsersnit før fødsel, hvilket var signifikant (RR = 1,306, 1% grænser 1,001-1,703).

Ved uændret hyppighed af kejsersnit før fødsel i de to grupper af fleregangsfødende i de to angivne perioder ville der have været hhv. 31 kejsersnit og 40 kejsersnit før fødsel færre i anden periode. Stigningen af antal kejsersnit før fødsel i anden periode kan således anslås til ca. 23,7 pr. år eller 1,3% af fødepopulationen pr. år. Den største relative forskel blev fundet hos fleregangsfødende, der tidligere havde fået kejsersnit.

Diskussion

Særlige forhold i Viborg kan gøre sig gældende i forhold til andre fødesteder i Danmark, hvorfor fundene ikke uden videre kan overføres til resten af landet, lige så vel som fund fra landsgennemsnit ikke uden videre kan overføres til populationen i Viborg. Man kan formode, at tendenser i udviklingen vil være de samme i forskellige regioner i Danmark, mens det absolutte niveau kan variere.



Figur 1. Kejsersnit før fødsel i Viborg.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Den manglende ændring af hyppigheden af kejsersnit før fødsel blandt førstegangsfødende må opfattes som en uændret holdning i denne gruppe til at stile mod vaginal forløsning. Hyppigheden af kejsersnit før fødsel steg fra første periode til anden periode for begge grupper af fleregangsfødende. Der var størst relativ stigning i gruppen, der tidligere havde fået kejsersnit, hvilket er i overensstemmelse med de faktorer, som hos fleregangsfødende prædikere et ønske om planlagt kejsersnit: tidligere kejsersnit, frygt for fødsel og en negativ oplevelse af en tidligere fødsel [7]. Der er forslået psykisk støtte til disse kvinder, hvilket er vist at kunne reducere antallet af ikkemedicinsk indicerede kejsersnit og frygten for fødslen [8, 9]. Graden af smertebehandling og tilbud om dette er fortsat et problem i Danmark [10]. Formynderi og manglende kontinuitet i forhold til fødselshjælperen og manglende konsensus i de involverede faggrupper er forhold, som længe har været anerkendt som centrale problemer for de gravide og fødende [1].

Der er andre forhold, som kan have haft indflydelse på en stigende kejsersnitfrekvens, end forløbet af en tidligere fødsel. Vi ved, at *body mass index* (BMI) er stigende i befolkningen, og at dette øger risikoen for indgreb ved fødslen [11], lige så vel som alder spiller en rolle [4]. Behovet for at reducere hyppigheden af tvillingegraviditeter opnået ved in vitro-fertilisering synes at være påtrængende [12]. Næsten alle gravide med et barn i underkropspræsentation bliver forløst ved kejsersnit før fødsel. Igennem de seneste år er der opstået en tendens til at anbefale kejsersnit til kvinder med gener efter tidligere sfincterruptur eller inflammatorisk tarmsygdom, uanset at alle aspekter af disse anbefalinger ikke er afklaret [3, 13].

En vis del af de kvinder, som i den undersøgte periode fik kejsersnit før fødsel, ville have fået akut kejsersnit ved fødslen, såfremt de i stedet havde stilet mod vaginal forløsning. Dette forhold reducerer omfanget af en holdningsændrings betydning for kejsersnitfrekvensen. Såfremt man antager, at medicinske årsager til kejsersnit før fødsel har været uændret i de inkluderede grupper af fødende i hele perioden, kan en eventuel ændring i holdningen til kejsersnit på kvindens ønske eller som følge af ændret holdning hos lægerne skønnes at have bidraget med ca. 1,3% til den samlede kejsersnitfrekvens i Viborg. Denne analyse understøtter den opfattelse, at der er opstået en ændret holdning til at udføre kejsersnit før fødsel, men det kan ikke afgøres, om kvindens ønske vejer tungere end en ændret holdning hos lægerne.

Hvis vi overvurderer omfanget af den andel af kvinder, som får kejsersnit på eget ønske, risikerer vi at skabe en selvforstærkende proces eller at modarbejde kvindernes mulighed for at kunne stille krav til fødselshjælperne. Det er fortsat langt størstedelen af de gravide, som ønsker at føde selv [7], hvilket også bekræftes i denne analyse. Vi må opfatte ønsket om kejsersnit før fødsel hos kvinder, hos hvem der ikke er medicinsk indikation, som en mulig kritik af fødselshjælperen. Vi skal undgå, at kvinder oplever vaginal fødsel som et

traume. Hyppigheden af ukompliceret vaginal fødsel bør øges [13]. Vi skal tilstræbe kontinuitet i organisationen og i mødet med den enkelte gravide og fødende. I konsultationen med den gravide, der fremsætter ønske om elektivt kejsersnit, må vi gennemgå baggrunden og tilstræbe uhildet information og eventuelt nedskrive en kontrakt for et fødselsforsøg. Fastholdes ønsket, bør det nedskrives, og en blanket underskrives på linje med den blanket, der gennemgås og underskrives før en sterilisationsoperation. Vi må skabe konsensus om en definition af kvindens ønske som indikation for kejsersnit, og der bør fremover skaffes valide tal for omfanget af ønsket om kejsersnit, så der ikke påstås mytologiske højder blandt professionelle eller i befolkningen.

Korrespondance: Ole Bredahl Rasmussen, Kvindeafdelingen, Sygehus Viborg, DK-8800 Viborg. E-mail: olebr@dadlnet.dk

Antaget: 26. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Changing Childbirth: the report of the expert maternity group. London: HMSO, Department of Health, 1993.
2. Bewley S, Cockburn J. The unethics of "request" caesarean section. BJOG: Int J Obstet Gynaecol 2002;109:593-6.
3. Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? Obstet Gynecol, 2003;102:217-9.
4. Hornnes PJ, Rasmussen S. Skyldes den stigende hyppighed af kejsersnit de fødendes stigende alder? Ugeskr Læger 2003;165:4421-3.
5. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001;15:179-94.
6. Rasmussen OB, Weiss T. Labour ward audit - kvalitetskontrol af fødselshjælperen. Ugeskr Læger 1996;158:5315.
7. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C et al. Few women wish to be delivered by cesarean section. Br J Obstet Gynecol 2002;109:618-23.
8. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:201-8.
9. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E et al. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. Obstet Gynecol 2001;98:820-6.
10. Wadland LP, Sveigaard AS, Jensen AG. Undersøgelse af fødendes smerteoplevelse, kendskab til epidural smertelindring og tilfredshed med smertelindringen. Ugeskr Læger 2003;165:4527-30.
11. Jensen DM, Damm P, Sørensen B et al. Pregnancy outcome and prepregnancy body mass index in 2459 glucose-tolerant Danish women. Am J Obstet Gynecol 2003;189:239-44.
12. Pinborg A, Loft A, Schmidt L et al. Maternal risks and perinatal outcome in a Danish national cohort of 1005 twin pregnancies: the role of in vitro fertilization. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:75-84.
13. Bewley S, Cockburn J. The unethics of "request" caesarean section. BJOG: Int J Obstet Gynaecol 2002;109:597-605.