

Sandbjerg 2006 - GUIDELINE  
**MATERNAL REQUEST**

---

**Arbejdsgruppen:** Lone Krebs (tovholder), Thomas Bergholt, Birgitte Østberg, Morten Lebech, Tine Brink Henriksen, Søren Krause, Lene Grønbeck, Anne Lene Bülow-Lehnsby, Ole Bredahl Rasmussen, Trine Uldbjerg, Charlotte Sollid, Else Broberg Jensen, Jens Langhoff-Roos, Peter Hornnes

---

|   |    |
|---|----|
| <b>GUIDELINE</b> .....  | 3  |
| <b>Kodning</b> .....  | 3  |
| <b>BAGGRUND</b> .....   | 4  |
| <b>DEFINITION</b> .....   | 4  |
| <b>JURIDISKE ASPEKTER</b> .....   | 5  |
| <b>I HVILKE SITUATIONER FRARÅDES VAGINAL FØDSEL?</b> .....                | 7  |
| <b>OMFANGET AF MATERNAL REQUEST</b> .....                                 | 12 |
| <b>MATERNELLE KOMPLIKATIONER VED KEJSERSNIT OG VAGINAL FØDSEL</b> .....   | 15 |
| <b>FØTALE KOMPLIKATIONER VED KEJSERSNIT OG VAGINAL FØDSEL</b> ...         | 17 |
| <b>TILBUD TIL GRAVIDE DER ØNSKER KEJSERSNIT PÅ MATERNAL REQUEST</b> ..... | 18 |
| <b>FORSLAG TIL PATIENTINFORMATION</b> .....                               | 19 |
| <b>REFERENCER</b> .....   | 22 |

## GUIDELINE

- **Definition:** Maternal request (MR) angives som indikation for sectio i de situationer, hvor en gravid ønsker sectio, men obstetrikeren ikke på baggrund af en samlet risikovurdering finder grund til at fraråde vaginal fødsel.
- Kvinder, som ønsker sectio, uden at der er en medicinsk begrundelse for at foretage det, skal informeres om fordele og ulemper for mor og barn ved planlagt vaginal fødsel og sectio.
- Informationen bør i videst muligt omfang være evidensbaseret.
- Den mundtlige information kan suppleres med en skriftlig vejledning. Man kan vælge at lade kvinden underskrive et dokument, hvor hun bekræfter, at hun har modtaget mundtlig og skriftlig information om mulige risici ved indgrebet.
- Hun bør informeres om alle afdelingens tilbud om støtte og smertelindring, hvis hun vælger at føde vaginalt. Man kan tilbyde kvinden at udforme en ”Fødselskontrakt”, hvor alle aftaler vedrørende en vaginal fødsel skrives ned.
- I situationer hvor der er mistanke om sygelig angst for en vaginal fødslen kan man overveje vurdering/behandling ved psykolog eller psykiater. I øvrige tilfælde kan man tilbyde samtaler med et specialteam af jordemødre/obstetrikere med særlig interesse for at vejlede kvinder som uden medicinsk begrundelse fravælger den vaginale fødsel.
- Juridisk set, kan den enkelte obstetrikere afvise at foretage sectio i en given situation. Man bør dog i så fald overveje at tilbyde kvinden en ”second opinion” ved en anden obstetrikere.

### Kodning

I situationer hvor der foretages sectio uden at obstetrikeren har fundet grund til at fraråde vaginal fødsel føjes tillægskoden KZYM00 til operationskoden.

Det er væsentligt også at registrere andre diagnoser, som kan have bidraget til kvindens ønske om sectio f.eks.: Gemelli (DO300C-E), tidligere sphinkterruptur (DZ875C), tidligere besværlig fødsel (DZ358D), tidligere sectio (DO342), stort fosterskøn (DO366).

## BAGGRUND

Hyppigheden af kejsersnit har i de senere år været hastigt stigende, og i første halvår af 2004 fødte 20% af danske kvinder ved kejsersnit. Et stigende antal kejsersnit udføres uden en lægelig indikation (6). Årsagen til at kvinder i stigende omfang fravælger den normale fødsel kan dels relateres til en signifikant reduktion i hyppigheden af kirurgiske og anæstesiologiske komplikationer til sectio gennem de sidste årtier. Desuden er der generelt i sundhedsvæsenet en stigende accept af den fødendes ret til at træffe et informeret valg. Også samfundsmæssige forhold sociale og psykologiske faktorer spiller formentlig en rolle. Gravide som fravælger den normale fødsel spænder fra den førstegangsfødende, som har et absolut krav om at kunne kontrollere og planlægge sin fødsel over kvinder med psykologisk betinget angst for at føde, og til kvinder med traumatiske fødselsoplevelser i en tidligere graviditet.

Det har gennem tiderne varieret i hvilke situationer obstetrikere definerede, at der var lægelig indikation for et kejsersnit, samt hvorledes et ønske om kejsersnit burde håndteres. Der er endog obstetrikere som har hævdet at et elektivt sectio samlet set indebærer en lavere helbredsmæssig risiko for mor og barn end en planlagt vaginal fødsel (12).

Vi har i arbejdsgruppen på baggrund af foreliggende litteratur, men primært efter diskussioner i den bredt sammensatte gruppe, udarbejdet et forslag til, hvorledes en henvendelse fra en gravid med ønske om sectio på maternal request (MR) kan håndteres.

I denne forbindelse har gruppen fundet det vigtigst at

- 1) Komme med et forslag til en fælles definition af MR som indikation,
- 2) Diskutere hvorledes mere kontroversielle indikationer kan håndteres
- 3) Undersøge den gravides og personalets retsstilling
- 4) Anføre risikofaktorer for mor og barn ved et elektivt sectio
- 5) Komme med forslag til håndtering / behandlingsmuligheder ved ønske om MR
- 6) Udarbejde en patientinformation, som specielt er rettet mod gravide med ønske om sectio alene på indikationen MR, som tager højde for en given udvidet informationspligt.

## DEFINITION

Generelt defineres et sectio foretaget efter "Maternal Request" som et sectio foretaget uden medicinsk indikation. Ulempen ved denne definition er at grænsen for medicinsk indikation i nogen grad kan være flydende, og personafhængig.

Gruppen har derfor valgt at forslå følgende definition:

***"Hvor obstetrikeren i det givne tilfælde ikke på baggrund af en samlet risikovurdering vil fraråde en vaginal fødsel"***

Vi mener, at den subjektive vurdering herved minimeres. Definitionen vil således også inkludere de kvinder, hvor man empatisk forstår den gravides begrundelse for at

ønske sectio (belastet fødsel, angst for gentagelse), men hvor risiko ved sectio ikke opvejer indikationen.

Afvejningen af risici ved forskellige fødselsmåder for den enkelte gravide, kan i mange tilfælde være kompleks og anbefaling af fødselsmåde kan rykkes den ene eller anden vej, når summen af alle forhold der vedrører barn og moder, og eventuelle tidligere fødselskomplikationer inddrages.

I nogle tilfælde vil det således være svært at give sikker rådgivning, da forskellige parametre kan pege i hver deres retning. Det er derfor vigtigt at alle kvinder der henvender sig med ønske om sectio får en klar og balanceret information, baseret på den bedst tilgængelige viden, der også inkluderer de relative fordele, risici og alternativer. Samt at man konklusivt tager stilling til om man finder at der er medicinsk indikation for sectio, alternativt ikke finder grund til at fraråde vaginal fødsel.

Videre gennemgang af tidligere fødselsforløb, samt grundig samtale og information af den gravide / parret vil herefter afklare om der eventuelt skal udføres kejsersnit på indikationen MR.

## **JURIDISKE ASPEKTER**

De legale og etiske forhold der vedrører MR er komplekse, men der er intet juridisk, der direkte henfører til problemstillingen ”operation på patientens ønske”. Ligeledes er det kun få videnskabelige arbejder, der berører problematikken, og primært fra en filosofisk vinkel (7, 16, 1, 20, 5)

FIGO anfører at “ it is unethical to perform a caesarean section without a medical indication because of inadequate evidence to support a net benefit (17, 8).

Arbejdsgruppen har tolket det lovmæssige grundlag således, at den gravide ikke har krav på at føde ved sectio uden lægelig indikation og at den enkelte læge har ret til at afvise en patients ønske om operation, hvis man mener, at det er det rigtige og at lægen endvidere ikke er forpligtet til at tilbyde henvisning til anden læge. Ved beslutning om at udføre kejsersnit på MR bør man følge den skærpede informationspligt.

Vedr. den gravides ret at bestemme over egen krop og således også, om hun ønsker operation, er der ikke på lovmæssigt grundlag eller i henhold til Sundhedsstyrelsen retningslinier holdepunkt for, at hun har krav på at få foretaget et kejsersnit alene på grund af eget ønske.

Ifølge patientrettighedsloven (Lov om patienters retsstilling, lov nr.482 af 1 juli 1998) har alle patienter ret til at fraskrive sig behandling, inklusive operationer, men det tolkes ikke således, at man på samme måde har ret til at tilvælge behandling. Dvs. at gravide ikke har nogen juridisk ret til at kræve, at der udføres kejsersnit.

Dette er også i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16/09/1998: ” Patienten kan ikke selv bestemme behandlingen. Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen. Sundhedspersonen bør dog i videst muligt omfang, selvom patienten ønsker en anden

behandling end den sundhedspersonen finder fagligt mest korrekt, behandle patienten efter omstændighederne bedst muligt.”

Det har i gruppen været diskuteret, om vaginal fødsel og sectio kan sidestilles som behandlingsformer, således at fravalg af vaginal fødsel da kunne medføre, at man i stedet skulle føde ved sectio. Vi finder imidlertid at den vaginale fødsel i denne forbindelse skal regnes som en fysiologisk og normal livsproces, og at det at føde sit barn vaginalt er en naturlig konsekvens af at være gravid.

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg har kvinden ”ret til vederlagsfri fødselsbetjening”, men ”Teknologi, i form af undersøgelser og procedurer” bør kun tilbydes når der foreligger dokumentation for nyttevirkningen (13). Det kunne anføres at sectio er en sådan procedure, men der er efter arbejdsgruppens vurdering ikke dokumentation for nyttevirkning, med mindre der er egentlig medicinsk indikation.

*Vedr. krav om udvidet informationspligt:*

Efter patientrettighedsloven § 6 må ingen behandling indledes uden patientens informerede samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonen (lægen). Samtykket kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Sundhedsstyrelsen angiver særligt skærpede krav, til den information der skal gives forud for et kosmetisk indgreb, da det typisk er indgreb på i øvrigt raske mennesker. Patienten skal informeres om det forventede behandlingsresultat, typen og hyppigheden af komplikationer og eventuelle senfølger. Såfremt indgrebet afviger fra de almindeligt fagligt accepterede metoder, skal lægen tillige oplyse, hvorfor denne metode anvendes frem for den almindeligt fagligt accepterede. Informationen skal gives både skriftligt og mundtligt, og i god tid inden behandlingens begyndelse og den skal journalføres. (Vejledning om information forud for kosmetiske indgreb” af 6. januar 2000).

Som det fremgår er vejledningen ikke udarbejdet med tanke på egentlig sygdomsbehandling, og skærpet informationspligt er således ikke umiddelbart et juridisk krav ved udførelse af kejsersnit efter MR.

Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at man kan anbefale at følge denne vejledning.

*Vedr. skriftligt samtykke.*

Der er ikke lovhjemmel for at kræve skriftligt samtykke fra den gravide. Baggrunden for at kræve skriftligt samtykke skulle derfor være, at sikre at den gravide har forstået at et sectio udføres uden at lægen anbefaler det og at fødestedet opnår dokumentation for at kvinden har modtaget relevant information.

## I HVILKE SITUATIONER FRARÅDES VAGINAL FØDSEL?

Ideelt set bør den gravide kvinde tilbydes evidens-baseret information og vejledning for at kunne træffe sit informerede valg af forløsningsmåde. Imidlertid er der kun i ganske få situationer egentlig evidens for at fraråde vaginal fødsel. Substansen i afgrænsningen af, hvornår et kejsersnit er lægeligt begrundet, og hvornår der er foretaget kejsersnit på moders ønske, er vurdering af risiko. Der er et kontinuum af risikoniveauer for hver af de forskellige udkommer man ser på, og risici kan både gælde moder og barn hver for sig eller samlet. Der er mange sociale og psykologiske forhold som spiller ind, samtidig med at lægernes, jordemødrenes og kvindernes egne holdninger ikke er uden betydning. Det er umuligt at opstille en klar skillelinie imellem de kejsersnit som er medicinsk indicerede og de kejsersnit som er foretaget på moderens ønske.

I denne gennemgang fokuseres på begrebet risiko som substansen i en afgrænsning af forskellige kategorier af planlagt kejsersnit - og dermed også planlagt "kejsersnit på moders ønske". De forskellige kategorier kan karakteriseres ved klinikerens mere eller mindre evidensbaserede vurdering af kvindens konkrete risiko ved henholdsvis vaginal fødsel eller kejsersnit i en given situation. I tabel 1 er de forskellige niveauer af risici illustreret ved en række eksempler fra den kliniske hverdag. Vi har valgt at inddele indikationerne for at foretage sectio i 4 forskellige kategorier (Tabel 1), hvor kategori III til IV klassificeres som maternal request.

Den første kategori er de situationer hvor randomiserede kontrollerede undersøgelser ikke giver mening at foretage, idet den gavnlige/livsreddende effekt af sectio for mor eller barn er indlysende. Det gælder f. eks placenta prævia eller foster i tværleje. Kategori II indeholder de kejsersnit, hvor den foreliggende evidens tyder på en større eller mindre gavnlig effekt af sectio for mor eller barn. Klassifikationen tager udgangspunkt i anbefalinger i de øvrige Sandbjerg-guidelines. I denne kategori findes indikationer som UK, tidligere sphinkterruptur og vedvarende analincontinens, og kvinder som vurderes at have en stor risiko (>50%) for et akut sectio ved en planlagt vaginal fødsel.

I kategori III indgår de indikationer, hvor man på baggrund af et tidligere forløb eller klinisk situation (f.eks. ryglidelse eller vaginisme) godt kan forstå og følge kvindens ønske om sectio, men hvor der ikke findes nogen grad af evidens for at fraråde en vaginal fødsel. Kategori IV indeholder de situationer, hvor kvinden ønsker sectio, men hvor hun ikke kan angive en begrundelse, som obstetrikeren finder forståelig, eller hvor obstetrikeren ud fra en samlet vurdering er overbevist om, at det i den givne situation vil være bedst for kvinden at afvise ønsket om sectio.

Inddelingen i de fire kategorier er tænkt som en hjælp til at bedømme, hvilke tilbud den gravide skal have i den konkrete situation. Antallet af samtaler og niveauet af information om eventuelle komplikationer kan afbalanceres efter om kvindens ønske vurderes at være forståeligt om end der ikke er medicinsk indikation (kategori III) eller ikke forståeligt (kategori IV).

Tabel 1

## Forskellige kategorier / situationer hvor vi diskuterer elektivt kejsersnit

| I  | II   | III  | IV  |
|--|--|--|---|
| Traditionel medicinsk indikation<br>"Absolutte indikationer"   | "Udvidet" medicinsk indikation<br>"Relative indikationer"  | Ikke medicinsk indikation<br>Forståeligt ønske   | Ikke medicinsk indikation<br>Ikke forståeligt ønske   |
| Det handler om at redde liv (kvindens eller barnets)<br><br>+ situationer hvor fødsel ikke lader sig gøre at gennemføre.   | Det handler om at beskytte / sikre kvindens eller barnets velfærd.<br><br>Man kan opregne at kvinden har en a priori øget risiko for et dårligt forløb med negativt udfald – fx akut kejsersnit, forværring af gener fra perineum eller andet. Graden af risiko vurderes uacceptabelt større ved vaginal fødsel ift elektivt kejsersnit. | Der er ikke nogen af de to kategorier for medicinsk indikation – men man forstår kvindens ønske fx på baggrund af et tidligere forløb.   | Der er ikke nogen af de to kategorier for medicinsk indikation eller identificerbar medicinsk begrundelse – man forstår ikke ønsket på baggrund af tidligere forløb eller andre forhold.  |
| 1. Placenta prævia<br>2. Tværløje (i relation til gestationsalder)<br>3. HIV<br>4. Primær genital herpes   | 1. UK (*)<br>2. Tvillinger med A i UK (*)<br>3. Trillinger (*)<br>4. Tidl sphinkterruptur med gener (*)<br>5. Tarmsygdomme (*)<br>6. Tidl sectio x 2 (*)<br>7. Tidl klassisk sectio (*)<br>8. Tidl uterus ruptur (*)<br>9. Samlet risiko for akut kejsersnit > 50 % (*)  | 1. Tidl foetus mors<br>2. Tidl misdannet barn<br>3. Tidl langvarig og besværlig fødsel<br>4. Tidl vanskelig operativ forløsning<br>5. Tidl akut kejsersnit<br>6. Tidl født barn med mulig fødselsskade<br>7. Tidl sphinkterruptur uden gener | 1. Oplevelse af at tidl fødsel var besværlig – der findes normalt partogram og evt operativ forløsning beskrevet uden komplikationer<br>2. Tidl født barn som var påvirket men ikke er skadet<br>3. Manden skal rejse<br>4. Kan ikke redegøre for årsagen |
| "Vil du anbefale el. kejsersnit ?" Ja<br>"Vil du fraråde el. kejsersnit ?" Nej<br>"Vil du anbefale vaginal fødsel ?" Nej<br>"Vil du fraråde vaginal fødsel ?" Ja | "Vil du anbefale el. kejsersnit ?" Ja<br>"Vil du fraråde el. kejsersnit ?" Nej<br>"Vil du anbefale vaginal fødsel ?" Nej<br>"Vil du fraråde vaginal fødsel ?" Ja (**)  | "Vil du anbefale el. kejsersnit ?" Nej<br>"Vil du fraråde el. kejsersnit ?" Ja (***)<br>"Vil du anbefale vaginal fødsel ?" Ja<br>"Vil du fraråde vaginal fødsel ?" Nej   |   |
| Vi anbefaler elektivt kejsersnit udført uanset at kvinden evt. ønsker at forsøge vaginal fødsel.   | Vi anbefaler elektivt kejsersnit. Vaginal fødsel kan accepteres, hvis kvinden fastholder et evt. ønske efter information.  | Vi anbefaler vaginal fødsel, accepterer at udføre elektivt kejsersnit hvis kvinden ønsker det.   | Vi anbefaler vaginal fødsel. Kan enten acceptere at udføre elektivt kejsersnit eller afslå. Ved afslag bør man overveje at tilbyde en "second opinion".   |

(\*) se nedenfor

(\*\*) – men vil acceptere vaginal fødsel hvis kvinden ønsker dette efter information og diskussion

(\*\*\*) – men vil acceptere elektivt kejsersnit, hvis kvinden ønsker dette efter information og diskussion

## Eksempler på sectioindikationer

### UK (DSOG 1998)

#### Planlagt vaginal forløsning forudsætter:

Normalt bækken.

Fosterskøn < 4.000 g.

Sæde- eller sæde-fodpræsentation.

Forudsætter grundig information af den gravide/ fødende.

#### Sectio (elektivt eller akut):

Mistanke om snævert bækken.

Fosterskøn <sup>3</sup> 4.000 g.

Fodpræsentation.

Hyperekstension af columna, bestemt ved UL: > 150° (se tegning).

Manglende accept eller angst hos den gravide/ fødende.

Misdannelser eller andre tilstande hos fosteret, der kan forårsage mekaniske problemer ved fødslen, (f.eks. hydrocephalus, omphalocele, betydende vækstretardering).

Kontraindikation mod vaginal fødsel generelt, f.eks. placenta prævia, klassisk sectio, 2 eller flere gange tidligere sectio.

Preterm fødsel: Sectio findes ikke indiceret før 26+0 uger. Mellem 26+0 uger og 32+0 uger er behandlingen omdiskuteret.

Ved PPRM med umodne cervikale forhold og behov for forløsning er sectio indiceret.

### Tidligere sphincter ruptur (DSOG 2004)

Kvinder med tidligere sphincter ruptur og symptomer på anal inkontinens bør tilbydes elektivt sectio ved næste fødsel. Kvinder der ikke har haft symptomer skal orienteres om let øget risiko for ny ruptur, og kan tilbydes elektivt sectio (C).

### Tarmsygdomme (DSOG 2004)

#### Gravide med colitis ulcerosa:

- Anbefales vaginal fødsel. (B).
- Anbefales evt. kejsersnit, hvis der er stor risiko for total kolektomi og ønske om fremtidig pouch operation (C).
- Graviditet frarådes, hvis tarmsygdommen er udbredt og ikke er i ro (B)
- Fastholdelse af remission før og under graviditet er essentiel (B). Dette opnås bedst i et samarbejde imellem medicinsk gastroenterolog og obstetriker.

#### Gravide med Mb Crohn:

- Anbefales vaginal fødsel, hvis der ikke er aktivitet i sygdommen (B)
- Anbefales elektivt kejsersnit, hvis der er aktive perianale fistler eller abcesser (B).
- Elektivt kejsersnit anbefales også ved væsentlige cikatricielle forandringer i vagina-perineum og ved øget obstetrisk risiko for akut kejsersnit (B).
- Graviditet frarådes, hvis tarmsygdommen ikke er i ro og fastholdelse af remission under graviditet er særdeles vigtig (B). Dette opnås bedst i et samarbejde imellem medicinsk gastroenterolog og obstetriker.
- Aktiv sygdom medfører en øget risiko for præterm fødsel og væksthæmning.
- Under graviditeten følges fosteret mhp tilvækst og mater mhp risiko for præterm fødsel.

#### Gravide med pouch:

- Anbefales forløsning ved kejsersnit, selvom der ikke er dokumenteret øget risiko for pouch beskadigelse eller analinsufficiens ved vaginal fødsel. (C).

#### Gravide med ileostomi / kolostomi:

- Anbefales almindeligvis vaginal fødsel (B).
- Planlagt kejsersnit er især relevant ved ueftergiveligt perineum, øget obstetrisk risiko for akut kejsersnit og manglende akut kirurgisk beredskab (C).

#### Gravide med diare:

- Anbefales medicinsk udredning og behandling og derpå vaginal fødsel efter obstetriske kriterier (C)

### **Tidligere kejsersnit**

Kvinder med tidligere kejsersnit under fødslen vil ofte ønske at diskutere, hvor stor chance der er for at undgå akut kejsersnit ved næste fødsel. Risiko for kejsersnit i den følgende graviditet og fødsel afhænger af indikationen for det tidligere kejsersnit. Var indikationen, at barnet lå i underkropspræsentation, er risikoen for akut kejsersnit ved ny fødsel omtrent som hos en normal førstegangsfødende – dvs. at chancen for at føde uden akut kejsersnit er cirka 85 %. Hvis indikationen var dårlig hjertelyd i fødslen, kan chancen for at føde uden akut kejsersnit sættes til cirka 75 %, mens chancen for at føde uden akut kejsersnit kan sættes til cirka 65 %, hvis indikationen for kejsersnittet i første fødsel var, at fødslen gik i stå trods adækvat behandling (14). Hvis kvinden samtidig er over 35 år og overvægtig, reduceres chancerne yderligere (10). Med til afvejningen af risici ved de to fødselsmåder for kvinden som tidligere har født ved kejsersnit hører også den øgede risiko for uterusruptur ved en planlagt vaginal fødsel.

### **Risiko for akut kejsersnit under fødslen**

På Sandbjergmødet, januar 2005 blev deltagerne bedt om at forholde sig til spørgsmålet: ”Hvor høj en risiko for akut kejsersnit i fødslen vil du acceptere, før du vil anbefale planlagt kejsersnit ?” Cirka halvdelen af de tilstedeværende obstetrikere havde den indstilling, at ved en risiko for akut kejsersnit i fødslen på mere end 50 % ville de anbefale planlagt kejsersnit og kode det i indberetningen til LPR som en medicinsk indikation for kejsersnit. Det er dog vanskeligt at beregne denne forhåndsrisiko præcist.

### **Angst for at føde**

Forskellige forhold før en forestående fødsel kan bekymre kvinden i en sådan grad, at hun fremsætter ønske om at føde ved planlagt kejsersnit. En lang række faktorer kan spille ind, både for førstegangsfødende og flergangsfødende. Faktorer, som beskrives associeret til ønske om planlagt kejsersnit, er psykologiske problemer før fødslen, tidligere at have været udsat for incest, manglende støtte og psykologiske problemer i aktuelle graviditet (10). Oftest handler det imidlertid om problemer ved en tidligere fødsel (15). Det kan dreje sig om, at tidligere fødsel blev afsluttet operativt med enten anlæggelse af kop eller akut kejsersnit. Det kan være, at fødslen var langvarig eller smertefuld eller i hvert fald af kvinden blev opfattet som langvarig eller smertefuld.

I sådanne tilfælde er der tydeligvis en identificerbar og forståelig årsag til ønsket om et planlagt kejsersnit. Omvendt er det væsentligt at formidle til kvinden at sandsynligheden for at næste fødsel forløber lettere og uden komplikationer hos en 2. gangsfødende med en tidligere vaginal fødsel er meget stor. Grunden til at kvinden ønsker kejsersnit vil dog oftest være menneskeligt forståelig for både læger og jordemødre, om end den fysiske risiko ved at stille mod vaginal forløsning ikke er øget eller i det mindste kun ganske lidt øget. Her drejer det sig

om ikke-medicinske grunde til at foretage kejsersnit, og indgrebet vil skulle rubriceres og kodes som udført på kvindens ønske (18).

### **Kvinde, der tidligere har mistet et barn**

Kvinden vil oftest have født det døde barn vaginalt, da det er den faglige anbefaling. Begrundelsen for dette er, at man ikke ønsker at mindske hendes chancer for at føde vaginalt ved en ny fødsel; dernæst at man mener, at det kan fungere som et led i parrets sorgbearbejdning. En del af disse kvinder vil være meget nervøse i næste graviditet og vil være angst for igen at miste et barn. Mange vil af denne grund ønske et planlagt kejsersnit. Imidlertid vil en sådan kvinde nu være flergangsfødende, og har hun ikke tidligere født ved kejsersnit, tilhører hun faktisk gruppen af fødende med den mindste forhåndsrisiko for problemer i fødslen og den laveste hyppighed af akut kejsersnit i fødslen (omkring 2 %). Som udgangspunkt vil det være hensigtsmæssigt at anbefale vaginal fødsel og forsøge at planlægge rammerne for fødslen, så kvinden opnår størst mulig tryghed. Imidlertid vil en del kvinder rent psykisk ikke kunne overskue at stile mod en vaginal fødsel trods information om den ringe risiko for komplikationer. Derfor vil de fleste obstetrikere acceptere at udføre et planlagt kejsersnit, hvis kvinden fastholder ønsket på trods af grundig information og anbefaling af at stile mod vaginal fødsel (19). Indikationen for et planlagt kejsersnit vil i den situation være ”på moders ønske”.

### **Ingen identificerbar årsag til planlagt kejsersnit**

I meget få tilfælde ønsker kvinden kejsersnit, uden at der for fagpersonen er en identificerbar grund til dette. Det kan dreje sig om normale førstegangsfødende, eller normale flergangsfødende som ikke har haft problemer ved den tidligere fødsel, og som heller ikke anfører det. En stor del af disse kvinder vil referere til misforståede oplysninger fra familiemedlemmer eller bekendte, og ofte vil beslutningen ændres efter grundig information og samtaler.

Specielt i en situation hvor en i øvrigt normal førstegangsfødende anmoder om planlagt kejsersnit, bør man i sine overvejelser inkludere, at parret formentlig vil ønske sig mere end ét barn. En aftale om planlagt kejsersnit vil derfor sandsynligvis komme til at medføre mindst to indgreb, idet hun med stor sandsynlighed også vil ønske kejsersnit næste gang (3). Ønsker parret sig mere end to børn, skærpes dette forhold endnu mere. Samtalen med parret bør omfatte information om den øgede hyppighed af komplikationer ved gentagne kejsersnit og øget risiko i forbindelse med både graviditet og fødsel og nyt kejsersnit.

I den uhyre sjældne situation hvor kvinden overhovedet ikke ønsker at diskutere sit ønske med lægen, men blot vil forlange et planlagt kejsersnit, kan man overveje at henvise kvinden til *second opinion*. Dette vil kunne give kvinden tid til en tænkepause, og lægen vil ikke blive presset til at skulle foretage et kejsersnit uden at kende årsagen til indgrebet.

## OMFANGET AF MATERNAL REQUEST

De enkelte sygehuses indberetning af kejsersnit registreret med indikationen ”maternal request” fremgår af tabel 2. Andelen kejsersnit foretaget på MR varierer imellem 0 og 21%. Variationerne i hyppigheden afspejler sig ikke konsekvent i sygehuses samlede sectiofrekvens og kan nok snarere tolkes som forskelle i de enkelte sygehuses registreringspraksis. På en del sygehuse forekommer der slet ikke indberetning af sectio foretaget på MR. Samlet var 9% af alle sectio med indikationen MR og uændret efter at der på Sandbjergmødnet 2005 blev foreslået ensartede retningslinier for registrering.

Samlet udgjorde førstegangsfødende 21% og flergangsfødende 79 % af kvinder med MR (Tabel 3). Blandt de førstegangsfødende havde 7% gemelli og 5% et enkelt barn i UK (Tabel 4). Blandt de flergangsfødende havde 54% tidligere fået foretaget sectio, 20% var tidligere forløst ved tang eller cup og 12% havde tidligere haft sphinkterruptur (tabel 5).

I Skejby har man gennemgået journaler på mødre med singleton-graviditeter og på baggrund af den her foreslåede definition kategoriseret kvinder med sectio i forhold til MR. Man fandt en sectiofrekvens på 20%. Sectio på MR blev foretaget i 18% (n=271) af alle sectio og 4% af alle fødsler. MR var langt hyppigst hos flergangsfødende. Blandt førstegangsfødende angav 60% ”nervøsitet” som baggrund for at vælge sectio 40% angav årsager som vaginisme, gigt, bækkenløsning, diabetes, svære rygsmærter, besvimelsestendens, analfissur, åndedrætsbesvær, vir rejser udenlands. Blandt flergangsfødende var MR for 93% begrundet i en tidligere fødselsoplevelse, 3% af nervøsitet, 58% havde tidligere sectio, 7% havde mistet et barn, 7% sphinkterruptur, 5% instrumentel forløsning; 17% angav traumatisk fødselsoplevelse, hvor forløbet tilsyneladende havde været ukompliceret.

**Tabel 2:** Sectio efter maternal request (KZYM00), Med. Fødselsregister 1.1.2002-31.7.2005

| Sygehus:           | Sectiofrekvens |      |      |               | Pct. på MR (af alle sectio) |      |      |               |
|--------------------|----------------|------|------|---------------|-----------------------------|------|------|---------------|
|                    | 2002           | 2003 | 2004 | 1.½år<br>2005 | 2002                        | 2003 | 2004 | 1.½år<br>2005 |
| Rigshospitalet     | 28.3           | 28.8 | 28.7 | 27.3          | 2.9                         | 1.3  | 1.3  | 0.7           |
| Hvidovre Hospital  | 18.3           | 20.7 | 22.2 | 20.7          | 1.4                         | 14.9 | 18.2 | 14.5          |
| Frederiksberg      | 16.4           | 15.1 | 16.9 | 15.2          | 1.0                         | 1.1  | 15.7 | 9.8           |
| KAS Gentofte       | 17.2           | 20.8 | 23.4 | 15.1          | 0.0                         | 13.4 | 19.3 | 13.8          |
| KAS Glostrup       | 13.9           | 16.8 | 16.9 | 17.2          | 0.3                         | 6.9  | 6.3  | 8.4           |
| KAS Herlev         | 13.8           | 13.9 | 17.2 | 17.2          | 8.2                         | 7.0  | 11.8 | 9.9           |
| Frederiksborg Amt  | 17.8           | 19.6 | 20.5 | 20.2          | 0.0                         | 0.0  | 12.3 | 11.7          |
| Roskilde           | 21.0           | 22.9 | 24.8 | 25.8          | 0.0                         | 0.0  | 12.2 | 14.6          |
| Holbæk Sygehus     | 20.4           | 23.8 | 21.6 | 22.0          | 0.0                         | 1.2  | 6.9  | 2.9           |
| Slagelse Sygehus   | 13.1           | 13.6 | 14.3 | 16.6          | 0.6                         | 0.0  | 2.3  | 9.7           |
| Næstved            | 20.8           | 21.0 | 21.3 | 19.9          | 5.3                         | 10.4 | 12.0 | 10.1          |
| Nykøbing F.        | 17.0           | 15.9 | 20.0 | 19.1          | 0.0                         | 0.0  | 7.9  | 6.9           |
| Bornholm           | 18.8           | 15.0 | 12.5 | 12.9          | 0.0                         | 0.0  | 5.0  | 10.5          |
| Odense Univ.hosp.  | 24.6           | 24.2 | 26.2 | 26.9          | 0.0                         | 1.9  | 5.1  | 7.6           |
| Sygehus Fyn        | 20.9           | 15.9 | 18.6 | 23.8          | 0.0                         | 3.3  | 4.1  | 5.3           |
| Sønderborg         | 22.0           | 20.9 | 19.2 | 20.5          | 0.0                         | 0.0  | 1.0  | 1.8           |
| Haderslev Sygehus  | 12.4           | 15.5 | 11.3 | 13.9          | 0.0                         | 0.0  | 0.0  | 0.0           |
| Esbjerg            | 20.1           | 22.8 | 22.5 | 20.9          | 2.8                         | 2.0  | 7.4  | 8.4           |
| Fredericia Sygehus | 16.9           | 14.0 | 18.7 | 16.0          | 0.0                         | 0.0  | 4.0  | 1.5           |
| Horsens Sygehus    | 16.4           | 15.8 | 18.8 | 17.1          | 3.9                         | 8.8  | 4.7  | 10.5          |
| Kolding Sygehus    | 22.6           | 27.1 | 23.2 | 22.9          | 0.0                         | 0.0  | 0.0  | 0.0           |
| Holstebro Sygehus  | 12.2           | 13.9 | 13.7 | 13.2          | 0.0                         | 1.2  | 10.8 | 16.9          |
| Herning Sygehus    | 24.5           | 23.7 | 21.7 | 17.0          | 1.3                         | 3.5  | 10.7 | 19.1          |
| Silkeborg          | 15.3           | 14.9 | 18.4 | 16.7          | 0.5                         | 3.6  | 13.8 | 10.8          |
| Randers            | 18.7           | 17.1 | 18.8 | 20.1          | 0.0                         | 0.0  | 3.0  | 5.2           |
| Skejby Sygehus     | 20.7           | 22.0 | 22.1 | 20.0          | 5.6                         | 9.0  | 5.2  | 4.8           |
| Sygehus Viborg     | 17.7           | 18.6 | 19.0 | 16.7          | 0.6                         | 4.7  | 14.4 | 20.6          |
| Nykøbing-Thisted   | 16.1           | 13.5 | 15.6 | 15.9          | 0.0                         | 1.0  | 3.7  | 7.3           |
| Aalborg Sygehus    | 17.7           | 17.2 | 17.0 | 16.3          | 5.4                         | 7.5  | 11.0 | 9.7           |
| Sgh. Vendsyssel    | 16.7           | 19.6 | 21.0 | 20.3          | 1.2                         | 1.6  | 10.0 | 7.1           |
| I alt              | 18.8           | 19.7 | 20.7 | 19.9          | 1.7                         | 4.5  | 8.8  | 8.7           |

**Tabel 3:**

Fordeling af kvinder med MR på paritet (Medicinsk fødselsregister 1.jan 2002-31. jun 2004)

|         | N=1253 | Andel af MR | Antal sectio | Andel af sectio |
|---------|--------|-------------|--------------|-----------------|
| Para 0  | 262    | 21%         | 14672        | 1.8%            |
| Para 1+ | 991    | 79%         | 15790        | 6.3%            |

**Tabel 4:**

Fordeling af 262 førstegangsfødende med MR på udvalgte graviditetskomplikationer (Medicinsk fødselsregister 1.jan 2002-31.jun 2004)

|                     | N=262 | Andel af para 0 med MR |
|---------------------|-------|------------------------|
| UK                  | 12    | 5%                     |
| Gemelli             | 18    | 7%                     |
| Singleton, hovedst. | 232   | 89%                    |

**Tabel 5:**

Fordeling af 991 flergangsfødende med MR på udvalgte komplikationer i tidligere og aktuelle graviditet (Medicinsk fødselsregister 1.jan 2002-31. jun. 2004)

|                            | N=991 | Andel af para 1+ med MR |
|----------------------------|-------|-------------------------|
| <b>Tidligere grav.*</b>    |       |                         |
| Sectio                     | 536   | 54%                     |
| Sphinkterruptur            | 116   | 12%                     |
| Cup/tang                   | 194   | 20%                     |
| Apgar 5' < 7               | 18    | 2%                      |
| Perinatal død              | 25    | 2,5%                    |
| <b>Aktuel grav.</b>        |       |                         |
| UK                         | 16    | 2%                      |
| Gemelli                    | 23    | 2%                      |
| Ingen af ovennævnte kompl. | 251   | 25%                     |

\*1982-2003

# MATERNELLE KOMPLIKATIONER VED KEJSERSNIT OG VAGINAL FØDSEL

En tidligere Sandbjerg gruppe har beskrevet de materielle komplikationer ved de forskellige fødselsmåder. <http://www.dsog.dk/files/Materielle%20komplikationer.htm>

Det er vigtigt at kunne informere kvinder, der ønsker planlagt kejsersnit uden medicinsk indikation (maternal request) om de potentielle komplikationer dette indgreb kan medføre. Denne information er kompliceret, da der er en række forhold der vanskeliggør fortolkningen af de foreliggende data.

1. De fleste studier, der foreligger er baseret på planlagte kejsersnit på baggrund af medicinske indikationer. Det er sandsynligt at forekomsten af komplikationer blandt disse patienter er højere, end forekomsten af komplikationer hos kvinder der får foretaget kejsersnit uden medicinsk indikation. Dette kan teoretisk begrundes med, at man må forvente en højere forekomst af komplikationer hos en patientgruppe med højere gennemsnitlig sygelighed (planlagt kejsersnit på medicinsk indikation) end hos en patientgruppe med lavere gennemsnitlig sygelighed (planlagt kejsersnit uden medicinsk indikation).
2. Flere af studierne er observationelle, og det kan være svært at vurdere om signifikante øgede risici ved kejsersnit skyldes indikation bag kejsersnittet eller selve kejsersnittet.
3. Der kan stilles spørgsmål ved om resultaterne af de anførte RCT kan overføres til danske forhold.
4. De fleste studier præsenterer resultater efter den aktuelle og ikke den planlagte forløsningsmåde og tager således ikke højde for at ca. 10% af de som planlægger en vaginal fødsel føder ved akut kejsersnit.

Morbiditet og mortalitet ved kejsersnit (CS) sammenlignet med vaginal fødsel (VF).

| Ved fødslen                  | Absolut risiko % |       | Relativ Risiko<br>95% CI | Effekt | Evidens grad |
|------------------------------|------------------|-------|--------------------------|--------|--------------|
|                              | CS               | VF    |                          |        |              |
| Blødning > 1l.               | 0.5              | 0.7   | 0.8 (0.4 ; 4.4)          |        | 1a           |
| Infektion                    | 6.4              | 4.9   | 1.3 (1.0 ; 1.7)          |        | 1a           |
| Abdominale smerter           | 9                | 5     | 1.9 (1.3 ; 2.8)          | ↑      | 1b           |
| Perineale smerter            | 2                | 5     | 0.3 (0.0 ; 0.6)          | ↓      | 1b           |
| Uterin- og cervix læsioner   | 0.6              | 0.8   | 1.2 (0.4 ; 3.4)          |        | 1a           |
| Blæreskader                  | 0.1              | 0.003 | 25.2 (2.6 ; 243.5)       | ↑      | 3            |
| Ureterskader                 | 0.03             | 0.001 | 36.6 (10.4 ; 128.4)      | ↑      | 3            |
| Yderligere kirurgisk indgreb | 0.5              | 0.03  | 17.5 (9.4 ; 32.1)        | ↑      | 2b           |
| Tromboembolisk sygdom        | 0.04 – 0.16      |       | 3.8 (7.2 ; 11.2)         |        | 2b           |
| Genindlæggelse               | 5.3              | 2.2   | 2.5 (1.1 ; 5.4)          | ↑      | 2b           |

|                            |                     |                     |                    |   |    |
|----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---|----|
| Maternel død ved fødslen   | 82.2<br>per million | 16.9<br>per million | 4.9 (3.0 ; 8.0)    | ↑ | 3  |
| <b>Efter fødslen</b>       |                     |                     |                    |   |    |
| Urininkontinens            | 4.5                 | 7.3                 | 0.6 (0.4 ; 0.9)    | ↓ | 1b |
| Utero-vaginal prolaps      | 5                   |                     | 0.6 (0.5 ; 0.9)    | ↓ | 3  |
| Fæcesinkontinens           | 0.8                 | 1.5                 | 0.5 (0.2 ; 1.6)    |   | 1b |
| Rygsmarter                 | 11.3                | 12.2                | 0.9 (0.7 ; 1.2)    |   | 1b |
| Dyspareuni                 | 17.0                | 18.7                | 0.9 (0.7 ; 1.1)    |   | 1b |
| Placenta previa            | 0.6                 | 0.4                 | 1.4 (1.1 ; 1.8)    | ↑ | 2b |
| Uterusruptur i næste grav. | 0.4                 | 0.01                | 42.2 (31.1 ; 57.2) | ↑ | 2b |
| Puerperal depression       | 10.1                | 10.8                | 0.9 (0.7 ; 1.2)    |   | 1b |
| Intrauterin fosterdød      | 0.4                 | 0.2                 | 1.6 (1.2 ; 2.3)    | ↑ | 2b |

Modificeret efter NICE (11)

## FØTALE KOMPLIKATIONER VED KEJSERSNIT OG VAGINAL FØDSEL

Som ved de maternelle komplikationer er det vigtigt at informere kvinder, der ønsker planlagt kejsersnit uden medicinsk indikation (maternal request) om de potentielle komplikationer dette indgreb kan medføre for barnet. Denne information er kompliceret, da der også her er en række forhold, der komplicerer tolkningen af de foreliggende data.

De studier, der foreligger er særdeles heterogene med hensyn til både indikation for kejsersnit og definition af gruppen af kvinder og børn, der udgør sammenligningsgrundlaget (ideelt set intenderede vaginale forløsninger).

Langt de fleste af studierne er observationelle, nogle er kun opgørelser på børn født ved elektivt sectio i forskellige gestationsaldrer, mange er baserede på registerdata (som ikke er samlet ind med henblik på at belyse de aktuelle problemstillinger), og det kan også her være svært at vurdere om de øgede risici ved kejsersnit skyldes indikation bag kejsersnittet eller selve kejsersnittet.

Morbiditet og mortalitet hos barnet ved kejsersnit (CS) sammenlignet med vaginal fødsel (VF).

|                           | Absolut risiko %   |              | Relativ Risiko<br>95% CI        | Effekt | Evidens grad |
|---------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|--------|--------------|
|                           | CS                 | VF           |                                 |        |              |
| Respiratoriske problemer* | 3.5                | 0.5          | 6.8 (5.2,8.9)                   | ↑      | 3            |
| Neonatal død (uden UK)    | 0.1                | 0.1          | 1.1 (0.1,8.4)                   | →      | 2b           |
| Intrakraniel blødning     | 0.04<br>0.008      | 0.03<br>0.01 | 1.4 (0.8, 2.6)<br>0.6 (0.1,2.5) | →      | 2b           |
| Plexus brachialis skader  | samlet risiko 0.05 |              | 0.5 (0.1, 1.9)                  | →      | 3            |
| CNS skader                | samlet risiko 0.02 |              |                                 | →      | 3            |
| Skalpeltraume ved OP      | 0.74-1.9           | 0            |                                 |        | 3            |

\*inkluderer risiko for respirator- og pleuradrænsbehandling

Modificeret efter NICE (11)

Et skotsk arbejde publiceret i Lancet 2003 (9) tyder på, at sectio i tidligere graviditet medfører en øget risiko for intrauterin fosterdød i efterfølgende graviditeter. Dette er en hidtil ukendt komplikation. Undersøgelsen bygger på data fra perioden 1992 –98, med et samlet materiale på 120.633 andengangs fødende med en singleton-graviditet. Undersøgelsen viser at risikoen for uforklaret intrauterin død efter kejsersnit er signifikant øget i hele svangerskabet (hazard ratio: 1.64). Desuden er der en markant øget risiko i slutningen af graviditeten, dvs. efter uge 34 (hazard ratio: 2.23). Dette betyder, at der er i øvrigt levedygtige fostre, som dør i øget omfang i graviditeter, der følger efter en forløsning med kejsersnit. I absolutte tal er risikoen for uforklaret intrauterin fosterdød i eller efter 39 uger 1.1/ 10.000 for kvinder med tidligere kejsersnit, og 0,5/ 10.000 for kvinder som tidligere havde født vaginalt. Hvis resultaterne kan bekræftes i andre studier, er det, trods de små absolutte tal, en vigtig faktor at tage med i betragtningen når man overvejer sectio på maternal request .

## TILBUD TIL GRAVIDE DER ØNSKER KEJSERSNIT PÅ MATERNAL REQUEST

Kvinden (parret) bør tilbydes samtaler hos jordemoder og obstetriker m.h.p. at afklare baggrunden for ønsket om sectio og 'fravalg' af vaginal fødsel. I forbindelse hermed bør hun (parret) orienteres både mundtligt og skriftligt (bilag: Patientinformation) om fordele, ulemper og risici ved hhv. vaginal fødsel og sectio. (jvnf. NICE rapporten (11))

Rådgivning og risikovurdering bør i videst muligt omfang være evidensbaseret, tilpasset den enkelte kvinde og hendes anamnese, samt respektere kvindens (parrets) holdninger og synspunkter. Evt. bagvedliggende patologiske angsttilstande eller depression bør søges afdækket og relevant behandlet af psykolog eller psykiater. (Jvnf : PLISSIT modellen. Fear of childbirth. Depressed mood during pregnancy and after ... (2, 4))

Der bør foreligge plan for dette tilbud om rådgivning/konsultation til den gravide. Dels tilbud om særlig 'fødselsforberedelse' ved særligt uddannet/interesseret jordemoder med gennemgang af evt. tidligere fødselsforløb, samt diskussion af forventet forløb af vaginal forløsning. Herudover samtale med obstetriker m.h.p. supplerende information og evt. indgåelse af 'Fødselsaftale' eller 'Fødselskontrakt' hvis kvinden accepterer forsøg på vaginal fødsel.

Hvis kvinden efter rådgivning fastholder ønsket om sectio underskrives evt. en formular om dette.

Herved vil ca. halvdelen af kvinderne acceptere at planlægge en vaginal fødsel. Angst og utryghed ved den forestående fødsel mindskes, og tilfredsheden med forløbet vil efterfølgende være højere uanset om fødslen ender med vaginal fødsel eller sectioforløsning.

### PLISSIT model

for the treatment of fear of childbirth

| Level of treatment   | Target Patients  | Treatment   | Treatment giver  |
|--|--|---|--|
| <b>P</b> ermission<br><b>L</b> imited<br><b>I</b> nformation | All pregnant women<br>Mild fear of childbirth<br>Nulliparous women<br>New maternity unit   | Fear is acceptable<br>Childbirth preparation<br>Information about pain relief available | All health care personnel<br>General and specialized maternity clinics |
| <b>S</b> pecific<br><b>S</b> uggestions                      | Moderate or severe fear of childbirth<br>Previous complicated childbirth<br>Request for CS | Psycho-education (individual or group sessions)<br>Or short therapy                     | Specially trained:<br>Obstetrician<br>Midwife<br>Psychologist          |
| <b>I</b> ntensive<br><b>T</b> herapy                         | Fear of childbirth complicated by psychiatric problems                                     | Psychotherapy   | Psychiatrist<br>Psychotherapist  |

## **FORSLAG TIL PATIENTINFORMATION**

### **Kejsersnit uden lægelig begrundelse?**

At føde sit barn ved en normal fødsel opleves af mange som en fascinerende fysiologisk proces, som man altid vil huske og efterfølgende ikke ville have været foruden. For en del kvinder medfører det at gennemgå en vaginal fødsel en følelse af personlig stolthed og tro på, at man fremover vil kunne klare selv de største udfordringer. Det gælder også i de situationer hvor fødslen ender med et akut kejsersnit. Ekspertter har fremhævet, at det at føde er en oplevelse, som rummer mange følelser, og betydningen af at mærke overgangen fra kvinde til kvinde og mor måske kan indvirke positivt på kontakten mellem mor og barn, samt på kvindens selvforståelse som mor.

I Danmark føder én ud af 5 kvinder ved kejsersnit. Langt de fleste kejsersnit foretages fordi en fødselslæge skønner, at det er det sikreste for enten moderen eller barnet. Beslutningen om kejsersnit træffes af en fødselslæge i samråd med den gravide og hendes partner.

Hvis ikke der har været specielle komplikationer i denne eller en af dine tidligere graviditeter, som giver grund til at anbefale dig at føde ved kejsersnit, mener vi, at det er bedst både dig selv og dit barn at stile mod en normal fødsel.

Du kan have mange forskellige grunde til at ønske at føde ved kejsersnit. Normalt vil vi acceptere dit ønske, men det er vigtigt at du træffer dit valg på det rigtige grundlag. I de situationer hvor kejsersnittet foretages uden lægelig begrundelse mener vi derfor at det er særligt vigtigt, at du er orienteret om de risici og komplikationer, der kan opstå ved et planlagt kejsersnit.

Denne pjece henvender sig derfor til dig, som ønsker kejsersnit, uden at der er en lægelig grund til at anbefale det.

#### ***Hvilke risici løber du ved et planlagt kejsersnit?***

- Du er længere tid om at komme dig efter et kejsersnit. Du har flere smerter, og der går længere tid før amningen fungerer. Gennemsnitligt er du indlagt flere dage på hospitalet.
- Der kan opstå betændelse i din livmoder eller i operationssåret, som kan føre til at såret må åbnes igen. Det sker efter ca. 1% af planlagte kejsersnit.
- Rygbedøvelsen, som anvendes ved de fleste kejsersnit, kan medføre en kraftig hovedpine i dagene efter indgrebet, der kræver speciel behandling.
- Der kan i sjældne tilfælde opstå skade på din livmoder, blære eller tarm under operationen.
- Der er måske en lidt større risiko for blodpropper i benene, som gennem blodkarrene kan transporteres op til lungerne og medføre svære komplikationer, og i værste tilfælde død.

- Selv om alvorlige komplikationer er meget sjældne er der undersøgelser som tyder på at risikoen for at moderen dør i forbindelse med fødslen 4-5 gange større ved et kejsersnit end ved en normal fødsel.

### *Hvilke risici løber dit barn ved et planlagt kejsersnit?*

- Sammenlignet med en normal fødsel er der flere børn, der får vejtrækningsbesvær, som kan kræve overflytning til børneafdeling.
- I sjældne tilfælde får barnet også problemer med den omstilling af kredsløbet, der sker fra foster til nyfødt, hvilket kan kræve intensiv behandling i form af respirator og blodtryksunderstøttende medicin.
- I meget sjældne tilfælde opstår der skade på barnet forårsaget af operationskniven.

### *Kan et kejsersnit give problemer i din næste graviditet?*

- Du får et ar i din livmoder. Hvis du får veer i din næste graviditet er der en lille risiko for at arret brister med risiko for barnets liv til følge.
- Moderkagen vil lidt hyppigere dække din livmodermund i næste graviditet, hvilket giver risiko for stor blødning fra både dig og barnet.
- Der er måske en øget risiko for uventet fosterdød i din næste graviditet.

### *Hvilke risici er der ved en normal fødsel?*

- Der er ca. 3 ud af hundrede kvinder oplever skader på endetarmens lukkemuskel som i sjældne tilfælde kan give varige problemer med at holde på luft og afføring.
- Der er lidt flere kvinder som oplever urininkontinens de første 3 måneder efter en normal fødsel
- Der er ca. 1 ud af 10 af de kvinder, som planlægger en normal fødsel, der får foretaget akut kejsersnit under fødslen

### *Er der forskel på et planlagt og et akut kejsersnit?*

- Generelt er et planlagt kejsersnit forbundet med færre komplikationer end et akut kejsersnit
- Hvis vi skønner, at der er stor risiko for, at du får et akut kejsersnit, kan det derfor være bedst at planlægge det på forhånd.

### *Kan barnet blive skadet ved en normal fødsel?*

- Alvorlige fødselsskader er meget sjældne, og hvis ikke der har været specielle komplikationer under din graviditet eller ved en tidligere fødsel, er der ikke videnskabelig dokumentation for, at det er sikrere for barnet at blive født ved kejsersnit.

## *Hvis du er nervøs for at føde normalt?*

Det er vigtigt, at vi får talt sammen om årsagen til, at du ikke ønsker at føde normalt. Vi vil derfor afsætte god tid til, at du kan fortælle fødselslægen eller jordemoderen om, hvad det er, du er bekymret for.

Hvis du har født før, er det meget vigtigt, at vi får talt om dine oplevelser ved den tidligere fødsel.

I nogle tilfælde vil vi nå frem til, at et planlagt kejsersnit er den bedste løsning for dig. I andre tilfælde kan vi nå frem til nogle specielle aftaler for den kommende fødsel, som gør, at det føles trygt for dig at skulle føde normalt.

Sådan en aftale kunne omfatte:

- At der, så vidt det er muligt, er en jordemoder hos dig, når du har brug for det.
- At vi hele tiden er opmærksomme på, at du og din mand er informeret om forløbet under fødslen og den videre plan.
- En nøje plan for, hvilken smertebehandling du får tilbudt, f.eks. kan du tidligt i forløbet få en epiduralblokade.
- En plan for hvor hurtigt fødslen skal skride frem, og om at vi foretager kejsersnit, hvis ikke planen kan overholdes.
- At vi overvåger barnets hjertelyd under hele fødslen, hvis I føler Jer mest trygge ved det.
- At vi foretager kejsersnit, hvis fødslen ikke forløber som planlagt, hvis ikke du kan få tilstrækkelig smertelindring, eller hvis du ikke føler dig tryk.

Vores opgave er at vejlede dig om, hvad der er bedst for dig og dit barns sundhed. Det er vigtigt, at vi i fællesskab finder ud af, hvilken fødselsmåde, der er den rigtige for netop dig.

Med venlig hilsen

Personalet på fødeafdelingen

## REFERENCER

1. ACOG Update. Cesarean delivery: Is choice an option? Washington ,DC: American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2003.
2. Act Obst Gyn Scan 2003;82:201-208.
3. Ben-Meir A, Schenker JG, Ezra Y. Cesarean section upon request: Is it appropriate for everybody? Journal of perinatal medicine 2005;33(2):106-111.
4. BMJ 2001;323:257-260.
5. C. Tippet et al. Primary elective caesarean section: Patient's choice or obstetrician's dilemma? O&G, Vol. 6, No. 3, September 2004 p186-189.
6. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. BMJ. 2005 Jan 8;330(7482):71-2.
7. Ehlers AP, Heinzelmann W. Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr. 2001;118:701-6.
8. FIGO Committee for the Ethical Aspect of Human Reproduction and Women's Health. Int J Gynaecol Obstet 1999;64:317-322).
9. Kurinczuk JJ, Gray R, Brocklehurst P. Risk of stillbirth after previous caesarean section. Lancet. 2003 Nov 29;362(9398):1779-84.
10. Lin H C, Xirasagar S. Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: A 5-year population-based study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;192(3):848-855. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2003 Mar;82(3):201-208.
11. NICE, Clinical Guideline on Caesarean Section, April 2004. RCOG Press
12. Paterson-Brown S, Fisk NM. Caesarean section: every woman's right to choose? Curr Opin Obstet Gynecol. 1997;9(6):351-5.
13. Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp" Sundhedsstyrelsen 1998.
14. Rosen MG, Dickinson JC. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. Obstetrics and gynecology 1990 Nov;76(5 Pt 1):865-869.
15. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1993;72(4):280-285.
16. Sara McAleese From MIDWIFERY MATTERS, Spring 2000, Issue No. 84. Caesarean Section for Maternal Choice.
17. Schenker J G, Cain J M. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons. Int J Gynecol Obstet 1999; 64:317-22.
18. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: A comparative study of birth experience. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2003;82(9):834-840.
19. Sjogren B. Fear of childbirth and psychosomatic support - A follow up of 72 women. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1998;77(8):819-825.
20. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: An evidence based review. O&G Survey 2004; 59:601-616. O&G, Vol. 6, No. 3, September 2004.