

Kejsarsnitt?

Planerat kejsarsnitt på kvinnans önskan
Bilaga 1

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Planerat kejsarsnitt på kvinnans önskan

Sammanfattning av SBU:s rapport

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, publicerade år 2021 rapporten ”Kejsarsnitt på kvinnans önskemål – fördelar och nackdelar för kvinna och barn”. Slutsatser från denna rapport var att kort- och långsiktiga risker finns för kvinnan och barnet i samband med planerat kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlossning. Vidare beskrevs att kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation anser att kejsarsnitt är förknippat med mindre risk än vid vaginal förlossning, medan vårdpersonal som handlägger dessa kvinnor anser det motsatta.

SBU:s rapport beskriver även att kvinnor anser sig ha rätt till ett kejsarsnitt, emedan vårdpersonalen hade skilda uppfattningar kring detta. Det stöd som kvinnorna ansåg vara viktigast, var att få acceptans för sitt önskemål. Vårdpersonalen förespråkade däremot en annan typ av stöd till dessa kvinnor i form av tid för samtalsstöd samt att möta kvinnorna med respekt och förståelse. Den höga arbetsbelastningen inom förlossningsvården ansåg vårdpersonalen kunna leda till komplicerade förlossningar, negativa förlossningsupplevelser, begränsad möjlighet till uppföljning efter förlossning och framtida önskemål om kejsarsnitt.

Enligt tidigare rapporter från Socialstyrelsen och från SBU råder det brist på konsensus kring indikationer för planerat kejsarsnitt samt vilket stöd som födande kan behöva i samband med att beslut om förlossningssätt tas. Det finns ett behov av ett nationellt kunskapsstöd för professioner som är verksamma inom förlossningsvården i Sverige.

Indikationer för kejsarsnitt

Oklar definition av planerat kejsarsnitt utifrån kvinnans önskemål. Hälso- och sjukvårdspersonal anser det viktigt med kliniska indikationer för beslut om kejsarsnitt men det finns betydande variation i vad som anses som absoluta indikationer för ingreppet. Om förlossningsrädsla är en sådan indikation eller inte finns det delade meningar om (SBU 2021). Vedertagna diagnoskoder som används vid kejsarsnitt är: O82 (Kejsarsnittsförlossning, enkelbörd), O82.0 (Förlossning med elektivt kejsarsnitt), O82.8 (Annan enkelbördsförlossning med kejsarsnitt) och O82.9 (Förlossning med kejsarsnitt, ospecificerad).

Diagnoskoden O82.8 (som både är en förlossnings- och indikationskod) är den kod som oftast används vid planerat kejsarsnitt utifrån kvinnans önskan. Denna typ av indikation formuleras på ett flertal sätt, såsom: ”Kvinnans önskan”, ”Psykosocial”, ”Psykologisk”, ”Humanitär” och ”Utan medicinsk indikation”. Bristen på konsensus gällande diagnoskod och beskrivning av indikation försvårar diagnosticering och uppföljning av förlossningssätt.

Faktorer som har samband med att kvinnor önskar planerat kejsarsnitt

SBU (2021) summerar utifrån en metaanalys att kvinnor med önskemål om planerat kejsarsnitt beskriver sig ha välmotiverad grund för önskemålet. Kejsarsnitt har beskrivits av kvinnor som ett sätt att ha kontroll, att få en säker förlossning och att få uppleva trygghet. Kvinnor har beskrivit en känsla av oförmåga att kunna föda vaginalt vilket har angetts som en orsak till önskemålet om kejsarsnitt. Kvinnor med önskemål om kejsarsnitt anser att de har medicinska riskfaktorer som föranleder önskemålet. Dessa medicinska riskfaktorer har beskrivits som tidigare obstetriska komplikationer inom familjen, upplevelse av att ha ett för trångt bäcken, att vänta ett för stort barn, tidigare genomgått en utdragen förlossning eller akut kejsarsnitt (SBU 2021).

Olika sambandsfaktorer för kvinnors önskemål om planerat kejsarsnitt har rapporterats i systematiska forskningsöversikter (Coates et al., 2020; Jenabi et al., 2020; Sys et al., 2021). Kejsarsnitt har angetts som förutsägbart och kontrollerbart (Sys et al., 2021; Jenabi et al., 2020), som ett säkrare förlossningssätt för både kvinnan och barnet (Sys et al., 2021; Coates et al., 2020; Jenabi et al., 2020), då vaginalförlossning anses innebära risker för utvecklandet av förlossningsbristning, prolaps, inkontinens (Coates et al., 2020; Jenabi et al., 2020) och till följd av detta en minskad sexuell njutning efter förlossningen.

Tidigare negativ förlossningsupplevelse och smärta under en vaginal förlossning är andra orsaker som har rapporterats ha samband med kejsarsnittsoönskemål. Kvinnors önskemål om kejsarsnitt har vidare beskrivits ha samband med vårdpersonalens preferenser och rekommendationer (Coates et al., 2020; Jenabi et al., 2020) samt en kulturell acceptans, norm (Coates et al., 2020) och en övertygelse om att det är lättare att föda barn med kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlossning (Sys et al., 2021; Coates et al., 2020).

Kvinnors önskemål om kejsarsnitt har också visats sig ha samband med en upplevelse av förlossningsrädsla, oro för bristande stöd från vårdgivarna och gynekologisk undersökning (Jenabi et al., 2020) samt att få bristfällig information och att ha en lägre utbildningsnivå (Coates et al., 2020). Kvinnor har ofta utvecklat en preferens för ett förlossningssätt redan före graviditeten eller under graviditetens första trimester och att hennes inställning därefter är stabil genom graviditeten (Coates et al., 2020).

Förlossningsrädda kvinnor som önskar planerat kejsarsnitt

Prevalensen av förlossningsrädsla bland gravida kvinnor varierar i studier med anledning av brist på konsensus på definition och att identifiering av rädslan sker med olika instrument. Två systematiska litteraturstudier publicerade år 2022 anger dock en global prevalens mellan 6 och 14% (Imakawa et al., 2022) samt 16% (95% CI 14 – 19%) (Sanjari et al., 2022).

För att identifiera förlossningsrädsla används diagnostiserande intervju eller fråga och självskattningsinstrument. Validerade instrument som beskrivs är *Fear of Vaginal Delivery Scale*; *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A (W-DEQ-A)*; *Fear of Childbirth Scale*; *Childbirth Attitude Questionnaire*; *Feelings of Fear and Security Associated with Pregnancy and Childbirth Questionnaire*; och *Fear of Birth Scale*. W-DEQ-A är det vanligaste diagnostiserade instrumentet som har använts för identifiering

av förlossningsrädsla under graviditet, men olika cut-off värden för klassificering av förlossningsrädsla (W-DEQ-A mellan 38 och >100) har dock applicerats i forskningsstudier (do Souto et al., 2022).

Slutsatser från en systematisk översikt publicerad i form av en rapport av SBU (2021) beskriver att en självskattning med visuellt analoga skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare. Rapporten visar på att skattningsskalor för identifiering av förlossningsrädsla är bättre på att identifiera personer som har förlossningsrädsla än på att utesluta personer som inte har det.

Kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla kan yttra sig på olika sätt såsom med sömnproblem, mardrömmar, takykardi, spändhet, rastlöshet, nervositet och magsmärter. Dessa fysiska symtom har ofta samband med kognitiva- och beteendemässiga förändringar vilket genererar oro och ångest. Exempel på kognitiva uttryck triggade av upplevt hotfulla stimuli och situationer är negativa tankar, negativa förväntningar samt negativa tankar om sig själv, om världen och om framtiden. Gällande de beteendemässiga förändringarna så beskrivs att individen som upplever förlossningsrädsla försöker undvika obehagliga och hotfulla situationer (Imakawa et al., 2022).

Kvinnors förlossningsrädsla har beskrivits i en metasyntes, omfattande 14 kvalitativa studier, handla om ett lidande av en tidigare traumatisk förlossning eller att leva med berättelser om svåra förlossningar. Vidare handlade rädslan om att inte uppleva sig ha någon garanti för kontroll i sin situation eller att inte få en förståelse för sin rädsla. Kvinnor beskrivs vara rädda för smärta, att risk finns för att åsamkas en förlossningsskada och att ha en upplevelse av bristande förmåga att hantera sin rädsla. De förlossningsrädda kvinnorna var i behov av stöd och ansåg kejsarsnitt som en nödutgång (Wigert et al., 2020).

Olika typer av interventioner är beskrivna i syfte att minska gravida kvinnors upplevelse av förlossningsrädsla. Studerade interventioner är föräldraförberedande kurser, barnmorskeledd kontinuitet, kognitiv beteendeterapi, konstterapi, samtalsstöd, avslappning (do Souto et al., 2022; Webb et al., 2021), motiverande samtal, barnmorskeledda förlossningsenheter, mindfulness, rollspel, psykoedukation, psykoterapi (do Souto et al., 2022), besök på förlossningsavdelning, hypnobirthing, och musik under födseln (Webb et al., 2021). Do Souto et al. (2022) har visat på att den vanligaste interventionen är stödsamtal och psykoedukation. Interventioner som har utförts för att minska kvinnors upplevelse av förlossningsrädsla har utförts antingen av enskild barnmorska eller av barnmorska i samarbete med annan vårdpersonal och då framför allt obstetrikere och psykologer men även psykiatriker, socionomer, psykoterapeuter, pediatriker, psykiatrisjuksköterskor, barnsjuksköterskor och lärare involverade (do Souto et al., 2022).

Webb et al. (2021) påvisade att de flesta av de studerade interventionerna minskade upplevelsen av förlossningsrädsla oavsett typ av intervention (mean effect size = -1.27; $z = -4.53$, $p < 0.0001$) och att samtalsterapier minskade kejsarsnittsfrekvensen (OR 0.48, 95% CI 0.48–0.90). En RCT som innefattade 3 894 gravida kvinnor som genomgick en psykologisk internetintervention i syfte att minska upplevelsen av förlossningsrädsla minskade depressiva och ångestsymtom ($p < 0.05$; med small effect sizes vid post-

intervention och vid uppföljningen 6-8 veckor efter förlossningen), jämfört med de som lottats till jämförelsegruppen. Otillräcklig evidens påvisades för samband med förlossningsrädsla och stressymptom (Neo et al., 2022).

Enligt en systematisk forskningsöversikt och metaanalys som inkluderande 11 studier visade att den psykoedukationsbaserade interventionen hade en signifikant effekt på förlossningsrädsla och ångest jämfört med kontrollgruppen med förlossningsförberedande utbildning (mean difference: 0.85, 95% CI: -1.20–0.45, $P < 0.0001$, $I^2 = 82\%$) (Gargari et al., 2021). En annan metaanalys inkluderande fyra RCT och tre icke randomiserade kontrollerade studier påvisade att psykoedukation var effektiv för att minska gravida kvinnors förlossningsrädsla (hedges' g 0.59, 95% CI 0.46–0.72, $p=.000$) och kejsarsnittsfrekvensen (Odds Ratio 1.730, 95% CI 1.285–2.330, $p=.000$) (Mehtap Akgun et al., 2020).

Slutsatser från en systematisk översikt publicerad av SBU (2021) beskriver dock att effekten av behandling av förlossningsrädsla inte kan bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet. Kognitiv beteendeterapi bedömdes minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression (låg tillförlitlighet), och minskningen bedömdes som kliniskt relevant och måttligt stor. Effekten av KBT för gravida med ångestsjukdomar kunde inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet. Psykoedukation påvisades minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda (låg tillförlitlighet). Minskningen bedömdes som för liten för att vara kliniskt relevant. Effekten av behandling med interpersonell terapi, beteendeaktivering eller mindfulness för gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda kunde inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet. Inga inkluderade studier undersökte effekten av stödsamtal eller psykodynamisk terapi.

Beslutsprocessen av planerat kejsarsnitt på kvinnans önskan

Beslutsprocessen om kejsarsnitt på kvinnans önskan beskrivs av kvinnor som lång och oklar, med sen remittering och sent beslut om förlossningssätt. Detta ökar den psykologiska stressen för kvinnan under graviditeten. Kvinnor har efterfrågat ett ovillkorligt stöd och acceptans för sitt önskemål om kejsarsnitt hellre än att få information om förlossningssätt då de redan hade beslutat sig för kejsarsnitt. Kvinnor har upplevt sig bli tvingade till samtalsstöd och har känt sig dömda, kränkta, pressade, ifrågasatta och tvingade till en vaginal förlossning. Om kvinnans önskemål om kejsarsnitt har nekats eller negligerades så har detta lett till ökad beslutsamhet, att önskemålet om kejsarsnitt har försvarats och upprepats. Vidare har kvinnor beskrivit att de har fått motstridig eller bristfällig information om förlossningssätt, att relevant information om risker inte alltid ges rutinmässigt utan behöver efterfrågas.

Brist på stöd har upplevts av kvinnor då beslut om förlossningssätt gjordes under sen graviditet, vid ofullständig dokumentation av deras motiv till kejsarsnitt, vid bristande engagemang av personalen och när personalen överförde privata preferenser gällande förlossningssätt (SBU, 2021).

SBU-rapporten (2021) konkluderar att personal har visat sig ha vitt skilda synsätt kring vilken utsträckning kvinnan har rätt att själv välja förlossnings-sätt. En del anser att kvinnan har rätt att fritt välja ett kejsarsnitt, andra att de har rätt att välja om de var införstådda i valet och ytterligare andra som anser att de inte hade någon rätt att välja. Vidare ansåg personalen att kvinnors önskemål om kejsarsnitt ofta är grundade i missförstånd om för- och nackde-lar med kejsarsnitt. I rapporten beskrivs att beslut om förlossningssätt påver-kas av sjukvårdsprofessionella gränser, förlossningsvårdens innehåll, kapa-citet och organisation samt hälso- och sjukvårdskostnader.

Vidare anser vårdpersonal att det är viktigt med vetenskaplig evidens för beslut om förlossningssätt men oro beskrivs om existerande evidens håller tillräcklig god kvalitet. Alternativ till kejsarsnitt ansågs viktigt att diskutera i beslutsprocessen av förlossningssätt. Bemötandet av kvinnors önskemål om kejsarsnitt beskrevs vara utmanande och tidskrävande för vårdpersonal som kunde leda till ett motstånd eller ovilja att bevilja kejsarsnitt (SBU, 2021).

En diskrepans har påvisats mellan kvinnors och personalens syn på risker i förhållande till förlossningssätt. Kvinnor har beskrivit kejsarsnitt som ett sä-kert, förutsägbart och kontrollerat förlossningssätt. De har ignorerat eller mi-nimerat eventuella risker med kejsarsnitt och varit beredda att ta dessa risker. Vidare har det framkommit att kvinnor med önskemål om ett kejsarsnitt har uppvisat hög tillit till operationsteamets kompetens. Emellertid, personal an-ser oftast att en vaginal förlossning innebär mindre risk för kvinnans och bar-nets hälsa jämfört med en kejsarsnittsförlossning. Vid beslut om kejsarsnitt anser personal att konsekvenser av förlossningssätt ska övervägas och att eventuella risker ska förmedlas till kvinnan (SBU 2021).

Vårdpersonalens stöd till kvinnor som önskar planerat kejsarsnitt är centralt i beslutsprocessen av kejsarsnitt på kvinnans önskemål. Detta för att kunna identifiera önskemål hos den gravida så tidigt som möjligt för att kunna erbjuda adekvat stöd på rätt nivå och i rätt omfattning. Viktigt är att vårdpersonalen har samtal med kvinnan kring förlossningssätt och vilka kon-sekvenser en vaginal förlossning och ett kejsarsnitt kan ha med ett kort- och långsiktigt perspektiv. Dessa samtal bör ske vid olika tillfällen framför allt under graviditet men också efter förlossning för att klargöra och vägleda för eventuellt kommande förlossning.

Viktiga aspekter i stödet som kan ges till den gravida kvinnan kan vara upprättandet av en förlossningsplan, besök på förlossningsavdelning, förloss-ningskurser, beskrivning av avslappnings- och andningstekniker, uppmuntran till att uttrycka sina känslor och attityder om barnafödandet, bearbeta tidigare negativ förlossningsupplevelse och fokusera på vad som bidrar till förloss-ningsrädslan. I stödsamtalen är ett aktivt lyssnande och återkoppling viktiga element. Kvinnor kan uppmuntras till att föda vaginalt med löften om smärt-lindring, förlossningsinduktion om så önskades och att konvertera till ett kejsarsnitt om förlossningen upplevs traumatiskt. Fördelaktig kan vara att er-bjuda kvinnan en etablerad kontakt med en barnmorska under graviditeten som sedan kan bistå henne under födseln, detta för att underlätta utvecklan-det av en tillitsfull relation. Ytterligare stöd skulle kunna vara kontakt med en barnmorska via telefonsamtal (do Souto et al., 2022).

SBU:s (2021) rapport konkluderar att personalens intention bör vara att utveckla en god relation till kvinnan och föra samtal i dialog under beslutsprocessen av förlossningssätt. Viktigt är att ge kvinnor olika typer av stöd före, under och efter förlossning. Att erbjuda stöd genom evidensbaserad information, ge tillräckligt med tid för samtal och då helst tidigt under graviditeten emfaseras av personal. Individuellt stöd ska värnas och kan ibland leda till att kvinnor vågar föda vaginalt. Personal lyfter fram vikten av att möta kvinnan med respekt och förståelse för att kunna guida kvinnan fram till den bästa lösningen för henne. Personal anser det dock som svårt att ge information till kvinnor utan att skrämna dem. En försvårande faktor i informationsöverföringen är att informationen kan vara inkonsekvent och inte alltid evidensbaserad. Hög arbetsbelastning inom förlossningsvården anses begränsa möjligheten till att kvinnor får uppföljning efter förlossning vilket kan leda till framtida önskemål om kejsarsnitt (SBU 2021).

Referenser bilaga 1

Coates, D., Thirukumar, P., Spear, V., Brown, G., & Henry, A. (2020). What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth*, 33(4), 323-333.

do Souto, S. P. A., da Silva, R. C. G., Prata, A. P., Guerra, M. J., Couto, C., & Albuquerque, R. S. (2022). Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a scoping review. *JBIEvidence Synthesis*, 10-11124.

Gargari, M. A., Esmailpour, K., Mirghafourvand, M., Nourizadeh, R., & Mehrabi, E. (2021) Effects of Psycho-education Interventions on Perceived Childbirth Fear and Anxiety by Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-analysis.

Imakawa, C. S. O., Nadai, M. N., Reis, M., Quintana, S. M., & Moises, E. C. D. (2022). Is it Necessary to Evaluate Fear of Childbirth in Pregnant Women? A Scoping Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*.

Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3867-3872.

Mehtap Akgün, İlkay Boz & Zeynep Özer (2020) The effect of psychoeducation on fear of childbirth and birth type: systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41:4, 253-265, DOI: 10.1080/0167482X.2019.1689950

Neo HS, Tan JH, Ang WHD, Lau Y. (2022) Internet-delivered psychological interventions for reducing depressive, anxiety symptoms and fear of childbirth in pregnant women: A meta-analysis and meta-regression. *J Psychosom Res*.157:110790. doi: 10.1016/j.jpsychores.2022.110790. Epub 2022 Mar 22. PMID: 35367919.

Sanjari, S., Chaman, R., Salehin, S., Goli, S., & Keramat, A. (2021). Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: A systematic review and meta-analysis.

SBU. Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 322. ISBN 978-91-88437-66-2.

Sys, D., Kajdy, A., Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Gotlib, J., Bączek, G., & Rabijewski, M. (2021). Women's views of birth after cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(12), 4270-4279.

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., ... & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1704484.

Webb, R., Bond, R., Romero-Gonzalez, B., Mycroft, R., & Ayers, S. (2021). Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1 – 14.

|