



Bilaga till rapport

1 (28)

Behov av kunskap och utveckling inom området
kejsarsnitt /
Prioritized knowledge- and development needs
regarding caesarean section
rapport 357 (2022)

Bilaga 6 Information till deltagare och lista med kunskaps- och
utvecklingsbehov inom området kejsarsnitt

Innehåll

Mål med projektet	2
Upplägg för prioriteringen	3
Projektets upplägg med tidplan	3
Gör så här	4
Lista över kunskaps- och utvecklingsbehov inom området kejsarsnitt	4
Ordlista	4
Tabell 1. Sammanställning av identifierade kunskaps- och utvecklingsbehov	4
Tabell 2. Beskrivning av identifierade kunskaps- och utvecklingsbehov	5
Om SBU och metoden vi använder i projektet	26
SBU	26
James Lind Alliance metod	26
Ordlista	26

Vid frågor kontakta gärna:

Projektledare

Jonatan Alvan: jonatan.alvan@sbu.se

Karin Rydin: karin.rydin@sbu.se

Projektadministratör

Emma Wernersson: emma.wernersson@sbu.se

I projektledningen ingår även:

Ellika Andolf, professor obstetrik- och gynekologi, KI

Mia Fernando, specialistfysioterapeut obstetrik- och gynekologi,
patientsakkunnig expert

Karin Källén, professor klinisk epidemiologi, Lunds universitet

Mål med projektet

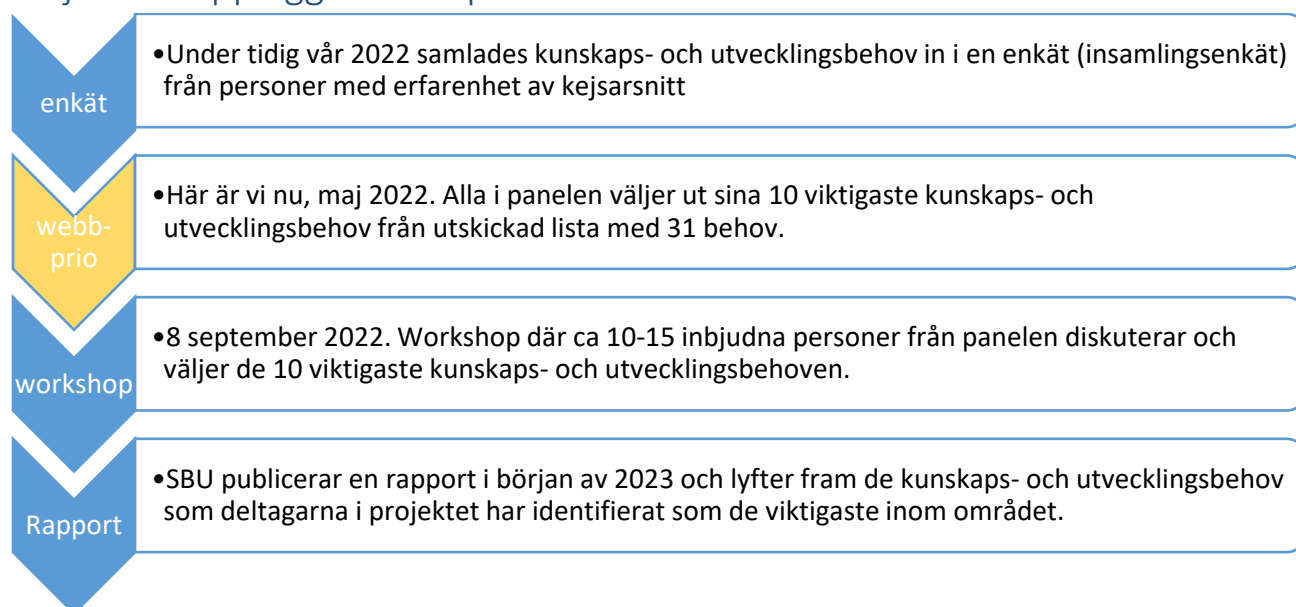
- Målet med detta projekt är att ta reda på vad du som har erfarenhet av kejsarsnitt anser vara de viktigaste kunskaps- och utvecklingsbehoven inom området. Resultaten från projektet kommer att spridas till hälso- och sjukvården, andra myndigheter, forskningsfinansiärer, forskare, patienter och närstående. Detta kan förhoppningsvis påverka vilka kunskaps- och utvecklingsbehov som ansvariga politiker och beslutsfattare väljer att arbeta vidare med. Resultaten kan även vara en vägledning vid planering av forskning och

prioritering av vilken forskning som får anslag, vilket i förlängningen kan bidra till att vi får bättre kunskap om vilken vård och vilka insatser som fungerar bäst.

Upplägg för prioriteringen

- De utvecklings- och kunskapsbehov som du nu ska välja bland har samlats in genom en enkätundersökning som publicerades på SBU:s hemsida under tidig vår 2022. Det har kommit in knappt 500 svar från patienter, knappt 100 svar från vårdpersonal, samt ett mindre antal svar från anhöriga, forskare och andra yrkeskategorier som jobbar med kejsarsnitt inom exempelvis myndighet eller region. Vi har gått igenom svaren och har slagit samman dessa till 31 kunskaps- och utvecklingsbehov, bland vilka du nu ska välja de 10 behov som du anser vara viktigast.
- Första steget är en webbprioritering (se figur 1). Alla som anmält sitt intresse att vara med ingår i en panel av deltagare som väljer ut vilka frågor de tycker är viktigast. Panelen består av personer med erfarenhet av kejsarsnitt i egenskap av patient, anhörig eller vårdpersonal.
- Slutligen kommer de frågor som rankats högst efter webbprioriteringen att diskuteras under en workshop där en mindre grupp på ca 10–15 personer deltar. Hälften av deltagarna på workshopen utgörs av representanter från patienter och anhöriga, den andra hälften utgörs av representanter från vårdprofessionerna. Målet är att deltagarna ska nå konsensus kring vilka tio kunskaps- och utvecklingsbehov inom området som är de viktigaste. De som ska delta i workshopen har fått en särskild inbjudan om detta.

Projektets upplägg med tidplan



Figur 1. Projektets upplägg med tidplan

Gör så här

- Läs igenom listan med de 31 kunskaps- och utvecklingsbehov i **tabell 1**. I **tabell 2** finns även en beskrivning över vad som ingår i respektive behov och mer detaljerade exempel från deltagarnas svar i insamlingsenkäten. Din uppgift är att välja ut de behov från listan där du tycker det är viktigast att vården får ny kunskap eller att det sker en utveckling av vården. För en del av de behov som finns med i listan kan det behövas ny forskning medan det för andra kan handla mer om verksamhetsutveckling eller att man inför redan befintlig kunskap i vården.
- Markera de tio kunskaps- och utvecklingsbehoven från listan som du tycker är viktigast. Dina val av anger du i den webbenkät som skickats ut i ett separat mejl den 25 maj. Sista svarsdatum är den 8 juni.
- Hur du väljer ut de viktigaste frågeställningarna är upp till dig, vissa personer vill diskutera detta med familj, vänner eller kollegor, medan andra gör sina val på egen hand.

Lista över kunskaps- och utvecklingsbehov inom området kejsarsnitt

De 31 kunskaps- och utvecklingsbehoven har delats in i olika kategorier för att underlätta läsningen. Det finns ingen inbördes rangordning av olika kategorier eller av olika kunskaps- och utvecklingsbehov. De olika kategorierna är:

- **Risk för komplikationer med olika förlossningssätt**, behov 1-3
- **Psykologiska aspekter och livskvalitet**, behov 4-8
- **Jämlik vård och indikationer för kejsarsnitt**, behov 9-12
- **Information och bemötande**, behov 13-14
- **Vårdens resurser, organisation och innehåll**, behov 15-25
- **Övrigt**, behov 26-31

Innehållet i tabell 2 har tagits fram genom att vi har fört samman svar från insamlingsenkäten som vi har bedömt handlar om samma fråga/behov. Tabell 1 är enbart en sammanställning av tabell 2, där beskrivningen av respektive kunskaps- och utvecklingsbehov har tagits bort, för att lättare få en överblick över de ingående behoven.

Ordlista

I tabell 1 och tabell 2 förekommer en del ord och termer vars innebörd kan vara okänd för allmänheten. Vi har försökt samla dessa ord och termer i en ordlista längst ner i detta dokument. Klicka här för att komma till ordlistan.

Tabell 1. Sammanställning av identifierade kunskaps- och utvecklingsbehov

Risk för komplikationer med olika förlossningssätt

1. Kunskap om komplikationer både för kvinnan och barnet som är förknippade med kejsarsnitt, i jämförelse med vaginal förlossning
2. Kunskap om metoder som kan minska risken för uppkomst av komplikationer vid kejsarsnitt, både för kvinnan och barnet
3. Kunskap om faktorer hos kvinnan och barnet som kan förutsäga risker med olika förlossningsätt
Psykologiska aspekter och livskvalitet
4. Kunskap om hur kejsarsnitt påverkar kvinnans psykiska hälsa jämfört med vaginal förlossning
5. Kunskap om hur kejsarsnitt påverkar kvinnans livskvalitet jämfört med vaginal förlossning
6. Kunskap om hur nekande eller beviljande av kejsarsnitt påverkar kvinnans psykiska hälsa
7. Kunskap om utfall vid planerad vaginal förlossning där kvinnan har önskat men nekats kejsarsnitt
8. Kunskap om faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen, och hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt
Jämlik vård och indikationer för kejsarsnitt
9. Behov av evidensbaserat kunskapsstöd med avseende på indikationer för planerat kejsarsnitt
10. Behov av att utvärdera förlossningsrädsla som indikation för kejsarsnitt
11. Behov av att utvärdera andel önskemål om kejsarsnitt som beviljas
12. Behov av att utvärdera jämlikheten i tillgången till kejsarsnitt
Information och bemötande
13. Behov av att utveckla bemötande och hantering av önskemål om kejsarsnitt
14. Behov av att utveckla informationen till gravida kvinnor om för- och nackdelar med kejsarsnitt respektive vaginal förlossning
Vårdens resurser, organisation och innehåll
15. Kunskap om konsekvenser av besked om förlossningsätt sent i graviditeten
16. Behov av att utvärdera och utveckla befintliga rutiner vid planerat respektive akut kejsarsnitt
17. Behov av att utveckla vård, rehabilitering, information och psykologiskt stöd efter genomgången kejsarsnitt
18. Behov av att utveckla bemanning, resurser och kompetens inom vårdkedjan för graviditet och förlossning, och utvärdera hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt
19. Behov av att utveckla utformning av vårdkedjan för graviditet och förlossning, och utvärdera hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt
20. Behov av utvärdering och utveckling av vården vid auroramottagningar
21. Kunskap om behandling av förlossningsrädsla
22. Kunskap om effekter på annan vård på grund av kejsarsnitt utan medicinsk indikation
23. Kunskap om operations- och sutureringstekniker vid kejsarsnitt
24. Kunskap om effektiv och individanpassad smärtlindring under och efter kejsarsnitt
25. Kunskap om effekter av separation av kvinna och barn efter kejsarsnitt
Övrigt
26. Kunskap om hälsoekonomiska aspekter förknippade med kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning
27. Behov av att utvärdera kvinnans rätt till val av förlossningsätt
28. Behov av att utvärdera kvinnans rätt till delaktighet i beslut om förlossningsätt
29. Kunskap om varför kvinnor önskar ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation
30. Behov av att utvärdera sjukskrivning efter kejsarsnitt
31. Behov av att utveckla definitioner, terminologi och allvarlighetsgrader kring begreppet förlossningsrädsla

Tabell 2. Beskrivning av identifierade kunskaps- och utvecklingsbehov

Risk för förlossningskomplikationer	
<i>Kunskaps- eller utvecklingsbehov</i>	<i>Beskrivning och exempel på frågor som ingår</i>
1. Kunskap om komplikationer både för kvinnan och barnet som är förknippade med	<i>Behövs det mer kunskap om komplikationer, både för kvinnan och barnet, som är förknippade med kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning? Detta inkluderar</i>

<p>kejsarsnitt, i jämförelse med vaginal förlossning</p>	<p><i>effekter på kort och lång sikt, samt risker vid nästkommande förlossningar och graviditeter. Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Deltagarna lyfter fram ett behov av en tydlig, aktuell och kvalitetssäkrad sammanställning av komplikationer som är förknippade med olika förlossningssätt, och att information som tillhandahålls från vården är samstämmig. Det gäller komplikationer för både kvinnan och barnet på både kort och lång sikt. Sammanställningen bör också inkludera hur vanlig respektive komplikation är, inte bara hur stor riskökningen i sig är.</p> <p>Kvinnorna upplever att informationen de får från vården håller en låg kvalitet, att de inte litar på informationen de får och att de behöver söka efter information på egen hand.</p> <p>Exempel på områden där deltagarna anser att mer forskning kan behövas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Långsiktiga konsekvenser av kejsarsnitt för kvinna respektive barn - Risk för uterusruptur och placentakomplikationer i kommande graviditeter/förlossningar beroende på graviditetsvecka för tidpunkt under förlossning för första kejsarsnitt och suturteknik. - Mer långtidsstudier på konsekvenser för barnet, till exempel risk för allergier, astma, diabetes, infektioner och andra sjukdomar på lång sikt. - Mer kunskap kring påverkan på barnets mikrobiom efter kejsarsnitt och eventuella långtidseffekter. - Hur vanligt är det med kvarstående besvär hos barnet efter skulderdystoci? - Hur ser riskerna ut vid vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt? - Kan grad av komplikationsbesvär på kort sikt förutse grad av besvär på lång sikt? <p>Kvinnorna lyfter fram att det finns ett mörkertal vad gäller diagnos av komplikationer efter vaginal förlossning, samt att de har fått ta del av statistik som inte särskiljer akuta kejsarsnitt från planerade, vilket är faktorer som kan snedvrída resultaten till fördel för vaginal förlossning, då man jämför risker med de båda förlossningssätten.</p>
<p>2. Kunskap om metoder som kan minska risken för uppkomst av komplikationer vid kejsarsnitt, både för kvinnan och barnet</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om metoder som kan minska risken för uppkomst av komplikationer vid kejsarsnitt? Används sådana metoder i adekvat utsträckning? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Används metoder som kan minska risken för uppkomst av komplikationer i adekvat utsträckning? -Metoder som syftar till att exponera barnet för kvinnans bakterieflora vid kejsarsnitt, minskar de risken för komplikationer hos barnet på lång sikt? -Kan man på något sätt minska risken för andningsstörning vid planerat kejsarsnitt? - Vad är effekten av rutinmässig cellsaving för att undvika blodtransfusioner? - Vad är effekten av insamling av alla placenta-avvikelser? - Kan kejsarsnitt utföras så att man får en annan typ av ärr, och kan detta minska risken för placenta accreta/praevia? - Hur kan man minska risken för ytterligare blödning? - Kunskap om preventiva åtgärder för att minska risken för postoperativa infektioner efter kejsarsnitt - Antibiotikaproylax, används det rätt idag? - Hur är det vid endometriosis och kejsarsnitt, finns det interventioner för att undvika komplikationer? -Finns det möjlighet att undersöka uterus innan graviditet och undersöka tidigare kejsarsnittsär i syfte att minska risken för ruptur eller felaktig placentation? - Hur gör man det bästa kejsarsnittet för att ge minst komplikationer för moder, men även för att undvika adherenser vid nästa snitt? - Ger suturering av rectusmuskler mer adherenser och ett mer komplicerat kejsarsnitt nr 2?
<p>3. Kunskap om faktorer hos kvinnan och barnet som kan förutsäga risker med olika förlossningssätt</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om vilka faktorer hos kvinnan och barnet som kan förutsäga risker med olika förlossningssätt? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vid vilka tillfällen är det bättre för kvinnan med ett kejsarsnitt än att föda vaginalt? - Hur bör man värdera både barnets och kvinnans hälsa vid val av förlossningsmetod? Finns det strukturerade metoder eller hjälpmedel för att göra en individuell riskbedömning? - Kan man skilja ut dem som far illa av att föda vaginalt när de inte själva vill? - Vilken kunskap finns, och vilken ytterligare kunskap behövs, med avseende på faktorer hos kvinnan och barnet som utgör grund för att förlossningsutfallet sannolikt förbättras av kejsarsnitt? - Vid överburenhet, för vilka patienter är det bäst med kejsarsnitt respektive igångsättning av vaginal förlossning? Vad är optimal tidpunkt för igångsättning

	<p>av vaginal förlossning vid överburenhet? Deltagarna lyfter fram ett antal specifika faktorer som exempel där det önskas mer kunskap om hur man bedömer för och nackdelar med olika förlossningssätt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stort barn (ex beräknad födelsevikt > 4 kg) - Barn i sätesbjudning - Barn över v.38 hos kvinnor > 40 år - Barn med SGA (Small for Gestational Age) - Kvinnor som tidigare fött dödfött barn - Kvinnor med tidigare förlossningstrauma - Större bristningar vid tidigare förlossning - Bäckebottenskada vid tidigare förlossning - Förlossningsrädsla - IVF graviditet där kvinnan > 40 år - Specifika sjukdomar såsom Sjögrens syndrom, Endometrios, Ehlers-Danlos syndrom, med flera - Psykiatriska diagnoser såsom PTSD, bipolär sjukdom, svår depression, GAD samt neuropsykiatriska diagnoser
Psykologiska aspekter och livskvalitet	
<i>Kunskaps- eller utvecklingsbehov</i>	<i>Beskrivning och exempel på frågor som ingår</i>
<p>4. Kunskap om hur kejsarsnitt påverkar kvinnans psykiska hälsa jämfört med vaginal förlossning</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om hur kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning, påverkar kvinnans psykiska hälsa? Behövs det mer kunskap om hur man behandlar sådan psykisk ohälsa? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Deltagarna lyfter fram att de psykologiska aspekterna som kan vara förknippade med olika förlossningssätt är minst lika viktiga som de fysiska.</p> <p>Kvinnorna upplever att deras psykiska hälsa kan försämrats efter både vaginal förlossning, planerat kejsarsnitt och akut kejsarsnitt, framför allt på kort sikt. Även några mer specifika frågor lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Påverkar förlossningssättet psykologiska aspekter som är kopplade till föräldraskapet, till exempel känslan av lyckat/misslyckat föräldraskap? - Påverkar kejsarsnitt risken för postpartumdepression? - Hur påverkas partnern? Hur fungerar relationen vid kejsarsnitt om man jämför med den vaginala förlossningen? Hur påverkas samlivet? - Kunskap om psykologiska och upplevelsebaserade aspekter av att bli förälder genom operation.
<p>5. Kunskap om hur kejsarsnitt påverkar kvinnans livskvalitet jämfört med vaginal förlossning</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om hur kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning, påverkar kvinnans livskvalitet? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Deltagarna lyfter fram att det är viktigt att beakta livskvalitetpåverkan som kan vara förknippade med</p>

	<p>olika förlossningssätt. Det kan handla om både fysiska och psykiska faktorer som påverkar livskvaliteten. Kvinnorna upplever att deras livskvalitet kan försämrars efter både vaginal förlossning, planerat kejsarsnitt och akut kejsarsnitt, framför allt på kort sikt.</p>
<p>6. Kunskap om hur nekande eller beviljande av kejsarsnitt påverkar kvinnans psykiska hälsa</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om hur nekande eller beviljande av kejsarsnitt påverkar kvinnans psykiska hälsa? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leder nekande av kejsarsnitt till allvarlig påverkan på kvinnans psykiska hälsa? Påverkas risken för anknytningsproblem? - Kan ångest och oro minska hos kvinnan om hon beviljas ett snitt? - Vad är de psykologiska effekterna av att överväga att möta det man är rädd för, det vill säga vaginal förlossning, både på kort och lång sikt? - Hur påverkas kvinnan psykiskt av att behöva "strida" för att få ett kejsarsnitt? - Kan beslut om planerat kejsarsnitt minska långvarig ångest under graviditet på grund av förlossningsrädsla? - Hur ser de psykologiska effekterna ut på lång sikt? Till exempel hur ser ångestnivåerna ut på lång sikt hos de som beviljats, jämfört med de som inte beviljats snitt gällande planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation? - Kort- och långsiktiga för- och nackdelar för fostret vid graviditet med stark rädsla/ångest på grund av nekat kejsarsnitt jämfört med att planera för snitt. <p>Deltagarna lyfter fram att det behövs en systematisk uppföljning, med avseende på psykologiska aspekter på både kort och lång sikt, av kvinnor som önskat men nekats kejsarsnitt.</p> <p>Kvinnorna lyfter fram att ett nekande av ett önskemål om kejsarsnitt skapar psykisk ohälsa hos dem själva, och att deras oro och stress kan påverka barnet och/eller anknytningen mellan barnet och mamman. Vissa ser på nekandet som ett övergrepp. De upplever också att ett beviljande av ett önskemål om kejsarsnitt stärker deras psykiska hälsa och gör dem bättre rustade för förlossningen.</p>
<p>7. Kunskap om utfall vid planerad vaginal förlossning där kvinnan har önskat men nekats kejsarsnitt</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om nekande av önskemål om kejsarsnitt påverkar förlossningsutfallet? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mer kunskap om hur resultat blir för de kvinnor som upplever sig blivit nekade ett önskat kejsarsnitt och sen försökt föda vaginalt. Detta på såväl lång som på kort

	<p>sikt och med fokus på både fysiska och psykiska parametrar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur ser förlossningsutfallen ut för förlossningsrädda som önskat kejsarsnitt men sedan ändå genomgått vaginal förlossning? Skiljer sig detta jämfört med en kontrollgrupp som inte har förlossningsrädsla? Ökar risken för traumatisk förlossning? Hur vanligt är det att det ändå slutar med kejsarsnitt? Hur vanligt är det med komplikationsfri vaginal förlossning? - Hur många av de som har önskat men nekats kejsarsnitt är nöjda med sin förlossning? Och sin livskvalitet? - Kan så kallade förlossningskontrakt påverka förlossningsutfallet?
<p>8. Kunskap om faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen, och hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om vilka faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Deltagarna poängterar att en negativ förlossningsupplevelse kan påverka vilket förlossningssätt som kvinnan önskar vid nästa graviditet, framför allt lyfter kvinnorna fram negativa upplevelser av vaginala förlossningar som en orsak till önskemål om kejsarsnitt.</p> <p>En fråga som lyfts är hur stor andel av kvinnorna som är nöjda efter ett planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation, jämfört med vaginal förlossning?</p> <p>Kvinnorna lyfter bland annat fram att en förlossningsupplevelse är beroende av många fler faktorer än vilket förlossningssätt som användes, och de ifrågasätter synen som de kan få från vårdpersonal att vaginal förlossning ger mer positiva förlossningsupplevelser än kejsarsnitt. Kvinnorna lyfter fram traumatiska förlossningsupplevelser efter både kejsarsnitt och vaginal förlossning. De lyfter även fram frågan om att förlossningsupplevelsen påverkas negativt då kvinnan och barnet separeras efter födseln vid kejsarsnitt.</p>
<p>Jämlik vård och indikationer för kejsarsnitt</p>	
<p><i>Kunskaps- eller utvecklingsbehov</i></p>	<p><i>Beskrivning och exempel på frågor som ingår</i></p>
<p>9. Behov av evidensbaserat kunskapsstöd med avseende på indikationer för planerat kejsarsnitt</p>	<p><i>Finns det ett behov av evidensbaserat kunskapsstöd med avseende på indikationer för planerat kejsarsnitt? Kan ett sådant kunskapsstöd bidra till att tillgången till kejsarsnitt blir mer jämlik?</i></p> <p>Exempel på frågor och kunskapsbehov som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det saknas en evidensbaserad samsyn kring vad som utgör indikationer för planerat kejsarsnitt.

	<p>- Jämförande studier/kartläggning över västvärldens riktlinjer som har evidensbaserade underlag över vad som avses med "medicinsk indikation"</p> <p>-Behov av tydliga riktlinjer som bygger på forskning vad gäller indikationer för kejsarsnitt</p> <p>-Bättre allmänkunskap om indikationer för kejsarsnitt.</p> <p>- Tydligare riktlinjer kring psykologiska aspekter vid val av förlossningssätt.</p> <p>- Behov av förnyelse av indikationer för kejsarsnitt inklusive förlossningsrädsla.</p> <p>Kvinnorna anser att tillgången till kejsarsnitt är ojämlig, bland annat beroende på olika förhållningssätt i olika regioner, och att det därför borde finnas nationell konsensus på området. De lyfter även fram dokumentet "Nationella medicinska indikationer" från 2011, vilka kvinnorna upplever inte efterlevs av alla sjukhus.</p>
<p>10. Behov av att utvärdera förlossningsrädsla som indikation för kejsarsnitt</p>	<p><i>Är förlossningsrädsla och andra psykologiska faktorer en indikation för kejsarsnitt? Finns det i så fall en gräns hur allvarlig förlossningsrädslan bör vara för att det ska utgöra en indikation?</i></p> <p>- Deltagarna lyfter fram ett behov av ett tydligt evidensbaserat kunskapsstöd kring psykologiska aspekter vid val av förlossningssätt och strukturerade verktyg för att bedöma behovet av kejsarsnitt på icke-medicinsk grund.</p> <p>- De lyfter även att det finns behov av stöd i bedömningen kring vilka patienter som har en så stark förlossningsrädsla att kejsarsnitt bör rekommenderas, respektive vilka som har stor sannolikhet att kunna hantera en vaginal förlossning utan psykiskt lidande.</p> <p>- Vilken yrkeskategori har kompetensen att bedöma förlossningsrädslans omfattning? Psykiatriker? Hur ska anamnes på trauma och PTSD tas? Hur skiljer man ut dem som gagnas av kejsarsnitt på psykologisk indikation? Är psykosocial indikation verkligen samma sak som att det inte finns medicinsk indikation?</p> <p>- Några av deltagarna lyfter fram att förlossningsrädsla bör vara en indikation för planerat kejsarsnitt, förutsatt att kvinnan har fått och förstått informationen om risker med olika förlossningssätt, och att man bör ha enhetliga riktlinjer över hela landet om hur stor förlossningsrädslan (och hur man bedömer det) ska vara för att indikationen ska godkännas.</p> <p>- Även den motsatta synen lyfts fram att förlossningsrädsla inte bör vara en indikation för att få kejsarsnitt, till exempel på grund av ökad risk för komplikationer och frågetecken kring hur kejsarsnitt påverkar kvinnans förlossningsrädsla.</p>

	<p>- Kvinnorna upplever att sjukvården fäster för stor vikt vid de rent somatiska aspekterna och för lite vikt vid de psykologiska aspekterna. De anser till exempel att förlossningsrädsla på grund av tidigare traumatiska förlossningsupplevelser bör vara en indikation för kejsarsnitt. En del kvinnor uppger att de kommer väga förlossningssätt mot abort, om de blir gravida.</p>
<p>11. Behov av att utvärdera andel önskemål om kejsarsnitt som beviljas</p>	<p><i>Är det i dagsläget en lämplig andel av önskemålen om kejsarsnitt i Sverige som beviljas?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det ett behov av att kartlägga och utreda denna fråga nationellt? - Finns det ett behov av att implementera en nationell strategi med syfte att påverka kejsarsnittsfrekvensen? Vilken andel först- respektive omfödskor skulle välja kejsarsnitt om valet var helt fritt? Vilka medicinska och samhällsekonomiska konsekvenser skulle det få? - Hur kan man tillförsäkra sig att andelen kejsarsnitt blir så låg som möjligt, utan att det leder till traumatiserade kvinnor eller barn med förlossningsskador? - Vissa anser att det utförs för många kejsarsnitt idag, att detta får medicinska konsekvenser både för kvinnorna och för barnen och att man därför på flera plan bör arbeta för att minska frekvensen av kejsarsnitt i Sverige. - Kvinnorna upplever att det idag är för många önskemål om kejsarsnitt som nekas med hänvisning till att medicinsk indikation saknas, och anser att fler önskemål om kejsarsnitt bör beviljas, främst på grund av att de anser att förlossningsrädsla bör vara en indikation för kejsarsnitt. De lyfter också fram att om förlossningsvården förbättras kan det leda till att färre önskemål om kejsarsnitt framförs. Detta skulle kunna medföra att fler önskemål om kejsarsnitt kan beviljas utan att det totala antalet kejsarsnitt ökar. En fundering som lyfts är om även en del akuta kejsarsnitt kan undvikas genom att fler önskemål beviljas, på grund av undvikande av komplicerade vaginala förlossningar eller misslyckade igångsättningar hos kvinnor som har önskat ett kejsarsnitt men blivit nekade till det.
<p>12. Behov av att utvärdera jämlikheten i tillgången till kejsarsnitt</p>	<p><i>Är tillgången till kejsarsnitt jämlik? Om det finns skillnader, vad beror skillnaderna på?</i></p> <p>Exempel på frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varför är det så stor variation mellan andelen kejsarsnitt i olika regioner och på olika sjukhus? -Jämförelser nationellt, hur gör andra kliniker? Vilka indikationer finns för att få planerat kejsarsnitt på psykosocial indikation?

	<p>- Påverkar resurs/plats/personalbrister inom vården rekommendationer/avrådan till kejsarsnitt av någon i vårdkedjan?</p> <p>-Påverkar avstånd till sjukhus om någon rekommenderar kejsarsnitt?</p> <p>- Beror skillnader på olika förmåga att handlägga förlossningsrädsla, eller beror det på olika (det vill säga ojämlik) gränssättning?</p> <p>Deltagarna anser att tillgången till kejsarsnitt är ojämlik på grund av det finns skillnader i riktlinjer vid olika förlossningskliniker och att olika individer ur vårdpersonalen har olika syn på när kejsarsnitt bör utföras och därför gör olika bedömningar.</p> <p>Kvinnans och hennes anhörigas socioekonomiska faktorer och verbala förmågor lyfts fram som en anledning till ojämlik tillgång till kejsarsnitt.</p> <p>Synpunkter som lyfts är att i vissa regioner får kvinnor kämpa och blir nekade medan i andra regioner får kvinnorna kejsarsnitt beviljat på första mötet, att patienterna kan ringa till en förlossningsklinik långt från sin hemort där man vet att förlossningsöverläkaren är villigt inställd till kejsarsnitt, eller att de kan skriva sig på en adress där de inte bor för att få det kejsarsnitt som de efterfrågar.</p> <p>Deltagarna framför att det behövs en bättre samsyn över landet av kejsarsnitt på icke-medicinsk indikation och att regelbundna nationella jämförelser bör göras för att undersöka detta.</p>
Information och bemötande	
<i>Kunskaps- eller utvecklingsbehov</i>	<i>Beskrivning och exempel på frågor som ingår</i>
<p>13. Behov av att utveckla bemötande och hantering av önskemål om kejsarsnitt</p>	<p><i>Finns det ett behov av att utveckla vårdens bemötande och hantering av önskemål om kejsarsnitt? Behövs mer kunskap och/eller utbildning om detta? Behövs det mer resurser?</i></p> <p>Exempel på frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det risk för skambeläggning av kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation? Hur kan man i så fall motverka detta? - Finns det fördomar kring kejsarsnitt eller de som efterfrågar det som påverkar bemötandet från vården? - Diskussion vid val av förlossningssätt ska inte ske utifrån berörd läkares personliga ställningstagande, utan utifrån tydlig evidens. - Kvinnor ska inte behöva genomgå nedvärderande psykologsamtal och ska inte behöva sitta och gråta för att demonstrera sin rädsla. - Hur kan man mötas i patientläkarrollen? Som den som håller i kniven och vet precis hur svårt det kan vara att operera och vilka komplikationer som kan uppstå har

	<p>man ofta en annan syn på kirurgi än patienten. Hur kan man samråda med kvinnor vars önskemål om kejsarsnitt behöver nekas?</p> <p>Kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte tar deras rädslor på allvar och att personalen inte lyssnar på dem. De kan känna sig ifrågasatta, förnedrade och förminskade. Detta blir extra svårt för dem att hantera eftersom de känner sig utsatta då de är gravida, förlossningsrädda och befinner sig bortom abortgränsen. De upplever att de ständigt måste upprepa sig och försvara sig. De önskar att vårdpersonalen värderar kvinnor på samma sätt oavsett vilket förlossningssätt de önskar. En del uppger att de "hade tur" som hade sin partner med sig, då vårdpersonalen lyssnade på partnern, men inte på kvinnorna. En del kvinnor upplever att de blir nekade ett kejsarsnitt på grund av att det är dyrare än en vaginal förlossning, och de lyfter fram att det bör finnas privata kliniker dit man kan vända sig där man själv bekostar kejsarsnittet.</p> <p>Kvinnorna anser att vården behöver skifta fokus, från synen att övertala kvinnan till vaginal förlossning, till fokus på att möta den förlossningsrädda kvinnan tidigt i graviditeten och ge henne mycket stöd och tid för samtal, vid behov psykologkontakt och hjälp från auroromottagning, utan känslan av tvång att föda vaginalt.</p> <p>Kvinnorna hade hoppats på att få hjälp från vården att känna sig tryggare inför sin förlossning. De upplever i stället att mötet med vården förstärker deras oro och ångest och gör så att de känner sig mer otrygga.</p>
<p>14. Behov av att utveckla informationen till gravida kvinnor om för- och nackdelar med kejsarsnitt respektive vaginal förlossning</p>	<p><i>Finns det ett behov att utveckla formerna, rutinerna och källorna för den information som ges till gravida kvinnor om för- och nackdelar med kejsarsnitt respektive vaginal förlossning?</i></p> <p>Deltagarna lyfter fram behovet av att kvinnan får objektiv, evidensbaserad, utförlig och lättbegriplig information om för- och nackdelar med olika förlossningssätt, och att nationella initiativ bör tas för att säkerställa detta behov. De anser att informationen kan vara i pappersform eller i form av webbaserade film/er, men att samma informationsmaterial bör användas i hela landet och finnas översatt till flera olika språk.</p> <p>De lyfter också vikten av att informera om riskerna med kejsarsnitt utan medicinsk indikation, men att detta ska göras på ett nyanserat och evidensbaserat sätt, utan inblandning av personliga åsikter eller synsätt. De</p>

	<p>menar att detta innebär att lyfta fram både för- och nackdelar med båda förlossningssätten.</p> <p>Kvinnorna upplever att informationen de har fått om för- och nackdelar med kejsarsnitt är onyanserad och vinklad, där riskerna med kejsarsnitt förstoras och risker med vaginal förlossning förminskas. Kvinnorna vill ha lika mycket information om vaginal förlossning som om kejsarsnitt. De upplever också att informationen kan vara bristfällig och inte evidensbaserad, att de inte fått någon information och att de har behövt söka information på egen hand. De efterfrågar ett kvalitetssäkrat protokoll med för- och nackdelar med olika förlossningssätt, vilka effekter det har för både barnet och kvinnan och mer detaljerad information om hur ett kejsarsnitt går till. Kvinnorna upplever också att de får information i form av en envägskommunikation och önskar i större utsträckning diskutera kring olika komplikationsrisker med kunnig och professionell personal som har ett neutralt förhållningssätt med avseende på val av förlossningssätt.</p> <p>Ytterligare frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varför är vården oförmögen att nå ut med relevant information? - Varför litar inte gravida kvinnor på informationen från medicinskt kunnig personal? - Hur påverkar gravida kvinnors tilltro till informationen i exempelvis sociala medier?
Vårdens resurser, struktur, organisation och innehåll	
<i>Kunskaps- eller utvecklingsbehov</i>	<i>Beskrivning och exempel på frågor som ingår</i>
<p>15. Kunskap om konsekvenser av besked om förlossningssätt sent i graviditeten</p>	<p><i>Vad är konsekvenserna av besked om förlossningssätt sent i graviditeten? Finns det ett behov av att kvinnor som önskar ett kejsarsnitt kan få ett tidigare besked om förlossningssätt?</i></p> <p>Exempel på frågor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Att vänta på besked om förlossningssätt till graviditetsvecka 35, finns det forskning från patientperspektiv? - Forskning kring mammans psykiska hälsa under och efter graviditet av att behöva vänta till några få veckor före beräknad födsel innan beslut om kejsarsnitt tas. Hur påverkar detta barnet, anknytning, amning och familjelivet? - Vad är effekten av att få besked om förlossningssätt tidigt i graviditeten? - Finns det evidens för att det är en fördel att få ett sent löfte om kejsarsnitt? <p>Kvinnorna uppger att det i dagsläget är svårt att få en tid att träffa en läkare för beslut om kejsarsnitt, att de får ett sådant besked sent i graviditeten, och att denna</p>

	<p>ovisshet i sig förstärker deras psykiska ohälsa, vilket de upplever även kan gå ut över barnets välmående. Kvinnorna lyfter fram att det bör finnas en realistisk möjlighet att söka en "second opinion". En del kvinnor lyfter även fram att det bör fattas beslut om förlossningssätt innan vecka 18 (en del nämner besked innan vecka 12 som en önskad tidsgräns) så att kvinnor som inte vill genomgå en vaginal förlossning har möjlighet att avbryta graviditeten.</p>
<p>16. Behov av att utvärdera och utveckla befintliga rutiner vid planerat respektive akut kejsarsnitt</p>	<p><i>Finns det ett behov av att utvärdera och utveckla befintliga rutiner vid planerat respektive akut kejsarsnitt?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur får man till ett bättre samarbete mellan de olika vårdenheter (operation, obstetrik, narkos, barnavdelning/neonatalavdelning m fl)? - Hur kan man förbättra kontinuiteten under vårdförloppet så att personalen som ansvarar för respektive del i förloppet får kunskap om patientens helhet? - Vikten av adekvat bemanning innan, under och efter operationen. - Hur bör teamet runt kvinnan under och efter kejsarsnittet se ut? - Hur bör information på bästa sätt ges till kvinnan om hur kejsarsnitt går till mer i detalj, hur läknings- och rehabiliteringsförloppet normalt sett ser ut, med mera, så att hon känner sig säker och förberedd på ingreppet? - Skiftbyte under pågående kejsarsnitt, ska man göra det och hur bör det gå till i så fall? - Vilka risker respektive fördelar har mödra-assisterat kejsarsnitt? - Vad finns det för möjligheter att införa mödra-assisterat kejsarsnitt i Sverige? - Vilka effekter har sen avnavling vid kejsarsnitt? Är det samma positiva effekter som efter vaginal förlossning? - Hur ger man på bästa sätt stöd och information till kvinnan vid beslut om akut kejsarsnitt? - Katastrofsnitt: behövs en lathund för hur personalen bäst förhåller sig till partnern i ett akut läge så att ett trauma undviks, till exempel genom kortfattad men lugnande information. Vad fungerar bäst när det är ont om tid? - Hantering av psykologiska effekter av att ha behövt genomgå ett akut kejsarsnitt när man var planerad och önskade vaginal förlossning, vilket kan ge förlossningsrädsla hos både modern och fadern. - Hur lång tid får det ta från full öppningsgrad utan progress till beslut om akut kejsarsnitt? Om kvinnan

	<p>ändå ber om det, skall det vara läkarens beslut eller faktiska riktlinjer? - Hur lång tid får ett urakut kejsarsnitt ta?</p>
<p>17. Behov av att utveckla vård, rehabilitering, information och psykologiskt stöd efter genomgången kejsarsnitt</p>	<p><i>Finns det ett behov av att utveckla vården, rehabiliteringen, informationen och det psykologiska stödet till kvinnan efter genomgången kejsarsnitt? Finns det ett behov av mer kunskap om hur detta görs på bästa sätt? Vilka enheter hanterar detta och på vilket sätt? Tar vården ett tillräckligt stort ansvar för att identifiera, diagnosticera och behandla kvinnor som har drabbats av komplikationer?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur ska information ges till kvinnan om kroppens reaktioner efter kejsarsnitt, hur läkningsprocessen ser ut, och hur detta kan påverka hela familjen? - Hur kan partnern stöttas? - Hur ska man lägga upp mobilisering och rehabilitering efter kejsarsnitt på kort och lång sikt? Vilken belastning är lämplig? Vilken kompetens behövs för att göra bedömningar och ge rekommendationer till kvinnan? - Håller ärret för tunga lyft? Har massage av ärret effekt? - Hur behandlar man smärta efter kejsarsnitt, vad fungerar bäst? Vilken kompetens krävs för att kunna ge en bra smärtlindring? - Vad är effekten av att efterkontroll rutinmässigt innefattar besök hos fysioterapeut? - Hur ser behovet av specialfysioterapeuter inom obstetrik/gynekologi ut? Behöver tillgången till sådan kompetens förbättras? - Vad är effekten av att fysioterapeuter träffar alla som genomgått kejsarsnitt medan de är kvar på sjukhuset? - De kvinnor som har genomgått ett kejsarsnitt upplever att de inte får någon information, uppföljning, efterkontroll, hjälp med rehabilitering eller fysioterapi, med mera, och att detta även påverkar barnet och föräldraskapet negativt. De upplever det oklart var man kan få hjälp efter ett kejsarsnitt med eventuella komplikationer. De beskriver svårigheter med att hantera vardagen hemma, till exempel med lyft av barnet, särskilt eftersom de inte blir sjukskrivna och att partnern därför behöver gå tillbaka till arbetet. - Hur ska man bemöta kvinnan efter kejsarsnitt för att hantera psykologiska reaktioner? Vilken kompetens behövs för det? Hur ska man avgöra vem som behöver extra stöd och hjälp? <p>Kvinnorna anser att det saknas stöd för att bearbeta traumatiska förlossningsupplevelser, oavsett vilket förlossningssätt som de har genomgått.</p>

	Andra lyfter fram att det finns stöd att få, men att det inte fick någon information om det och att de fick söka hjälp på egen hand.
<p>18. Behov av att utveckla bemanning, resurser och kompetens inom vårdkedjan för graviditet och förlossning, och utvärdera hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt</p>	<p><i>Är bemanningen, resurser och kompetens inom vårdkedjan för graviditet och förlossning tillräckligt god för att gravida kvinnor ska känna sig trygga inför, under och efter sin förlossning? Påverkar dessa faktorer kvinnors önskemål om kejsarsnitt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltagarna lyfter fram att det finns allvarliga brister kopplat till bemanning, resurser, kompetens, arbetsmiljö och att arbetsbelastningen och beläggningen är för hög inom vårdkedjan för graviditet och förlossning. De anser att detta leder till att fler kvinnor inte känner sig trygga inför en vaginal förlossning och därför önskar ett kejsarsnitt. Deltagarna anser att en bra vård under och efter förlossningen minskar skälen till att kvinnor önskar kejsarsnitt och de lyfter fram exempel på faktorer som kan bidra till en bättre vård: <ul style="list-style-type: none"> -Att säkra en god arbetsmiljö utan för mycket stress. -Bemanning som möjliggör att varje gravid kvinna får ett adekvat omhändertagande som möjliggör att hon fysiskt och psykiskt känner sig förberedd inför förlossningen och tiden efter förlossningen, oavsett vilket förlossnings sätt som avses att användas. - Säkerställ en bemanningsmarginal vid resursplanering så att kvinnor inte behöver slussas runt mellan sjukhus i ett akutläge, att en god vård kan säkerställas och att kvinnor inte skickas hem för tidigt efter förlossningen på grund av brist på vårdplatser. - En barnmorska per födande - Vårdmodeller med kontinuitet (caseload eller liknande modeller) som skapar trygghet för kvinnan, speciellt för förlossningsrädda kvinnor. - Fokus på särskilt bemötande och omhändertagande av kvinnor med psykisk ohälsa, förlossningsrädsla eller erfarenhet av våld och övergrepp. - Personalen inom mödravården behöver mer tid och kompetens för att förbereda patienter inför förlossningen och för att möta de med förlossningsrädsla på ett bättre sätt, vilket skulle kunna minska efterfrågan på kejsarsnitt. - Hur förbättrar man arbetsmiljön för vårdpersonalen så att de stannar på förlossningskliniker? - Vad är orsaken till att så många säger upp sig från förlossningsvården? Hur kan man kartlägga för att förstå bakgrunden till en uppsägning, och för att kunna förändra sjukvårdens struktur och organisation?

	<p>-Vad är effekterna av den upplevda underbemanningen i hela vårdkedjan?</p> <p>- Hur lägger man upp förlossningsvårdens budgetar utifrån vårdbehov, med hänsyn till känd demografisk utveckling med mera?</p> <p>- Hur säkerställer man att personalen har den kompetens och erfarenhet som krävs för att kunna ge en god vård?</p> <p>- Vad är effekten av att barnmorskor bereds allt fler arbetsuppgifter?</p> <p>- Med tanke på bristen på barnmorskor, är det rimligt att de ska ha hand om delar i verksamheten som de saknar kompetens för (bäckenbottenskador, KS-mottagningar tex Aurora)?</p> <p>Kvinnorna upplever förlossningsvården som osäker och att risken för förlossningsskador är förhöjd. Detta skapar onödigt lidande för den födande kvinnan och är i sig en orsak till att kvinnor önskar ett kejsarsnitt. Vissa uppger till och med att de är oroliga för om deras barn och om de själva ska överleva. Kvinnorna anser att frågan om mer resurser till förlossningsvården behöver tas upp på en hög politisk nivå.</p>
<p>19. Behov av att utveckla utformningen av vården vid graviditet och förlossning, och utvärdera hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt</p>	<p><i>Är utformningen av och innehållet i förlossningsvården optimal för att gravida kvinnor ska känna sig trygga inför, under och efter sin förlossning? Finns det ett behov av att förbättra kontinuitet, informationsöverföring och samordning genom vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård? Hur påverkar dagens utformning av vården kvinnors önskemål om kejsarsnitt?</i></p> <p>Deltagarna anser att en bra vård före, under och efter förlossningen kan minska skälen till att kvinnor önskar kejsarsnitt, och lyfter fram ett antal exempel på faktorer som kan bidra till en bättre vård:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En mer sammanhållen vårdkedja med avseende på graviditet, förlossning och eftervård och att det bör säkerställas att det finns en kontinuitet i vårdkedjan. - Inrätta särskilda jourcentraler för gravida och nyförlösta, där filtrering kan ske av vilka som behöver hänvisas vidare till sjukhus eller annan vårdinrättning. <p>Övriga frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur bör fysisk utformning och placering av förlossningsavdelningar samt kirurgavdelningar se ut? <p>Kvinnorna anser att vården brister i samordning och informationsöverföring mellan olika specialiteter och vårdenheter under vårdförloppet, där patienten tvingas att ta ett ansvar kring samordning och informationsöverföring.</p>

	<p>Kvinnorna upplever förlossningsvården som osäker och att risken för förlossningsskador är förhöjd. Detta skapar onödigt lidande för den födande kvinnan och är i sig en orsak till att kvinnor önskar ett planerat kejsarsnitt. Vissa uppger till och med att de är oroliga för om deras barn och om de själva ska överleva.</p>
<p>20. Behov av utvärdering och utveckling av vården vid aurooramottagningar</p>	<p><i>Behövs det en utvärdering och en eventuell utveckling av den vård som bedrivs vid aurooramottagningar och liknande verksamheter?</i></p> <p>Kvinnor som önskar ett kejsarsnitt anser att vården som bedrivs vid aurooramottagningar har brister vad gäller bemötande och behandling. De upplever att de inte får något egentligt stöd från mottagningarna och att behandlingen de får där inte hjälper dem. En del av kvinnorna beskriver det som ett trauma att genomgå en process på en sådan mottagning.</p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det någon evidens för effekt av aurooraverksamhet? - Skulle bättre tillgång till aurooraverksamhet kunna ha en effekt på förlossningsrädsla? - Är de behandlingsmetoder som idag används vid så kallade aurooramottagningar evidensbaserade? - Vilka kompetenser krävs på en sådan mottagning för att kunna bemöta och hjälpa kvinnorna som remitteras dit på ett bra sätt? - Hur säkerställer man bemanningen på sådana mottagningar, samtidigt med bemanning inom den ordinarie mödravården? - Vad är målet med aurooraverksamheter? Är det att så många som möjligt ska föda vaginalt, eller att så välmående mammor och barn både fysiskt och psykiskt som möjligt ska lämna BB?
<p>21. Kunskap om behandling av förlossningsrädsla</p>	<p><i>Vad finns det för kunskap idag om behandling av förlossningsrädsla? Finns det ett behov att förbättra vårdpersonalens kunskap om detta? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det behövs mer forskning om de metoder som idag används för att hjälpa förlossningsrädda kvinnor. Har metoderna effekt? - Finns det evidensbaserade verktyg för att bedöma huruvida kejsarsnitt är till hjälp för förlossningsrädda? - Har "förlossningskontrakt" (föderskan skall gå in i vaginal förlossning men lovad konvertering till kejsarsnitt utifrån i förväg specificerade förutsättningar) någon effekt på kvinnors förlossningsrädsla? - Har psykologisk behandling (ex KBT) av primär respektive sekundär förlossningsrädsla någon effekt?

	<ul style="list-style-type: none"> - Har samtalshjälp från barnmorskor för omfödelskor med en dålig förlossningsupplevelse någon effekt? - Effekt av att gravida som har en lindrig/normal förlossningsrädsla hanteras av patientansvarig barnmorska tidsutrymme i basprogrammet på MVC? - Har EMDR någon effekt? - Vad bör ingå i handläggning av förlossningsrädsla och hur mycket resurser får detta ta? - Kan man tidigt nå kvinnorna genom utbildning och normalisera förlossningar genom att bjuda in barnmorskor att prata om födandet vid sexualundervisning i skolan? - Hur påverkas barnet neurologiskt av stark långvarig ångest under graviditet på grund av förlossningsrädsla? Kan behandling av förlossningsrädsla i så fall minska den påverkan? <p>Kvinnorna lyfter fram att det finns ett behov av att få hjälp för förlossningsrädsla och även hjälp med rädsla inför förlossning med kejsarsnitt. Kvinnorna anser också att det finns brister i personalens kompetens kring behandling av förlossningsrädsla.</p>
<p>22. Kunskap om effekter på annan vård på grund av kejsarsnitt utan medicinsk indikation.</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om vilka effekter kejsarsnitt utan medicinsk indikation potentiellt har på annan vård?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det undanträngningseffekter på annan vård? - Hur många planerade operationer av annat slag skjuts upp varje år på grund av kejsarsnitt utan medicinsk orsak? - Vid planering och genomförande av vård, hur ska man säkerställa att vi verkligen använder våra resurser på bästa möjliga sätt för patienterna? Kan man få positiva effekter av att planera vården på ett bättre sätt? Mindre akuta förlossningar? Mer planerad verksamhet inom obstetrik? - Kejsarsnitt förbrukar mer resurser än vaginala förlossningar, kan man undersöka om man får igen den ökade resursförbrukningen i andra delar av vården eller samhället? Hur mycket personalresurser går åt? Hur belastas vården på andra håll, och samhället i stort, av nekande av kejsarsnitt? Vilka resurser kräver försämrade psykisk hälsa och sänkt arbetsförmåga? - Hur ta hänsyn till den begränsade tillgång som finns till operationstider inom offentlig vård? Ska friska få gå före sjuka? - Vad "sparar" man mest på avseende vårdbehov, en kvinna som är förlossningsrädd som måste genomgå en vaginal förlossning mot sin vilja eller att mer frikostigt bevilja snitt?

<p>23. Kunskap om operations- och sutureringsstekniker vid kejsarsnitt</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om vilka operations- och sutureringsstekniker vid kejsarsnitt som är de bästa eller mest lämpade i olika situationer? Behövs det mer forskning?</i></p> <p>Deltagarna anser att det behövs bättre evidens och samsyn kring hur de olika delarna av ingreppet ska utföras på bästa sätt och att det behövs en uppdatering av SFOG:s ARG-rapport om kejsarsnitt från 2010. De ser också ett behov av en kirurgisk evidensbaserad metodologi som överensstämmer med WHO:s standard, alternativt tydligt förklarar avsteg från internationell standard, och att det är svårt att förstå varför vissa steg ska eller inte ska göras, till exempel andra raden i uterotomin, frigörelse och förflyttning av blåsa och dess peritoneum.</p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vad är guldstandard vad gäller kirurgisk metod? - Vilken suturteknik och vilken tråd är bäst? Ska man använda tråd med antibiotika? - Vilken teknik vid sectio-entry är bäst? - Vad finns de för risker för skada på blåsa och uretär? - Vilken sutureringssteknik bör användas vid rifter? - Hur suturerar/handlägger man rifter av uterinagrenar på bästa sätt? - Vilket är den bästa metoden för att sy uterus, en eller två rader? - Vad är behovet av suturering av muskulatur? - Ska blåsan föras ner vid förstagångs-kejsarsnitt? - Det behövs mer kunskap om förlossning med kejsarsnitt där det är svårt att lyfta ut barnet – till exempel reverse breech.
<p>24. Kunskap om effektiv och individanpassad smärtlindring under och efter kejsarsnitt</p>	<p><i>Finns det ett behov av mer kunskap och utbildning om effektiv och individanpassad smärtlindring under och efter kejsarsnitt? Finns det några strukturella hinder mot att kvinnorna får en sådan smärtlindring?</i></p> <p>Deltagarna efterlyser mer kompetens och fortbildning inom smärtlindring och anestesi. De anser att det finns otillräcklig kunskap om smärtlindring för mamman efter kejsarsnitt. De konstaterar att olika postoperativ smärtlindring ges på olika kliniker och undrar över vad som fungerar bäst.</p> <p>Flera kvinnor som har genomgått kejsarsnitt upplever att de inte fick en effektiv smärtlindring som var anpassad till dem och att de inte fick hjälp när det gjorde ont. Både under och efter kejsarsnittet. Vissa uppger att operationen påbörjades innan bedövningen hade fått full verkan.</p>

<p>25. Kunskap om effekter av separation av kvinna och barn efter kejsarsnitt</p>	<p><i>Vilka psykiska och fysiska effekter har separation efter kejsarsnitt för både kvinna och barn på lång och kort sikt?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hur påverkas amningen och anknytningen mellan kvinnan och barnet av separationen? - Hur påverkas kvinnan och barnet på längre sikt, både fysiskt och psykiskt? - Kan man minska förekomsten av separation och samtidigt bibehålla en god vård av kvinnan och barnet? Kvinnorna vill att partner och barn ska följa med till post-op. De uppger att separationen är traumatisk och att den har en negativ påverkan på till exempel anknytning och amning. <p>Deltagarna lyfter fram att separation från barnet förekommer i stor utsträckning, vilket strider mot lagen (FN:s barnkonvention) och mot vetenskap om tidig fysisk kontakt med föräldern.</p>
<p>Övrigt</p>	
<p><i>Kunskaps- eller utvecklingsbehov</i></p>	<p><i>Beskrivning och exempel på frågor som ingår</i></p>
<p>26. Kunskap om hälsoekonomiska aspekter förknippade med kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning</p>	<p><i>Behövs det mer hälsoekonomisk forskning och hälsoekonomiska beräkningar inom området?</i></p> <p>Deltagarna lyfter fram behov av kunskap om samhällsekonomiska aspekter till exempel kostnader för vård av förlossningskomplikationer, förlossningsdepression, sjukskrivning, med mera. Deltagarna poängterar att om man ska undersöka kostnader som är förknippade med olika förlossningssätt måste samtliga relevanta kostnader tas med, inte bara kostnaden för själva förlossningen. Det vill säga ha ett livstidsperspektiv där minskad risk för till urininkontinens och framfall, med mera, och deras effekter med operationer och sjukskrivningar senare i livet beaktas.</p>
<p>27. Behov av att utvärdera kvinnans rätt till val av förlossningssätt</p>	<p><i>Behövs en politisk och juridisk utredning av huruvida kvinnan har rätt att själv välja förlossningssätt, oavsett vilken medicinsk eller psykologisk situation som hon befinner sig i?</i></p> <p>Deltagarna lyfter fram frågor som handlar om hur stor rätten är till självbestämmande över sin egen kropp, och om rätten att få välja förlossningssätt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det ett behov av en etisk och medicinsk diskussion om hur långt patientens rättigheter att välja själv ska sträcka sig och på vilka grunder? - Hur stor andel av först- respektive omfödernor skulle välja kejsarsnitt om valet var helt fritt, och vilka medicinska och samhällsekonomiska konsekvenser skulle det få?

	<p>Synen på dessa frågor skiftar. Vissa av deltagarna anser att kvinnan bör ha rätt att själv besluta i dessa frågor, i analogi kring beslut om annan vård och på grund av att det är kvinnans kropp och hennes barn. De kan anse att vården förringar kvinnors egen kapacitet att fatta beslut i frågan. Andra anser att kvinnan inte har någon självklar rätt att kräva ett kejsarsnitt, utan att det är en medicinsk bedömning som ska ligga till grund för det, och att läkaren måste ha det yttersta ansvaret för beslutet, vilket även kan innebära att läkaren kan behöva våga att säga nej till att operera friska kvinnor. Här lyfts även komplikationer med kejsarsnitt för barnet fram som en komplicerande faktor.</p> <p>Ytterligare andra problematiserar frågan kring hur vården beaktar kvinnans och barnets hälsa jämlikt. Bereds det ofödda barnet generellt sett en högre status än den gravida kvinnan? Vilka faktorer styr detta? Kvinnorna anser att varje individ bör få bestämma själv hur hon vill föda sitt barn. Vissa anser att denna rätt är okränkbar, oavsett omständigheter i det enskilda fallet. En del kvinnor för fram att det finns stöd i patientlagen för en sådan rätt, och att andra länder har infört en lagstiftning som ger kvinnan denna rätt.</p> <p>Kvinnorna som önskar ett kejsarsnitt anser att de har rationella skäl till önskemålet, att de noggrant har övervägt saken och att de är de själva som får leva med eventuella komplikationer, inte vårdpersonalen. Andra anser att man bör få bestämma själv först efter det att man fått och tagit ställning till evidensbaserad information om de både förlossningssätten. Andra lyfter fram aspekten att kejsarsnitt är en stor operation som påverkar både barnet och kvinnans kropp och det bör därför finnas en noggrann professionell övervägning kring vad som är bäst för kvinnan och barnet, och de anser därför att självbestämmanderätten inte bör utökas från dagens grad av självbestämmande.</p> <p>Vissa kvinnor lyfter fram att detta gäller deras rätt att själva besluta om förlossningssätt, oavsett vilket förlossningssätt det handlar om, till exempel att få möjlighet att välja vaginal förlossning vid sätesbjudning. Andra lyfter frågan vilken påverkan faktumet att kvinnan inte har rätt att få besluta över vad som ska hända med sin egen kropp har på den psykiska hälsan.</p>
<p>28. Behov av att utvärdera kvinnans rätt till delaktighet i beslut om förlossningssätt</p>	<p><i>Finns det ett behov av att utvärdera om kvinnor får vara delaktiga i beslut om förlossningssätt? Kan man förstärka kvinnans rätt till delaktighet, och i så fall hur?</i></p> <p>Många av kvinnorna lyfter fram sin rätt att få kvalitetssäkrad information, ett respektfullt bemötande, att vårdpersonalen lyssnar på dem och att personalen</p>

	<p>tar deras perspektiv i beaktande vid beslut om förlossningssätt. Detta betyder inte nödvändigtvis att de obeaktat alla omständigheter själva ska få välja förlossningssätt.</p> <p>En del kvinnor upplever att vården i för stor utsträckning strävar efter att övertala kvinnan till en vaginal förlossning, i stället för att gemensamt med patienten komma överens om det bästa förlossningssättet för just henne.</p> <p>Kvinnorna lyfter även fram att s.k. snittkonferenser är problematiska ur både integritets- och delaktighetssynpunkt, där beslut om förlossningssätt tas utan att individen får bestämma vem eller vilka som får ta del av känslig information om henne, och minskar hennes möjlighet att kunna påverka beslutet och att få en second opinion.</p>
<p>29. Kunskap om varför kvinnor önskar ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation</p>	<p><i>Behövs det mer kunskap om varför kvinnor önskar kejsarsnitt, trots att vårdpersonalen bedömer att det inte finns en medicinsk indikation?</i></p> <p>Frågor som lyfts fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Påverkar låg tilltro till att klara förlossningen? Den bör kunna finnas även utan rädsla. Påverkar den risken för att få en skada eller att barnet blir skadat? - Hur vanligt är rädsla för bäckenbottensskador och att få bristningar? - Påverkar tilltron till förlossningsvården, med avseende på bemanning och kompetens? - Hur påverkar tidigare erfarenhet av våld och övergrepp? - Hur påverkas kvinnans inställning till förlossningsmetod av partners föreställning om vilken metod som är bäst? - Om den gravida kvinnan själv får välja metod utifrån en objektiv beskrivning av alla kända risker och fördelar för både henne och barnet med olika metoder. I hur stor utsträckning kommer kvinnorna välja kejsarsnitt? Kvinnorna upplever att vården kan möta dem med oförståelse kring varför de vill ha ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation, de vill att vården bättre ska förstå deras perspektiv.
<p>30. Behov av att utvärdera sjukskrivning efter kejsarsnitt</p>	<p><i>Finns det ett behov av att utreda frågan kring vilka indikationer som bör ligga till grund för sjukskrivning efter kejsarsnitt?</i></p> <p>Deltagarna lyfter bland annat fram att det är ojämnt att man blir sjukskriven ett par veckor efter andra bukoperationer, men efter kejsarsnitt förväntas man ta ut föräldraledighet under tiden som man återhämtar sig från operationen.</p>

<p>31. Behov av att utveckla definitioner, terminologi och allvarlighetsgrader kring begreppet förlossningsrädsla</p>	<p>Finns det ett behov av att utveckla definitioner, terminologi och olika allvarlighetsgrader kring begreppet förlossningsrädsla? Hur diagnosticeras förlossningsrädsla? Kan man gradera förlossningsrädsla? Är själva termen "rädsla" lämplig med tanke på de orsaker som kan ligga bakom tillståndet, exempelvis PTSD eller olika typer av övergrepp.</p> <p>Deltagarna anser att termen "rädsla" bidrar till att förminska orsakerna till att kvinnor önskar ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation.</p>
--	---

Om SBU och metoden vi använder i projektet

SBU

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en myndighet som sammanställer den forskning som finns på olika områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. SBU:s rapporter riktar sig både till dem som arbetar praktiskt med sjukvård och dem som organiserar och planerar sjukvård. Resultaten berör också många patienter och anhöriga. Projektet är ett regeringsuppdrag.

James Lind Alliance metod

- Metoden vi använder i detta projekt har tagits fram av en brittisk organisation, James Lind Alliance (JLA). Deras arbete bygger på att patienter, anhöriga och de som arbetar i vården tillsammans kommer överens om de viktigaste kunskapsluckorna/utvecklingsbehoven inom ett område. Själva prioriteringen följer en konsensusmetodik och innebär att deltagarna prioriterar frågorna i flera omgångar. Här kan du läsa mer om JLA: <https://www.jla.nihr.ac.uk/>

Ordlista

Adherenser	Sammanväxningar. Vävnad som binder ihop organ, eller som binder organ till bukväggen. Detta kan ge upphov till avsevärt skiftande konsekvenser, alltifrån att individen inte upplever några besvär alls till mer allvarliga händelser såsom infertilitet eller tarmstopp.
Antibiotikaprofylax	Antibiotika som ges i förebyggande syfte, till exempel innan operation för att minska risken för infektion i operationssåret.
Auroramottagningar	Mottagning som ger stöd och hjälp till kvinnor, och deras partners, som känner stor oro inför barnets födelse. Målsättningen är en så lugn och trygg förlossning som möjligt, oavsett födelsesätt.
Bipolär sjukdom	Sjukdom som innebär att den drabbade är manisk respektive deprimerad i olika perioder.

Caseload midwifery	Att barnmorskor får följa kvinnan hela vägen före, under och efter förlossning i en sammanhållen vårdkedja.
Cellsaving	Samlingsbegrepp för olika metoder som innebär att celler sparas. I detta fall kan blod från barnets navelsträng sparas och de celler som finns i blodet kan potentiellt användas för olika ändamål.
Ehlers-Danlos syndrom	Grupp av ärftliga sjukdomar, totalt 13 stycken. De orsakas av bindvävsförändringar som påverkar leder, hud, blodkärl och inre organ. Överörlighet i lederna, övertöjbar och mjuk hud samt sköra kärlväggar är vanliga och karaktäristiska symtom.
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing är en behandlingsmetod för traumatiska minnen och deras psykologiska konsekvenser.
Endometriosis	Endometriosis innebär att vävnad som liknar livmoderslemhinnan växer utanför livmodern. Vanliga symtom är att ha mycket ont i samband med mens, andra typer av smärta som förekommer mer ofta, smärta vid samlag, symtom som liknar urinvägsinfektion, gastrointestinala besvär, trötthet, feber, nedsatt fertilitet, med mera.
Förlossningskontrakt	Innebär att kvinnan kan tänka sig att börja vaginal förlossning, under förutsättning att de under förlossningsprocessen har möjlighet att ändra beslutet och bli förlösta med kejsarsnitt.
Förlossningsutfall	Resultatet av förlossningen, till exempel om komplikationer uppstod för kvinnan eller barnet.
GAD	Generaliserat ångestsyndrom (Generalized Anxiety Disorder). Sjukdomstillstånd där den drabbade känner en ständig oro och ångest över många saker samtidigt under en längre tid.
Induktion	Igångsättning av värkarbete och förlossning. Kan göras med mekaniska metoder eller med hjälp av läkemedel.
Mikrobiom	De mikroorganismer som lever samlade i en viss biologisk miljö, i detta fall de som finns i kvinnans underliv.
Mödra-assisterat kejsarsnitt	Kvinnan får vara med och lyfta ut barnet ur livmodern vid kejsarsnitt.
Placenta accreta	Moderkakan har vuxit in i livmoderväggen, vilken kan ge upphov till mycket allvarliga komplikationer under förlossningen.
Placenta praevia	Moderkakan ligger i livmoderns nedre del och täcker livmoderhalsens inre mynning, vilket kan ge upphov till mycket allvarliga komplikationer under förlossningen.
Placenta-avvikelse	Se placenta accreta/praevia.
Placentakomplicationer	Se placenta accreta/praevia.
Planerat kejsarsnitt	Term som används när det planerade förlossningssättet är kejsarsnitt. I vissa fall hinner värkarbetet och förlossningen äga rum innan tidpunkten för det planerade kejsarsnittet.
Postoperativa	Händelser och utfall som sker efter en operation, i detta fall efter ett kejsarsnitt.
Postpartumdepression	Förlossningsdepression. Innebär relativt intensiva depressionssymtom som varar under en längre tid, som medför att den drabbade har svårt att klara vardagen och att ta hand om barnet. Symtomen kan uppstå redan under graviditeten eller upp till ett år efter förlossningen.

Primär respektive sekundär förlossningsrädsla	Primär förlossningsrädsla innebär att den uppstår innan kvinnan föder sitt första barn. Sekundär förlossningsrädsla uppkommer oftast efter en svår förlossningsupplevelse.
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom (Post-traumatic stress disorder).
Reverse breech	Metod som används vid akuta kejsarsnitt där barnets huvud i viss utsträckning sitter fast i förlossningskanalen. Metoden innebär att man drar ut barnet baklänges ur kanalen, det vill säga att man inte trycker på barnets huvud med handen via vagina.
Rectusmuskler	Magmuskler.
Rifter	Skador (revor) som oavsiktligt kan uppstå på olika vävnader vid ett kejsarsnitt.
Sectio-entry	Ingången för kejsarsnittet.
SFOG:s ARG-rapport	SFOG, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, har ett antal arbets- och referensgrupper (ARG) som samlar kunskap och rekommendationer i olika rapporter (ARG-rapporter). https://www.sfog.se/start/arg-rapporterdiagnosbok/ .
Sjögrens syndrom	Sjögrens syndrom är en autoimmun sjukdom som innebär att den drabbades slemhinnor kan bli mycket torra. Även slemhinnorna i underlivet kan vara drabbade, vilket till exempel kan påverka förloppet vid en förlossning.
Skulderdystoci	Tillstånd vid vaginal förlossning då barnet fastnar med skuldrorna i förlossningskanalen.
Somatiska aspekter	Fysiska/kroppsliga aspekter, i motsats till psykiska/psykologiska aspekter.
Suturering	Att sy igen ett sår, till exempel ett operationssår.
Suturteknik	Teknik för att sy igen ett sår, till exempel ett operationssår.
Sätetsbjudning	Tillstånd där barnet ligger med sätet nedåt i livmodern, det vill säga åt fel håll, vilket kan komplicera förloppet för en vaginal förlossning.
Uretär	Urinledare.
Uterinagrenar	Förgreningar av artären som förser livmodern med blod.
Uterus	Livmoder.
VBAC	Vaginal birth after cesarean section, det vill säga vaginal förlossning hos en kvinna som vid tidigare graviditet genomgått ett kejsarsnitt. Termen används ibland som begrepp för att frångå den syn som tidigare varit relativt utbredd att om en kvinna en gång genomgått kejsarsnitt bör alla hennes förlossningar efter det också ske med kejsarsnitt.
Överburenhet	En graviditet som fortskrider efter beräknat förlossningsdatum.