

Behov av kunskap och utveckling inom området kejsarsnitt

Sammanfattning

Tabell 1 Lista över de tio kunskaps- och utvecklingsbehov om kejsarsnitt som deltagarna tyckte var de viktigaste (1=högst rankat).

1.	<p>Kunskap om komplikationer både för kvinnan och barnet som är förknippade med kejsarsnitt, i jämförelse med vaginal förlossning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om hur kejsarsnitt påverkar kvinnans livskvalitet jämfört med vaginal förlossning • Kunskap om faktorer hos kvinnan och barnet som kan förutsäga risker med olika förlossningssätt • Kunskap om metoder som kan minska risken för uppkomst av komplikationer vid kejsarsnitt, både för kvinnan och barnet
2.	<p>Behov av att utvärdera kvinnans rätt till val av förlossningssätt och delaktighet i beslut om förlossningssätt</p>
3.	<p>Behov av att utveckla informationen till gravida kvinnor om för- och nackdelar med kejsarsnitt respektive vaginal förlossning</p>
4.	<p>Behov av att utvärdera jämlikheten i tillgången till kejsarsnitt</p>
5.	<p>Behov av att utveckla bemötande och hantering av önskemål om kejsarsnitt</p>
6.	<p>Behov av att utveckla bemanning, resurser och kompetens inom vårdkedjan för graviditet och förlossning och utvärdera hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov av att utveckla utformning av vårdkedjan för graviditet och förlossning, och utvärdera hur det kan påverka önskemål om kejsarsnitt
7.	<p>Behov av utvärdering och utveckling av vården vid auroramottagningar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov av att utvärdera förlossningsrädsla som indikation för kejsarsnitt • Kunskap om behandling av förlossningsrädsla
8.	<p>Kunskap om hälsoekonomiska aspekter förknippade med kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning</p>
9.	<p>Kunskap om varför kvinnor önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation</p>
10.	<p>Kunskap om utfall vid planerad vaginal förlossning där kvinnan har önskat men nekats kejsarsnitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om konsekvenser av besked om förlossningssätt sent i graviditeten • Kunskap om hur nekande eller beviljande av kejsarsnitt påverkar kvinnans psykiska hälsa



Syfte

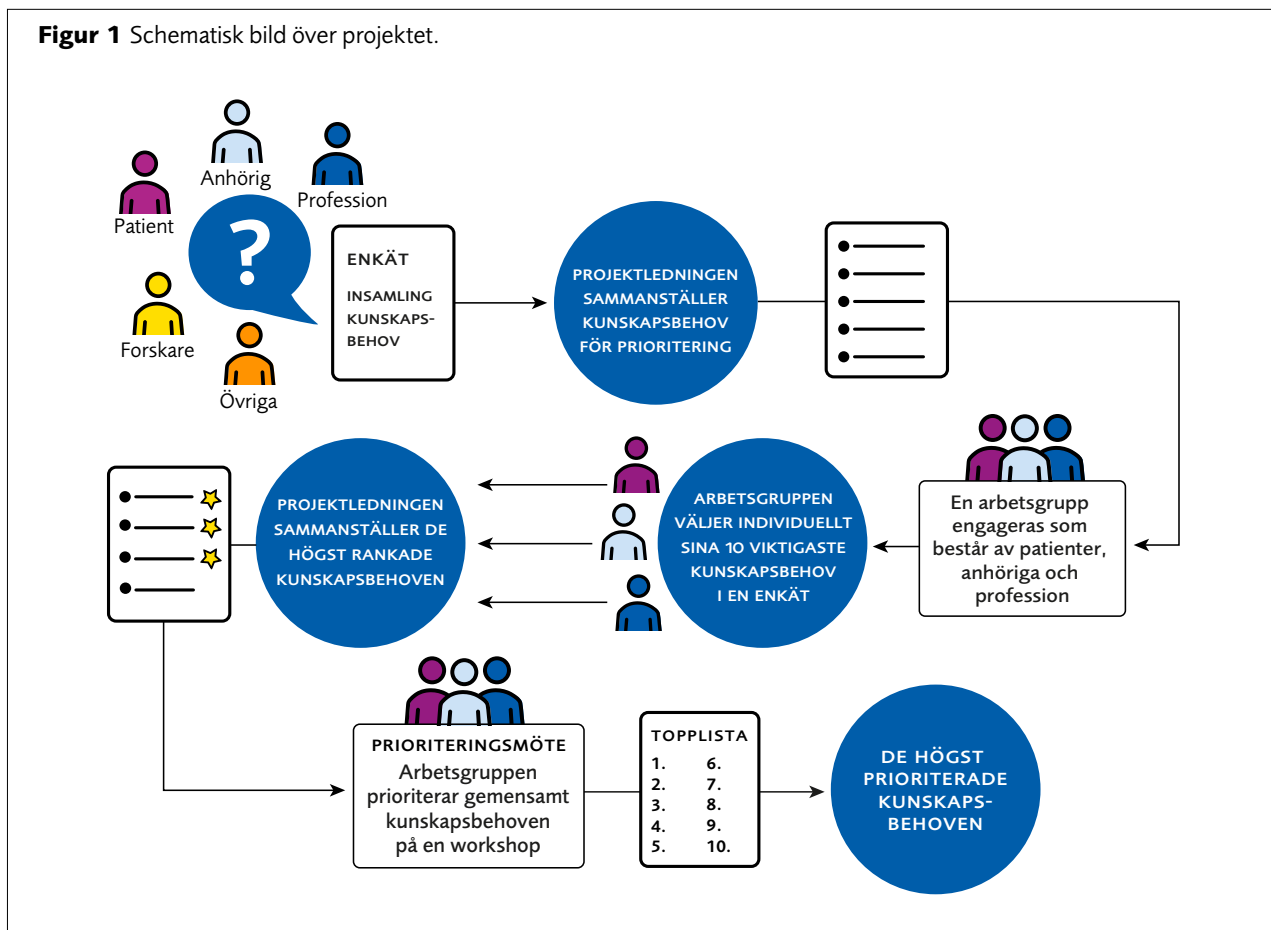
Projektet syftar till att lyfta fram behov av kunskap och utveckling om kejsarsnitt utifrån vad personer med egen erfarenhet av kejsarsnitt tycker är viktigt. Personer som deltog i projektet var patienter, anhöriga och vårdpersonal.

Målet är att få fram vilka kunskaps- och utvecklingsbehov som är viktigast att jobba vidare med för att förbättra vården som ges före, under och efter kejsarsnitt enligt de som deltagit i projektet. Detta kan till exempel handla om behov av verksamhetsutveckling av olika slag, sammanställning och implementering av befintlig kunskap samt behov av ny forskning. Arbetet med att inventera och prioritera kunskapsbehov inom området är ett uppdrag från regeringen till SBU. Målgrupper för rapporten är regeringen, mödravården, förlossningsvården, barnavården, nationellt programområde kvinnosjukdomar och förlossningar, professionsföreningar, HTA-organisationer, berörda statliga myndigheter samt forskare och finansörer.

Bakgrund

I Sverige sker ungefär 115 000 förlossningar årligen, varav 18 procent utgör kejsarsnitt enligt medicinska födelserregistret. Kejsarsnittsfrekvensen har legat runt 18 procent de senaste femton åren och fördelningen mellan akuta och planerade kejsarsnitt är ungefär

Figur 1 Schematisk bild över projektet.



lika stor. Det finns dock regionala och lokala skillnader och enligt graviditetsregistrets statistik för år 2021 varierade andelen kejsarsnitt mellan 13 och 25 procent av alla födselar i olika delar av landet. Det finns sannolikt flera olika faktorer som bidrar till dessa variationer. Uppskattningsvis förlöses 1 till 2 procent av förstföderskor med planerat kejsarsnitt på moderns önskan. Bland omföderskor är denna siffra cirka 3 till 7 procent beroende på om man inkluderar kejsarsnitt för vilka ingen tydlig medicinsk indikation angetts.

År 2021 publicerade SBU en systematisk översikt på området, "Kejsarsnitt på kvinnans önskemål – fördelar och nackdelar för kvinna och barn". Som ett komplement till den tidigare rapporten är syftet i det aktuella projektet att prioritera kunskaps- och utvecklingsbehov i stort inom området kejsarsnitt. För att fånga detta ur patienter, anhöriga och vårdpersonals perspektiv används James Lind Alliance metod.

Metod

Projektets upplägg innebär att patienter, vårdpersonal och anhöriga lyfter de kunskaps- och utvecklingsbehov som de, utifrån sina perspektiv, tycker är viktiga. Projektet kan delas in i två delar. I en inledande inventeringsdel identifieras viktiga kunskaps- och utvecklingsbehov och i den efterföljande prioriterings-

delen gör deltagarna en prioritering mellan dessa behov (Figur 1). I båda delarna engageras personer som har kunskap och egen erfarenhet av kejsarsnitt och dessa rekryteras genom en öppen enkät (inventeringsdel) och intresseanmälan (prioriteringsdel) på SBU:s webbplats. För att sprida kännedom om projektet användes SBU:s nyhetsbrev, sociala medier och riktade mejlutskick till identifierade målgrupper.

Totalt deltog 610 personer genom att svara på enkäten om vilka kunskaps- och utvecklingsbehov de såg inom området kejsarsnitt. Majoriteten av deltagarna var patienter. Efter sortering och bearbetning av svaren sammanställdes en lista med 31 övergripande behov som skickades ut till de som anmält sig att delta i prioriteringssteget. Sjuttiofyra personer svarade på prioriteringsenkäten. Slutligen hölls ett prioriteringsmöte (workshop) där 13 personer deltog. Efter diskussioner resulterade mötet i en gemensam lista på de mest prioriterade kunskapsbehoven (Tabell 1).

Resultat

I Tabell 1 finns de tio kunskaps- och utvecklingsbehov som deltagarna tyckte var de viktigaste. En mer utförlig beskrivning av resonemang och motiveringar bakom prioriteringarna finns i Kapitel 4 Resultat i rapporten. I Bilaga 4 finns även en mer

utförlig beskrivning av samtliga ingående kunskaps- och utvecklingsbehov.

Diskussion

Flera av de kunskaps- och utvecklingsbehov som deltagarna lyfter fram som viktiga i denna prioritering handlar om verksamhetsutveckling av olika slag och behov av att hanteringen av kejsarsnitt görs mer lika över landet. För att utveckla vården i denna riktning kan det behövas till exempel implementering av befintlig kunskap, utbildning av vårdpersonal samt i vissa fall ny forskning.

En fördel med använd metod är att patienter, anhöriga och vårdpersonal arbetar tillsammans och alla som vill kan bidra till projektet. Upplägget där personer anmäler sig själva kan dock innebära att det finns en bias (snedvridning) i vilka personer som väljer att delta. Det kan även finnas andra viktiga kunskaps- och utvecklingsbehov som inte har kommit upp i den inledande enkäten och som inte har prioriterats

i projektet. Metoden är dock inte avsedd för att ta fram en absolut sanning utan syftar till att bredda perspektivet och lyfta röster från dem som direkt berörs i vården.

I både inventeringsdelen och prioriteringsdelen fanns det samsyn mellan deltagarna i flera av de prioriterade områdena som till exempel behov av ökad kunskap om komplikationer, behov av att utveckla informationen till gravida samt behov av att på olika sätt verka för en mer jämlik hantering av kejsarsnitt i landet. Men det fanns även skillnader i åsikter, till exempel i frågan om huruvida patienten själv ska ha rätt att välja förlossningsätt och vilka konsekvenser detta skulle få ur bland annat ett medicinsk, etiskt och samhällsekonomiskt perspektiv. Projektet visar att det finns ett stort engagemang och en stark vilja att bidra till vårdens utveckling och förhoppningen är att prioriteringen kan bidra med att sätta fokus på områden där det finns behov av kunskap och utveckling utifrån både patienters och vårdpersonals perspektiv.

Projektledning

Sakkunniga

- Ellika Andolf, professor i obstetrik och gynekologi, Karolinska Institutet
- Mia Fernando, patientsakkunnig, specialistfysioterapeut obstetrik och gynekologi
- Karin Källén, professor i klinisk epidemiologi, Lunds universitet

Kansli SBU

- Karin Rydin, projektledare (fr.o.m. juni 2022)
- Jonatan Alvan, projektledare (t.o.m. juni 2022)
- Helena Domeij, biträdande projektledare
- Sigurd Vitols, biträdande projektledare
- Emma Wernersson, projektadministratör
- Jonas Bergström, projektansvarig chef

Externa granskare

Katarina Rykowska (patientsakkunnig), Katarina Åberg (barnmorska, Med dr).

Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU
registrator@sbu.se • www.sbu.se/357

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En prioritering av vetenskapliga kunskapsluckor eller kunskapsbehov utifrån brukares, patienters, närståendes och vårdpersonals perspektiv på vad som är viktigast att få mer kunskap om.

SBU använder en metod baserad på James Lind Alliance metodik för att få fram de viktigaste kunskapsluckorna. För den här rapporten har vi gjort följande:

Prioriterat de viktigaste kunskapsluckorna tillsammans med externa sakkunniga (främst patienter eller brukare, anhöriga och professionen):

- Inventerat vilka frågor som ska prioriteras genom att tillfråga målgrupper (här kan även forskare och andra aktörer ingå),
- Låtit sakkunniga göra en prioritering av kunskapsluckor eller kunskapsbehov

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa sakkunniga
- SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- SBU:s vetenskapliga råd

Patient- eller brukarorganisation har medverkat på följande sätt:

- Lämnat synpunkter på rapportens projektplan och frågeställningar
- Granskat rapporten
- Deltagit som sakkunnig i SBU:s projektgrupp