

## Sammanfattning

### Bakgrund och syfte

Efter en stor ökning av antalet kejsarsnitt fram till år 2006, har andelen kejsarsnitt i Sverige legat stabilt på cirka 18 procent. Ungefär hälften är planerade kejsarsnitt, de flesta med olika medicinska indikationer, och hälften akuta kejsarsnitt. Exempel på medicinska indikationer för planerade kejsarsnitt är föreliggande moderkaka, bäckenträngsel, barnet i tvärläge eller sätesbjudning. Den största gruppen kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation är omföder-skor. Nationell konsensus om vad som ska betraktas som kejsarsnitt på kvinnans önskan saknas, vilket medför att statistiken om detta är osäker. Kvinnorna anger ett flertal orsaker till att de önskar kejsarsnitt. Till exempel kan de ha genomgått en traumatisk förlossning, de kan vara oroliga för komplikationer, rädsla för smärta, att förlora kontrollen eller för att inte få ett adekvat stöd under förlossningen. Uppskattningsvis förlöses 1–2 procent av förstföderskor med planerat kejsarsnitt på kvinnans önskan. Bland omföderskor är denna siffra cirka 3–7 procent beroende på om man inkluderar kejsarsnitt för vilka ingen tydlig medicinsk indikation angetts.

Praxis varierar i hög rad mellan förlossningskliniker och regioner och även antalet planerade kejsarsnitt och planerade snitt på kvinnans önskan varierar. Förlossningsklinikerna i landet saknar till stora delar skrivna riktlinjer för planerade kejsarsnitt.

SBU har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera det vetenskapliga stödet med avseende på för- och nackdelar vid ett av kvinnan önskat kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Somatiska risker för kvinna och barn med de två förlossningssätten har sammanställts. Psykologiska risker ingick inte. Uppfattningar, upplevelser och erfarenheter hos kvinnorna respektive hos vårdpersonalen har analyserats, liksom etiska problem och hälsoekonomiska aspekter.

I projektet har komplikationer för kvinna och barn efter planerat kejsarsnitt på kvinnans önskemål likställt med, och analyserats som, komplikationer efter planerade kejsarsnitt utan någon medicinsk indikation. Detta gäller inte långtidskomplikationer för kvinnan där komplikationer efter alla typer av kejsarsnitt ingick. Riskökningar för somatiska komplikationer rapporteras både som relativa risker och absoluta risker, det vill säga absolut skillnad i procentenheter. Små absoluta riskskillnader kan motsvara stora relativa risker. Number needed to harm (NNH) kan beskrivas som antal individer som ska utsättas för en viss exponering (t.ex. kejsarsnitt) för att en ytterligare komplikation ska inträffa. Man beräknar storheten som 1/absolut riskökning. Detta innebär att stora NNH tal betyder små absoluta riskökningar och sällsynta komplikationer.

### Slutsatser

Resultat från studier med kvantitativ metodik (komplikationer):

- ▶ **För kvinnan** finns det risker för komplikationer efter både vaginal förlossning och efter kejsarsnitt, både på kort och lång sikt. Om man även räknar in komplikationer som kan inträffa vid kvinnans efterkommande

förlossningar, så är komplikationerna efter kejsarsnitt något fler och potentiellt allvarigare än efter vaginal förlossning. Det ska dock poängteras att allvarliga komplikationer är sällsynta (Tabell 1).

- Exempel på komplikationer med **ökad risk** vid planerade kejsarsnitt utan medicinsk indikation jämför

*Slutsatserna fortsätter på nästa sida*

fört med planerad vaginal förlossning är infektion, riklig blödning, blodpropp i lungan efter förlossningen, att livmodern brister eller att moderkakan växer in i livmoderväggen vid en nästkommande förlossning (samtliga ⊕⊕⊕⊕ Hög tillförlitlighet) och tarmvred på lång sikt efter förlossningen (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet).

- Exempel på komplikationer med **minskad risk** vid kejsarsnitt är förlossningskomplikationer som drabbar funktioner i bäckenbotten. På kort sikt innefattar detta analsfinkterskador (⊕⊕⊕⊕ Hög tillförlitlighet) och på lång sikt framfall, stressinkontinens (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet) och behov av kirurgi för bäckenbottenproblem (⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet).
- ▶ **För barnet** finns lätt till måttligt ökade risker för komplikationer med ett planerat kejsarsnitt, om medicinsk indikation saknas, jämfört med en planerad vaginal förlossning, både på kort och lång sikt (Tabell 1). Riskminskningar för barnet, med kejsarsnitt utan medicinsk indikation, har inte identifierats i inkluderade studier.
- Exempel på komplikationer med **ökad risk** vid kejsarsnitt är behov av neonatalvård, att barnet drabbas av andningsstörning efter förlossningen och att barnet utvecklar astma (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet) eller diabetes under uppväxten (⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet).

#### Resultat från studier med kvalitativ metodik (uppfattningar, upplevelser och erfarenheter):

- ▶ Kvinnor som önskar ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation anser att kejsarsnitt är förknippat med mindre risk än vaginal förlossning, medan vårdpersonalen som möter kvinnorna anser det motsatta (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet).
- ▶ Kvinnorna anser sig ha rätt till ett kejsarsnitt, medan vårdpersonalen som möter dem har vitt skilda synsätt kring i vilken utsträckning kvinnan har rätt att själv välja förlossningssätt (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet).
- ▶ Kvinnorna tyckte det var viktigast att få acceptans för önskemålet om kejsarsnitt, medan personalen snarare lyfte fram vikten av olika typer av stöd, såsom tid för samtal och att möta kvinnorna med respekt och förståelse (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet).

- ▶ Vårdpersonalen anser att den höga arbetsbelastningen inom förlossningsvården kan komplicera förlossningar, ge negativa förlossningsupplevelser, begränsa möjligheten till uppföljning efter förlossningen och därmed leda till framtida önskemål om kejsarsnitt (⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet).

#### Hälsoekonomiska resultat

Hälsoekonomiska modellanalyser för Sverige som vi genomfört baserade på resultaten för riskjämförelsen mellan de två förlossningssätten, svenska kostnadsdata och livskvalitetsvikter från litteraturen visar:

- ▶ För förstföderskor är kostnader för förlossningen och sjukhusvård under det efterföljande året i genomsnitt mellan 26 000 och 32 000 svenska kronor högre per planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation jämfört med planerad vaginal förlossning i Sverige. Hos omföderskor ligger den ökade kostnaden på mellan 29 000 och 36 000 svenska kronor per planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Dessa resultat inkluderar kostnader för förlossningssätt och sjukhuskostnader för korttidskomplikationer för både kvinna och barn.
- ▶ Planerad vaginal förlossning medför lägre kostnader för sjukvård och somatiska hälsovinster jämfört med planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation även i ett längre perspektiv på upp till 20 år. Analyserna beaktar kostnader för förlossningssätt, sjukhuskostnader för kort- och långtidskomplikationer för kvinna och barn, samt livskvalitetspåverkan av långtidskomplikationer för kvinna och barn. Även om det finns osäkerheter kring exempelvis effekter på livskvalitet, är det övergripande resultatet oförändrat i genomförda känslighetsanalyser.
- ▶ Den sammantagna budgetpåverkan för somatisk vård av planerade kejsarsnitt hos kvinnor utan medicinsk indikation uppskattas till mellan 75 och 93 miljoner svenska kronor per år i Sverige, utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv med fokus på sjukhuskostnader.

#### Kommentar

##### Etik

Resultaten som presenteras här gäller planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Vid ett planerat kejsarsnitt på kvinnans önskemål utsätts barnet för ökade kortsiktiga och långsiktiga risker. Även om de absoluta riskökningarna ofta är låga innebär detta en etisk problematik. Att olika förlossningskliniker och vårdpersonal dessutom kan hantera kvinnornas önskemål om kejsarsnitt på olika sätt innebär också en etisk problematik, eftersom det orsakar ojämlig vård.

Slutsatserna fortsätter på nästa sida

**Komplikationer**

Ett argument för kejsarsnitt som ibland framförs handlar om komplikationer som kan uppkomma om barnet fastnar i förlossningskanalen (till exempel nyckelbensfraktur eller nervskador som påverkar armarna) och att sådana inte kan uppstå vid ett planerat kejsarsnitt. Enligt data från det svenska medicinska födelseregistret är risken för att barnet ska fastna med skuldrorna 1/350 (0,3 %) vid planerad vaginal förlossning i graviditeter som varat 39 veckor eller mer. Vad gäller svenska förhållanden finns här en viktig kunskapslucka om följderna av att barnet fastnar och mer forskning behövs.

**Uppfattningar, upplevelser och erfarenheter**

Kvinnorna och vårdpersonalen har skilda uppfattningar om kejsarsnitt utan medicinsk indikation och dessutom helt olika förväntningar på vad mötet dem emellan ska resultera i. Detta kan både kvinnorna och vårdpersonalen

behöva förbereda sig på. Dessutom kvarstår skillnaderna i uppfattning mellan grupperna, även efter genomgångna graviditeter och förlossningar. Detta indikerar ett behov av bättre dialog mellan vårdpersonalen och kvinnorna, främst vad gäller risker med olika förlossningssätt. En del av de inkluderade studierna har en kontext som eventuellt skiljer sig något från svenska förhållanden. Detta hanterades inom ramen för bedömning av resultatens tillförlitlighet.

**Hälsoekonomi**

Kejsarsnitt utan medicinsk indikation medför ökade sjukvårdskostnader för förlossningssätt och vård av somatiska komplikationer och det finns en viss risk för undanträngningseffekter av annan vård. Vi kan dock inte uttala oss om de psykologiska konsekvenserna som är förknippade med olika förlossningssätt i förhållande till kvinnans önskemål, eller hur dessa påverkar kostnadseffektiviteten.

**Sammanfattning metod**

Systematiska litteraturöversikter genomfördes i enlighet med de internationella riktlinjerna PRISMA och med SBU:s metodhandbok för kvantitativa och kvalitativa studier. För frågorna om riskerna för kvinnan på kort sikt och efter ett tidigare kejsarsnitt vid ett av kvinnan önskat kejsarsnitt, ansågs Socialstyrelsens rapporter med nationella registerdata över korttidskomplikationer från planerade kejsarsnitt utan medicinsk indikation och vaginala förlossningar, samt komplikationer vid nästa förlossning efter tidigare kejsarsnitt, som tillräckliga och någon ytterligare litteratursökning gjordes inte för dessa utfallsmått.

Resultatets tillförlitlighet bedömdes enligt GRADE (resultat från studier med kvantitativ metodik) respektive GRADE-CERQual (resultat från studier med kvalitativ metodik). Statistik från Socialstyrelsens rapport och det svenska medicinska födelseregistret användes som underlag för praxisundersökningen.

För att belysa hälsoekonomiska aspekter användes resultat från vår systematiska översikt av komplikationsrisker med olika förlossningssätt, där resultaten bedömdes ha en låg, måttlig eller hög tillförlitlighet. Nationella och regionala registerdata användes för sjukvårdskostnader. Vi konstruerade en hälsoekonomisk modell som väger samman resultaten kring riskerna för kvinna och barn och sätter dem i relation till kostnader och påverkan på livskvalitet. De beräknade kostnaderna efter ett år användes för att skatta budgetpåverkan för slutenvårdskostnader i Sverige.

Etiska, sociala och samhällsliga aspekter belystes genom diskussioner i projektgruppen, delvis utifrån ett antal frågor som hämtats från SBU:s etiska vägledning för hälso- och sjukvård.

**Sammanfattning resultat****Resultat från studier med kvantitativ metodik (Komplikationer)**

Vi hittade inga relevanta randomiserade studier. Resultaten baseras på 49 icke-randomiserade studier med kontrollgrupp, huvudsakligen registerstudier, där studiernas mål var att studera riskerna med planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation jämfört med vaginal förlossning i en population av kvinnor med låg risk. Resultaten i de inkluderade studierna har justerats för eventuella förväxlingsfaktorer som kan ha bidragit till ett beslut om kejsarsnitt beroende på den inboende skillnaden mellan grupperna. För kvinnans långtidskomplikationer inkluderade vi resultat från alla typer av kejsarsnitt, både akuta och planerade och de planerade oavsett med eller utan medicinsk indikation.

Sammanlagt visade 12 resultat på en ökad risk för kvinnan med kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning, och sex resultat visade på en minskad risk för kvinnan. För barnet visade elva resultat på en ökad risk med planerat kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning. Inga resultat visade på en minskad risk för barnet med planerat kejsarsnitt, jämfört med vaginal förlossning (Tabell 1). Resultat med mycket låg tillförlitlighet har inte tagits med i tabellen nedan. För mer utförlig information om resultat, se [Kapitel 4](#).

**Tabell 1** Utfallsmått där det föreligger en ökad respektive minskad risk hos kvinnan respektive barnet med kejsarsnitt, jämfört\* med vaginal förlossning.

Tidsperiod	Ökad risk för kvinnan (uppföljningstid)	Resultatets tillförlitlighet	NNH	Relativ risk (95 % KI)
Under/kort tid efter förlossning (inom 6 veckor)	Riklig blödning	⊕⊕⊕⊕	10	6,18 (6,00–6,37)
	Blodpropp i lungan	⊕⊕⊕⊕	2 300	1,72 (1,38–2,14)
	Infektion i livmodern	⊕⊕⊕⊕	480	1,12 (1,07–1,19)
	Urinvägsinfektion	⊕⊕⊕⊕	340	1,41 (1,32–1,52)
	Infektion i operationssåret	⊕⊕⊕⊕	90	2,60 (2,47–2,75)
	Mjölstockning efter förlossningen	⊕⊕⊕○	80	1,53 (1,48–1,59)
	Antibiotikabehandling	⊕⊕⊕⊕	30	1,33 (1,31–1,36)
Nästa graviditet	Moderkakan växer in i livmodern	⊕⊕⊕⊕	3 500	10,9 (8,4–14,0)
Nästa förlossning	Livmoderbristning	⊕⊕⊕⊕	190	24,4 (22,8–26,0)
Lång tid efter förlossning (uppföljningstid)	Kirurgi för sammanväxningar <sup>a</sup> (25 år)	⊕⊕⊕○	130	2,8 (2,6–3,1)
	Kirurgi för tarmvred (12 år)	⊕⊕⊕○	450	2,25 (2,15–3,0)
	Kirurgi för främre bukväggsbräck (25 år)	⊕⊕⊕○	80	3,2 (3,0–3,4)
Tidsperiod	Minskad risk för kvinnan (uppföljningstid)	Resultatets tillförlitlighet	NNT	Relativ risk (95 % KI)
Under/kort tid efter förlossning	Analsfinkterskada	⊕⊕⊕⊕	30	N/Ab
Lång tid efter förlossningen (uppföljningstid)	Subjektiva symtom på framfall (20 år)	⊕⊕⊕○	60	0,52 (0,28–0,99)
	Kirurgi för framfall (25 år)	⊕⊕⊕○	70	0,2 (0,1–0,2)
	Subjektiva symtom på stressinkontinens (10 år)	⊕⊕⊕○	10	0,42 (0,31–0,59)
	Kirurgi för stressinkontinens (25 år)	⊕⊕⊕○	150	0,3 (0,2–0,3)
	Kirurgi för bäckenbottenproblem <sup>c</sup> (20 år)	⊕⊕○○	460	0,68 (0,51–0,90)
Tidsperiod	Ökad risk för barnet	Resultatets tillförlitlighet	NNH	Relativ risk (95 % KI)
Kort tid efter förlossning	Andningsstörning <sup>d</sup>	⊕⊕⊕○	70	2,02 (1,49–2,73)
	Neonatalvård	⊕⊕⊕○	20	1,92 (1,44–2,56)
Nästa förlossning	Nästkommande barn (efter ett tidigare kejsarsnitt) får låg Apgarpoäng (<7 vid 5 minuter) <sup>e</sup>	⊕⊕⊕○	180	1,60 (1,50–1,71)
Spädbarnsåren	Behandling för luftvägsinfektion på sjukhus <sup>f</sup>	⊕⊕⊕○	130	1,14 (1,09–1,19)
Småbarnsåren	Infektioner i mag-tarmkanalen som kräver sjukhusvård	⊕⊕⊕○	130	1,21 (1,16–1,25)
Under uppväxten	Utveckling av astma	⊕⊕⊕○	120	1,19 (1,17–1,21)
	Utveckling av födoämnesallergi	⊕⊕○○	260	1,16 (1,11–1,21)
	Utveckling av diabetes	⊕⊕○○	1 800	1,11 (1,04–1,17)
	Utveckling av övervikt	⊕⊕○○	100	1,17 (1,07–1,29)
Senare i livet	Utveckling av inflammatorisk tarmsjukdom	⊕⊕○○	860	1,16 (1,03–1,30)
	Utveckling av reumatoid artrit, (RA)	⊕⊕⊕○	1 700	1,17 (1,06–1,28)
Tidsperiod	Minskad risk för barnet	Resultatets tillförlitlighet	NNT	Relativ risk (95 % KI)
–	–	–	–	–

Tabellen fortsätter på nästa sida

## Tabell 1 fortsättning

- <sup>a</sup> **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.
- <sup>b</sup> **N/A:** Not applicable, inte tillämpligt. Risken för analsfinkterskador vid planerat kejsarsnitt är lika med noll. Den relativa risken går därför inte att räkna ut. Den absoluta risken för analsfinkterskada vid planerad vaginal förlossning är dock 2,9 % (NNT = 34).
- <sup>c</sup> **Kirurgi av bäckenbottenproblem:** Kirurgi av alla typer av bäckenbottenproblem, inklusive alla typer av framfall, urin- och analinkontinens.
- <sup>d</sup> **Andningsstörning:** Benämns ofta som respiratorisk morbiditet i de ingående studierna, vilket inkluderar olika typer av andningsstörningar, från lindrigare till svårare andningsbesvär som även kan behöva andningsstöd och syrgasbehandling.
- <sup>e</sup> **Låg Apgarpoäng (<7 vid 5 minuter):** Ett poängsystem som anger barnets tillstånd vid 5 minuter efter födelsen (0–10 poäng). Låg Apgarpoäng kan öka risken för framtida sjuklighet hos barnet.
- <sup>f</sup> **Behandling för luftvägsinfektion på sjukhus:** Detta resultat består till störst del av barn under 2 år som har behov av sjukhusinläggning för luftvägsinfektion.

**95 % KI** = 95 procentigt konfidensintervall; **NNH** = Number Needed to Harm. Antal individer som behöver genomgå ett kejsarsnitt för att orsaka ett fall av utfallsmåttet, jämfört med om de individerna hade genomgått en vaginal förlossning. Ju högre värde desto mindre absolut riskökning och ovanligare komplikation; **NNT** = Number Needed to Treat. Antal individer som behöver genomgå ett kejsarsnitt för att en individ inte ska drabbas, jämfört med om de individerna hade genomgått en vaginal förlossning. Ju högre värde desto mindre absolut riskminskning och ovanligare komplikation; **Relativ risk** = Kvot där risken för en komplikation efter planerat kejsarsnitt divideras med risken för samma komplikation efter vaginal förlossning. En relativ risk på 0,8 betyder approximativt en relativ riskminskning med 20 % och en relativ risk på 1,2 betyder approximativt en relativ riskökning med 20 %.

### Resultatets tillförlitlighet:

⊕⊕⊕⊕ Högtillförlitlighet = Bedömningen är att resultatet stämmer.

⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet: Bedömningen är att det är troligt att resultatet stämmer.

⊕⊕○○ Lågtillförlitlighet: Bedömningen är att det är möjligt att resultatet stämmer.

<sup>\*)</sup> De utfall och jämförelser som redovisas i rapporten är grupperade enligt följande:

- Komplikationsrisker för kvinnan kort tid efter förlossningen (komplikationer vid förlossningen och sex veckor efter). Jämförelse planerat kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, med planerad vaginal förlossning.
- Risk för förlossningskomplikationer hos kvinnan vid nästa förlossning, efter ett tidigare kejsarsnitt. Jämförelse planerat kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, med planerad vaginal förlossning.
- Risker för kvinnan på lång sikt efter förlossningen. Jämförelse planerade och akuta kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, med vaginal förlossning.
- Komplikationsrisker för barnet kort tid efter förlossningen (neonatalperioden). Jämförelse planerat kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, med planerad vaginal förlossning.
- Risk för förlossningskomplikationer hos barnet vid nästa förlossning, efter ett tidigare kejsarsnitt. Jämförelse planerat kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, med vaginal förlossning.
- Risker för barnet på lång sikt efter förlossningen. Jämförelse planerat kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, med vaginal förlossning.

## Resultat från studier med kvalitativ metodik (Uppfattningar, upplevelser och erfarenheter)

Relevanta data från 13 inkluderade studier med kvalitativ metodik vägdes samman i två tematiska synteser, en för kvinnornas perspektiv och en för vårdpersonalens perspektiv (Tabell 2).

När kvinnornas och vårdpersonalens utsagor jämförs framkommer att de har olika syn på:

- Risk; Kvinnorna ansåg att kejsarsnitt är ett mer säkert förlossningssätt än vaginal förlossning medan vårdpersonalen som möter kvinnorna ansåg det motsatta.
- Rätt till kejsarsnitt; Kvinnorna ansåg att de har rätt att få ett kejsarsnitt om de så önskar, medan vårdpersonalen som möter dem hade vitt skilda synsätt kring i vilken utsträckning kvinnan har rätt att själv välja förlossningssätt.

- Stöd; Vårdpersonalen ansåg att stöd till kvinnan innebär att möta henne med respekt och förståelse, tid för samtal och att guida henne till den bästa lösningen för henne. Kvinnorna ansåg att stöd i första hand handlade om vårdpersonalens acceptans för önskemålet om kejsarsnitt.

Utöver detta ansåg vårdpersonalen att den höga arbetsbelastningen inom förlossningsvården kan orsaka framtida önskemål om kejsarsnitt genom att komplicera förlossningar, ge negativa förlossningsupplevelser och begränsa möjligheten till uppföljning.

**Tabell 2** Sammanvägda resultat från de 13 inkluderade studierna, och bedömning av resultatens tillförlitlighet, om uppfattningar, upplevelser och erfarenheter som finns hos kvinnor respektive vårdpersonal, då kvinnan uttrycker önskemål om kejsarsnitt och vårdpersonalen bedömer att medicinsk indikation för kejsarsnitt saknas.

<b>Kvinnornas perspektiv – tema nivå 3 (Resultatets tillförlitlighet)</b>	<b>Personalens perspektiv – tema nivå 3 (Resultatets tillförlitlighet)</b>
<p><b>Risker och fördelar med kejsarsnitt</b> Kvinnorna som önskade kejsarsnitt upplevde ofta vaginal förlossning som riskfyllt och kejsarsnitt som ett mer kontrollerat och förutsägbart förlossningssätt som innebar små eller obefintliga risker. Potentiella risker med kejsarsnitt ignorerades eller minimerades, kvinnorna litade på operationsteamets kompetens och överlät ansvaret för förlossningen till dem. Efter genomgången kejsarsnitt kunde synen på risk dock omvärderas. Information om risker upplevdes som adekvat, bristfällig eller motstridig. Vårdpersonalens acceptans för önskemålet sågs viktigare än information. (Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○)</p>	<p><b>Syn på risk</b> Personalen ansåg att kejsarsnitt ökar risken för komplikationer jämfört med vaginal förlossning. De uttryckte en oro inför den ökade förekomsten av kejsarsnitt och ansåg att i beslut av förlossningssätt ska konsekvenser övervägas och risker med kejsarsnitt förmedlas till kvinnan. (Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○)</p>
<p><b>Stöd och acceptans för önskemål om kejsarsnitt</b> Kvinnorna ansåg det viktigt och deras rättighet att få stöd och acceptans för sina önskemål om kejsarsnitt och många kvinnor fick också stöd av personalen i sina beslut, ibland efter förhandling. Ibland nekades kvinnors önskemål om kejsarsnitt och ibland upplevdes beslutsprocessen oseriös med avsaknad av stöd. Kvinnor fick ofta upprepa och försvara sina, i deras ögon välmotiverade, beslut om förlossningssätt. En del kvinnor omförhandlade sin attityd till förlossningssätt genom tidigare förlossningserfarenhet eller professionellt stöd i beslutsprocessen. (Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○)</p>	<p><b>Upplevelser av att möta kvinnor som önskar kejsarsnitt</b> Personalen ansåg att kvinnornas önskemål om kejsarsnitt ofta var grundade i missförstånd om för- och nackdelar med kejsarsnitt, och att det var utmanande att hantera önskemålen. Personalen lyfte även fram att den höga arbetsbelastningen inom förlossningsvården orsakar framtida önskemål om kejsarsnitt, genom att en hög arbetsbelastning kan komplicera förlossningar, ge negativa förlossningsupplevelser och begränsa möjligheten till att kvinnor får uppföljning efter förlossningen. (Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○)</p>
	<p><b>Syn på faktorer som påverkar beslut om förlossningssätt</b> Personalen hade vitt skilda synsätt kring i vilken utsträckning kvinnan har rätt att själv välja förlossningssätt. Dessutom hade de olika åsikter kring vad som är en medicinsk indikation för kejsarsnitt, inklusive huruvida förlossningsrädsla är en sådan indikation eller inte. Personalen ansåg samtidigt att det är viktigt med evidens för beslutet om förlossningssätt, men även att faktorer som vårdens organisation och kapacitet påverkade beslutet. (Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○)</p>
	<p><b>Uppfattningar om hur kvinnor med önskemål om kejsarsnitt bör bemötas</b> Personalen ansåg att det var viktigt att ge kvinnan flera olika typer av stöd, evidensbaserad information och tid för samtal tidigt under graviditeten, och att möta henne med respekt och förståelse samtidigt som alternativ till kejsarsnitt diskuterades. Dessa åtgärder ansågs kunna stärka kvinnors förmåga att föda barn och därmed leda till färre önskemål om kejsarsnitt och lägre kejsarsnittsfrekvens. (Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○)</p>

## Resultat hälsoekonomi

Den hälsoekonomiska modellanalysen tyder på att i en svensk kontext är planerad vaginal förlossning genomgående kostnadsbesparande och medför somatiska hälsovinster på längre sikt jämfört med planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Utöver osäkerheten kring de relativa riskerna för komplikationer föreligger det osäkerheter kring framför allt varaktigheten av flera långtidskomplikationer och deras påverkan på livskvalitet. En rad känslighetsanalyser tyder dock på att det övergripande resultatet förblir stabilt när ingångsvärdena varierar.

I detta projekt har vi inte undersökt möjliga komplikationer vid olika förlossningssätt i form av psykisk ohälsa. Det innebär att vi inte har kunnat väga in psykologiska aspekter förknippade med olika förloss-

ningssätt, som exempelvis traumatiska förlossningsupplevelser, i vår hälsoekonomiska modell. Det kan finnas psykologiska aspekter som påverkar den sammanlagda effekten av planerat kejsarsnitt på moderns önskan jämfört med planerad vaginal förlossning. Det går dock inte att uttala sig om den effektens storlek utifrån vår rapport.

De hälsoekonomiska modellskattningarna omfattar direkta medicinska kostnader, mestadels med fokus på sjukhusvård. Det betyder att kostnader inom öppenvård eller på grund av nedsatt arbetsförmåga inte är medräknade. Känslighetsanalyser där årliga öppenvårdskostnader antas för komplikationer som minskar vid planerat kejsarsnitt indikerar dock att den typen av sjukvårdskostnader troligen inte har någon större påverkan på resultaten.

### Innehållsdeklaration

#### Denna publikation innehåller:

- ✓ En eller flera systematiska översikter
- ✓ En bedömning av etiska och sociala aspekter
- ✓ En bedömning av hälsoekonomiska aspekter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda. För den här rapporten har vi gjort följande:

#### Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:

- ✓ Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning

### Projektgrupp

#### Sakkunniga

- Ellika Andolf, professor emerita, Karolinska Institutet
- Cecilia Ekéus, professor i reproduktiv hälsa, Uppsala universitet
- Lena Hellström-Westas, professor i perinatalmedicin, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
- Ingegerd Hildingsson, professor, Uppsala universitet
- Margareta Johansson, docent, Uppsala universitet
- Karin Källén, professor, Lunds universitet

- ✓ Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- ✓ Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning Vägt samman resultat från studier med låg eller måttlig risk för snedvridning
- ✓ Bedömt hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är

#### Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

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

Rapportens slutsatser är godkända av SBU:s nämnd

#### Sakkunniga etik

- Lars Sandman, professor i hälso- och sjukvårdsetik, Linköpings universitet
- Ulrik Kihlbom, docent i medicinsk etik, Centrum för forsknings- & bioetik, Uppsala universitet

#### Kansli

- Sigurd Vitols, projektledare, SBU
- Jonatan Alvan, projektledare, SBU
- Maria Ahlberg, projektadministratör, SBU
- Jenny Berg, hälsoekonom, SBU (från januari 2021)
- Agneta Brolund, informationsspecialist, SBU
- Hanna Olofsson, informationsspecialist, SBU
- Johanna Wiss, hälsoekonom, SBU (till januari 2021)

Rapport nr 343 (2021) • [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se)  
Rapporten kan laddas ner från [www.sbu.se/343](http://www.sbu.se/343)

Grafisk produktion: Anna Edling, SBU