
Hva er passende antall keisersnitt?

REDAKSJONELT

BERGSJØ P

For 15 år siden spurte jeg: Er vi for raske til å gjøre keisersnitt? (1). Da hadde bruken av inngrepet tiltatt år for år. Før 1973 hadde andelen aldri ligget over 2,5%, men i 1981 var den 7,5%. Økningen fortsatte til et maksimum på 12,8% i 1987. Siden har tallet vært stasjonært; i 1996 var det 12,6%. Den rasjonelle begrunnelse for keisersnitt i våredager er færre skader og bedre perinatal overlevelse. Fra 1973 til 1996 sank den perinatale dødeligheten i Norge fra 1,7% til 0,6%, men de mange keisersnittene er nok bare en del av forklaringen på bedringen.

Vi skulle tro at keisersnittene tok unna for de protraherte fødslene der vakuumsug og tang ofte blir brukt, slik detskjedde i Skottland (2). Men eiendommelig nok er disse instrumentene til vaginal forløsning også blitt brukt mer og mer, fra ca. 2,5% i 1970 til 8% i 1986, og på det nivået har det ligget siden. Det må ha vært noe med vår holdning til selve fødselsprosessen som har endret seg, for de nyfødte har samme vekt som før, og hvorfor skulle mødrenes anatomi og krefter være dårligere egnet til å trykke fostrene ut nå enn i 1970?

En beretning om det første keisersnitt i Norge setter vår tids debatt om optimal bruk av inngrepet i relieff. Erlend Hem & Per Børdahl forteller om Lars Thalian Backers pionerinnsats i 1843, som endte med tre lik. Stort bedre gikk det ikke med de ni neste forsøkene, frem til 1863 (3). Alle mødre døde. Selv etter at man fikk narkose og begynte å sygjen snittet i livmoren og de fleste mødre og barn overlevde, var det gjennom de påfølgende 100 år en respekt for inngrepet som det kan være vanskelig å forestille seg for dagens unge gynekologer.

Nå er sectio caesarea så trygt og i de fleste tilfeller ukomplisert at gynekologen Josef Ekgren har slått til lyd for at ikke bare hver åttende, men hver fjerde fødsel bør skje ved keisersnitt, for at kvinnene skal unngå skader ifødselsveiene (4). I USA har andelen lenge ligget rundt 25%, men det mest ekstreme eksemplet på udiskutabelt overforbruk er private fødeklinner i Brasil, der 60-70% av alle fødsler skjer ved keisersnitt (5). Den andreytterligheten er symbolisert ved en overskrift i Tidsskriftet, Antall keisersnitt skal ned (6), med

omtale av ProsjektKeisersnitt, som skal "medvirke til at inngrepet bare utføres der det er medisinsk behov for det". Her er vi ved detspringende punkt, for hvem skal definere det medisinske behovet?

I 1970- og 80-årene ble det gjort en serie analyser for å finne ut mer om hvorfor antall operative forløsninger steg(7-11). Jeg oppsummerte en del variabler under merkelappene "rent medisinske indikasjoner", "nye diagnostiskehjelpemidler", "ny smertelindring (epidural)", "inflasjon i gynekologer", "geografiske forhold ogbequemmelighetsgrunner", "frykt for erstatningskrav" og "keisersnitt på anmodning" (10). I de fleste beslutninger omkeisersnitt ligger elementer fra to eller flere av disse punktene, selv om det ikke alltid bokføres i journalene.Pasientens medbestemmelse er blitt et sentralt tema (12-15). Økonomisk gevinst har til nå ikke vært noe motiv herhjemme, slik som i Brasil og stedvis i USA, men med "diagnoserelaterte grupper" som ny måte å stimulere til fortjenestepå, er det ikke utenkelig at pengene kan komme til å spille en rolle.

I Skottland ble det gjort en nasjonal gransking (audit) av keisersnittene i 1994-95, i en tid da hyppigheten lå på16% (16). Elektive snitt ved seteleie, akutte pga. antatt fosterhypoksi (fetal distress) eller protrahert fødsel, oggjentatt keisersnitt utgjorde 57% av alle der det dreide seg om ett foster. Det ble enighet om noen få tiltak for åredusere hyppigheten, for eksempel forsøk på ytre vending ved seteleie, måling av pH i fosterblod vedkardiotokografiske tegn på hypoksi, klar definisjon av langsom fremgang i fødselen, bruk av oksytocin iutdrivningstiden hos førstegangsfødende og forsøk på vaginal fødsel ved ny graviditet etter keisersnitt når det ikkeansees risikabelt. I USA leder Institute for Healthcare Improvement i Boston et arbeid med samme formål, som ble diskutert ved en kongress i Chicago sommeren 1998.

Når vi nå skal satse massivt med både ekspertgruppe, styringsgruppe og referansegruppe, får vi håpe på en grundiganalyse av aktiviteten, som kan danne mønster for den løpende kvalitetssikringen. Henriksen har poengtert risikoen vedkeisersnitt mot risikoen ved vaginal fødsel (17). Det skal et målbevisst arbeid til for å gi et korrekt bilde avkomplikasjonene, men en slik analyse bør legges inn i kvalitetssikringsarbeidet.

Å definere optimalt eller passende bruk av keisersnitt er nokså meningsløst. Vi har retningslinjer i Veileder forfødselshjelp 1998 (18), men de fleste indikasjonene er gjenstand for skjønn og vil fortsatt medføre ulik praksis. Detviktige er holdningen: Hvert eneste keisersnitt skal gjøres etter en avveining av fordel mot risiko, der vi må gipasienten full beskjed og legge vekt på hennes ønske, men som leger ta beslutningen selv. I akutte, livstruendesituasjoner må informasjonen selvsagt begrenses. En løpende egenevaluering, og regelmessig statistikk som sammenlikneraktiviteten ved avdelingene, vil bidra til å heve kvaliteten, enten pendelen svinger mot 10% eller 15%.

Per Bergsjø

LITTERATUR

1. Bergsjø P. Er vi for raske til å gjøre keisersnitt? Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 888-90.

2. Notzon F, Bergsjø P, Cole S. Differences in obstetrical delivery practice: Norway, Scotland and the United States. *Proceedings of the International Collaborative Effort on Perinatal and Infant Mortality, Volume III*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics 1992: III17-III24.
3. Hem E, Børdahl PE. Det første keisersnitt i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4648-53.
4. Medinytt. Kvinner får ikke informasjon om fødselsskader. www.medinet.no (16.9.1998).
5. Vasconcellos MJ do A. Cesarean section in Brazil: benefits and issues. I: Ottesen B, Tabor A, red. *New insights in gynecology and obstetrics. Research and practice. The Proceedings of the XV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Copenhagen, August 1997*. London: Parthenon, 1998: 233-6.
6. Vetti A. Antall keisersnitt skal ned. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3520.
7. Kristensen B. Sectio caesarea; indikasjoner og komplikasjoner. Et ti års materiale. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983; 103: 891-4.
8. Nilsen ST, Bergsjø P, Løking A, Skarsten KW, Johannessen KH, Blaas H-G. A comparison of cesarean section frequencies in two Norwegian hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62: 555-61.
9. Borthen I, Lossius P, Skjærven R, Bergsjø P. Changes in frequency and indications for cesarean section in Norway 1967-1984. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 589-93.
10. Bergsjø P, Borthen I, Daltveit AK. Operativ forløsning i Norge de siste 20 år - analyse av store endringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1206-11.
11. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjø P, Cole S, Taffel S, Irgens L et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 495-504.
12. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 280-5.
13. Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective cesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998; 317: 462-3.
14. Amu O, Rajendran S, Bolaji II. Should doctors perform an elective cesarean section on request? Maternal choice alone should not determine method of delivery. *BMJ* 1998; 317: 463-5.
15. Geary M, Wilshin J, Persaud M, Hindmarsh PC, Rodeck CH. Do doctors have an increased rate of Caesarean sections? *Lancet* 1998; 351: 1177.
16. McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S, Wilkinson C. Caesarean section in Scotland 1994/5: a National audit. Edinburgh: Scottish Programme for Clinical Effectiveness in Reproductive Health. Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Edinburgh, 1998.
17. Henriksen T. Keisersnitt. Har også en viss risiko. *Aftenposten* 3.9.1998.
18. Lichtenberg SM, Bungum L, Lande E. Keisersnitt. I: Dalaker K, red. *Veileder i fødselshjelp 1998*. Norsk gynekologisk forening. Oslo: Den norske lægeforening, 1998: 137-40.

Publisert: 10. desember 1998. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske lægeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.