

Keisersnittønske hos andregangsfødende
- utløsende faktorer og effekten av
kjent jordmor

Lise Christine Gaudernack

Master of Public Health

MPH 2012:6



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Keisersnittønske hos andregangsfødende - utløsende faktorer og effekten av kjent jordmor.

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 9978-91-86739-36-2



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Keisersnittönske hos andregangsfödende - utlösande faktorer og effekten av kjent jordmor.				
Författare Lise C Gaudernack				
Författarens befattning och adress Jordmor, Oslo Universitet Sykehus, Rikshospitalet, Sognsvannsveien 20, Oslo				
Datum då examensarbetet godkändes 11.05.2012			Handledare /Extern Nanna Voldner, jordmor PhD.	
Antal sidor 42	Språk – examensarbete Norsk	Språk– sammanfattning Norsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-36-2
Målsetning: De sentrale problemstillingene oppsummeres gjennom følgende spørsmål: hvor mange andregangsfødende med keisersnittönske endret seg til å ønske vaginal fødsel ved tilbud om at en jordmor de blir kjent med er med på fødselen? Hvordan gikk fødselen i kjent jordmorgruppen? Hvordan var forekomsten av fødselskomplikasjoner ved første fødsel i hele gruppen sammenlignet med normalbefolkningen? Var det forskjeller mellom kjent jordmorgruppen og gruppen som holdt fast ved keisersnittönsket m.h.t. komplikasjoner ved første fødsel, mors alder, diagnoser hos mor eller barn og antall ultralydundersøkelser? Metode: En kvantitativ studie som ved gjennomgang av pasientjournaler fra 2006-2010 på Rikshospitalet fant alle andregangsfødende med et barn i hodeleie som ønsket keisersnitt og fikk tilbud om kjent jordmor. Statistikk fra Medisinsk fødselsregister, fra fødeavdelingens databaser og data fra journaler ble benyttet for å undersøke forekomsten av fødselskomplikasjoner. Hovedresultat: 129 andregangsfødende med keisersnittönske fikk tilbud om kjent jordmor, 48 ble med i kjent jordmor gruppen og planla vaginal fødsel. Av disse fødte 81,2 % vaginalt. De 129 kvinnene hadde opplevd signifikant mer komplikasjoner enn landsgjennomsnittet ved sin første fødsel. I innledning og diskusjon ble det lagt vekt på de helsemessige konsekvenser av den økende forekomsten av keisernitt, både planlagte og akutte. Kvinnene i keisersnittgruppen hadde fire ganger så ofte et helseproblem oppstått før svangerskap nummer to og de hadde signifikant oftere opplevd fødselsangst allerede i første svangerskap. Konklusjon: Den sterke økningen i keisersnitt over store deler av verden fører til at det skapes flere helseproblemer enn det løses. Populasjoners og individers helse blir negativt påvirket både mentalt og fysisk, på kort og lang sikt. Helsekonsekvensene diskuteres både på individ og gruppeplan i lys av begrepene health locus of control, sense of coherence, mestring, empowerment og folkehelse. Det er av avgjørende betydning å perfeksjonere fødselshjelpen ved vaginale fødsler og å forebygge negative fødselsopplevelser. Tiltak som ”kjent jordmor” hjelper kvinner med keisersnittönske til å ville føde vaginalt er viktige bidrag i denne sammenhengen.				
Nøkkelord fødselskomplikasjoner, helse, keisernittönske, kjent jordmor				



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle Maternal request for caesarean section in second pregnancy: Contributing factors and the effect of a known midwife				
Author Lise C Gaudernack				
Author's position and address Midwife, Oslo Universitet Sykehus, Rikshospitalet, Sognsvannsveien 20, Oslo				
Date of approval 11.05.2012			Supervisor/External Nanna Voldner, midwife PhD	
No. of pages 42	Language – thesis Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-36-2

Aim: This study primarily aimed to determine how many second-time mothers hoping for a caesarean section changed their mind and requested a vaginal delivery when they had the opportunity to know their midwife in advance. Second it was determined which delivery method was experienced by mothers in the known midwife group. The study also compares the rate of delivery complications experienced during first-time delivery for the whole study population compared to the mean population of Norwegian first time mothers. Finally the differences between the women choosing “known midwife” and those who choose caesarean section are explored regarding delivery complications and experience during first pregnancy.

Method: This quantitative study was conducted at Rikshospitalet in Oslo. All second-time mothers wanting a cesarean delivery without medical indication in 2006 to 2010 and having been offered to participate in the in “the known midwife project” were identified. The study used data from the Norwegian medical birth registry, delivery ward databases, and the patients’ personal journals.

Results: Among 129 second time mothers desiring a caesarean delivery, 48 joined the “known midwife team” and planned a vaginal birth; the remaining 81 women chose to have a planned caesarean section and were called the “caesarean section group”. In the “known midwife group” 81.2% had a vaginal delivery. The 129 women had experienced significantly more complications than the mean population of Norwegian first time mothers during their first delivery. The women in the “caesarean section group” were four times more likely to have a health problem compared to women in the “known midwife group”. They were also more likely to have experienced birth anxiety during their first pregnancy.

Conclusion: The consequences of caesarean section were discussed using terms such as health locus of control, sense of coherence, coping, empowerment, and public health. The major increase in caesarean sections worldwide has resulted in more health problems than they solve. Caesarian section has a negative short- and long-term impact on both mental and physical health. Therefore, it is vitally important to optimize vaginal delivery and prevent bad delivery experiences. Projects such as “the known midwife” help women who are afraid of having a vaginal delivery. Such projects should be encouraged.

Key words
delivery complications, health, caesarean section, ”known midwife”

1. INNLEDNING	5
1.1 Keisersnittepidemien.....	5
1.2 Helsemessige konsekvenser	5
1.3 Kvinnens mentale helse.....	6
1.4 Barnets mentale helse.....	7
1.5 Sosioøkonomiske konsekvenser - det samfunnsmessige perspektivet.....	8
1.6 Keisersnitt på kvinnens eget ønske	8
1.7 Årsaker til ønske om keisersnitt	9
1.8 Fødselsopplevelse	10
1.9 Tiltak for å hjelpe kvinner med fødselsangst	11
1.10 Folkehelse	13
1.11 Health promotion og individets helseressurser	14
2. MÅLSETNING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	16
2.1 Eget ønske keisersnitt på Oslo Universitets Sykehus - Rikshospitalet.....	16
2.2 Jordmorsamtaler og oppfølging av kjent jordmor	16
2.3 Målsetning.....	17
2.4 Hypotese.....	18
3. METODE	18
3.1 Forskningsdesign	18
3.2 Etikk	19
3.3 Valg av variabler	20
3.4 Statistikk og datainnsamling	21
4. RESULTATER	22
4.1 Hvordan var forekomsten av fødselskomplikasjoner ved første fødsel blant alle kvinnene i undersøkelsen?	22
4.2 Antall som valgte kjent jordmor.....	24
4.3 Hvordan fødte kvinnene i kjent jordmorgruppen?	25
4.4 Var det forskjeller mellom de som valgte keisersnitt og de som valgte kjent jordmor? ...	26
5. DISKUSJON	29
5.1 Resultatdrøfting.....	29
5.2 Metodedrøfting.....	35
6. KONKLUSJON	37
REFERANSER	39

1. INNLEDNING

1.1 Keisersnittepidemien

Dagens fødselshjelp er preget av utstrakt og stadig økende bruk av medikamenter og inngrep. I særlig grad har man sett en økning i forekomsten av keisersnitt. Dette skjer på tross av at Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at keisersnittprosenten bør ligge mellom 10 og 15 og uttaler at en frekvens høyere enn dette ikke vil føre til helsegevinst for mor eller barn (1). Økningen i keisersnitt har vært så markert de siste tiårene at flere har kalt det en epidemi (3-4). Man kan sammenligne med den såkalte fedmeepidemien. Fedme og keisersnitt er ikke sykdommer i seg selv, men har negative konsekvenser for både for individer og populasjoners helse. Disse konsekvensene vil beskrives nærmere nedenfor.

Et inngrep som i utgangspunktet var ment å sikre optimal helse for mødre og barn, blir nå benyttet i en slik utstrekning at det virker mot sin hensikt og skader helsen til flere enn de som hjelpes: *“The purpose of professional care during labor and delivery is to ensure that every child is born as healthy as possible while causing the least possible damage to the mother. For the most part this dual goal was realized during the twentieth century as demonstrated in the sharp decrease in maternal and perinatal mortality, ...the overuse of caesarean section is paradoxically leading to an increase in morbidity and mortality in the groups that were meant to have health benefits from it ”* hevder den nederlandske fødselslegen Paul Reuwer (2).

Et keisersnitt kan også få konsekvenser for eventuelle senere svangerskap, sjansene for prematurfødsel og dødfødsel øker (3). Disse kvinnene er utsatt for fastsittende morkake, store blødninger og operativ fjerning av livmoren. Arret i livmoren kan revne under svangerskap eller fødsel, en livstruende tilstand for både mor og barn (3).

På tross av komplikasjonsrisikoen ligger keisersnittprosenten langt høyere enn WHO's anbefalinger over hele verden, bortsett fra i Afrika sør for Sahara (4). I følge World Health Report fra 2011 har den amerikanske region en keisersnittandel på 32 %, Australia 31 % Kina 27 %, Europa 22 %, og Norge 17 %. I andre deler av verden er den enda høyere, som i Brasil med 44 % og Iran med 40 % (5)

1.2 Helsemessige konsekvenser

WHO definerte helse som a *”state of complete physical, social and mental wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity.” Senere la WHO til: ”health is seen as a resource for everyday life and not the objective of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities”* (6). Folkehelse defineres som: *” the science and art of promoting health, preventing disease , and prolonging life through the organized efforts of society.”* (6).

WHO har gjennomført to store multisenterstudier de siste 6 årene, en fra Latin Amerika av 97 095 fødsler (7) og en fra Asia av 109 101 fødsler (8), som viser at en keisersnittfrekvens på over 10-20 % gir økende neonatal morbiditet og maternell morbiditet og mortalitet. Begge studiene konkluderer med at det er en et stort overforbruk av keisersnitt, andelen var henholdsvis 33 % og 27 %. Det konkluderes med at keisersnitt bare bør gjøres på medisinsk indikasjon og at høye rater ikke nødvendigvis indikerer bedre perinatal omsorg, men tvert imot kan være skadelig (7, 8). To viktige årsaker til at maternell mortalitet øker er blant annet blodpropp og infeksjoner. Sjansene for å dø etter et planlagt keisersnitt er 2,84 ganger større enn ved vaginal fødsel (7). Det hender at det tilkommer kutt i blære eller tarm og en del kvinner opplever arrdannelse som skaper langvarige smerter og mer komplikasjoner ved eventuelt senere inngrep (7, 9). Også ved planlagte keisersnitt er helserisikoen øket i forhold til ved vaginale fødsel. Forskning fra Canada viser at kvinner med elektivt keisersnitt på grunn av seteleie hadde en komplikasjonsforekomst som er høyere enn ved vaginale fødsler (10). Det samme viser en nederlandsk studie som finner at fire av 8500 kvinner døde etter planlagt keisersnitt pga seteleie, noe som gir en dødelighet på 47/100.000 (11) til sammenligning er dødeligheten i hele populasjonen av fødende i Norge pr år 7/100.000 (12). Selv planlagte keisersnitt i et høyteknologisk land som Norge har vist å gi mer komplikasjoner enn vaginal fødsel; 16,3 % av de som ble forløst med planlagt keisersnitt opplevde komplikasjoner (9, 13). WHO's multisenterstudie fra 2008 viser at den maternelle mortalitets og morbiditetsindeksen ligger mellom 2.7 og 14,5 ganger høyere ved keisersnitt (både planlagte og akutte) enn ved spontan vaginal fødsel (8).

Undersøkelser viser at barn som er forløst med keisersnitt har mer pustebesvær og økt risiko for overflytning til nyfødtavdeling rett etter fødsel. De er mer utsatt for astma, allergi og mageinfeksjoner senere i livet (7, 14). Nyere forskning viser også at forekomsten av den kroniske sykdommen cøliaki er øket i gruppen med keisersnittforløste (15). Sjansene for ikke å bli ammet eller ammes kortere periode er økt hos keisersnittbarn, med de negative konsekvenser i form av økt sykkelighet dette kan medføre (10).

1.3 Kvinnens mentale helse

Keisersnitt kan påvirke kvinnens mentale helse negativt og dermed også få negative konsekvenser for barnet og familien. En del blir skuffet hvis fødselen ender med keisersnitt og oppgir depresjon og manglende tilknytning til barnet som konsekvenser av dette (16). Depresjon kan også oppstå når fødselen blir en større påkjenning enn forventet. I følge den norske helse og levekårsundersøkelsen fra 2005, har mellom 10 og 15 prosent av nybakte mødre symptomer på angst og depresjon (17).

En undersøkelse av 1111 svenske kvinners fødselsopplevelse viser en signifikant sammenheng mellom operative forløsninger som tang, vakum eller keisersnitt, og en negativ fødselsopplevelse (18). En annen prospektiv longitudinell studie med 272

førstegangsmødre viser at de med spontan fødsel opplever en bedring i stemningsleie etter fødsel, sammenlignet med sent i svangerskapet, mens de som opplevde vaginal instrumentell forløsning opplevde en liten senkning i stemningsleie, men en bedring i selvfølelse. De med keisersnitt opplevde nedgang både i stemningsleie og selvfølelse (19).

Traumatiske fødsler, ofte operative eller kompliserte, kan utløse post traumatisk stress syndrom (PTSS) hos nybakte mødre. I en studie på 53 kvinner etter akutt keisersnitt rapporterte noe over halvparten om intens frykt for sitt eget eller barnets liv. Studien konkluderer med at selv om kvinnen er glad for å få et friskt barn, kan negative følelser som frykt, skyld og sinne dominere fødselsopplevelsen (20). De samme forskerne gjorde en studie på om akutt keisersnitt ble opplevd som traumatisk og fant at 19 av 23 deltagere opplevde operasjonen som traumatisk. Ingen hadde fullt utviklet PTSS, men åtte hadde symptomer på ”posttraumatic intrusive stress reactions” (21).

En tverrsnittstudie finner en prevalens på 1,7 % tilfeller av PTSS blant 1640 kvinner som fødte i løpet av et år, mens en prospektiv studie finner en insidens på 1,5 % et halvt år etter fødsel (22, 23). Med en slik forekomst vil det årlig i Norge oppstå 900 nye tilfeller av kronisk PTSS, det vil si: persisterende symptomer i mer enn et halvt år etter fødsel. Dette utgjør et alvorlig helseproblem, spesielt fordi det så lenge etter fødsel er dårlig prognose for helbredelse (24).

1.4 Barnets mentale helse

Hvis mor er deprimert, kan dette få konsekvenser for barnets helse. Mødrene gir barnet langsommere og mindre positiv respons. Dersom morens depresjon består til barnet er ett år kan det påvirke barnets vekst og utvikling negativt (25). For spedbarnet kan dette medføre uro, utviklingsforstyrrelser og utrygg tilknytning. Ettersom barnet blir eldre kan det lide av selvreguleringsvansker, lav stresstoleranse og lære- og adferdsvanskeligheter. Senere i livet kan det slite med lav selvfølelse og dårlig sosial kompetanse (26). Hvor alvorlige konsekvensene blir, avhenger av den sosiale sammenheng både mor og barn er en del av. Personlige egenskaper hos begge, samspillet mellom dem og sosiale, økonomiske og kulturelle faktorer påvirker i hvilken grad morens psykiske problemer skal få negative konsekvenser for barnet (27).

Operative forløsninger, spesielt keisersnitt, men også i noen grad vaginale operative forløsninger, kan som vist ovenfor ha en negativ innvirkning på nybakte mødres mentale helse, noe som kan få negative ringvirkninger for barnet og den øvrige familien. Økningen av inngrep innen fødselshjelpen kan dermed gi langsiktige uheldige virkninger på befolkningens mentale helse og utgjør dermed et viktig folkehelseproblem.

1.5 Sosioøkonomiske konsekvenser - det samfunnsmessige perspektivet

Keisersnitt er langt dyrere enn vaginal fødsel og en betydelig økonomisk påkjenning for et hvert lands økonomi (8, 14). I USA er mer enn 25 % av alle sykehusinnleggelser relatert til svangerskap og fødsel og koster samfunnet 15 milliarder dollar hvert år. Mer enn halvparten av disse keisersnittene er uten medisinsk indikasjon og resulterer i om lag 2500 ekstra infeksjoner og 1,1 millioner ekstra innleggesdøgn (28)

Hvert åttende barn i utviklingsland blir født med keisersnitt (4). Dette er en spesielt stor økonomisk belastning i fattige land. For hver prosents økning i keisersnittraten i et utviklingsland øker kostnadene med 350 millioner US dollar. Disse pengene kunne vært bedre anvendt på helseforbedrende tiltak for større lag av befolkningen (7).

Antibiotikabruken øker proporsjonalt med antallet keisersnitt (7) og med dette sjansen for utviklingen av multiresistente bakterier og den trussel det innebærer for folkehelsen.

På nasjonalt nivå har Stortingsmeldingen "En gledelig begivenhet" fastslått at normal fødsel skal foretrekkes ved ukompliserte svangerskap og keisersnitt forutsetter god faglig begrunnelse (29). Ved å påføre kvinner unødvendige keisersnitt fratar man mange en positiv opplevelse. Fødselslegen Marsden Wagner mener dette får negative konsekvenser også for samfunnet: *"Showing women - half of all people - that they are inferior and inadequate by taking away their power to give birth is a tragedy for all society. Respecting the woman as a valuable human being and making certain that the woman's experience while giving birth is fulfilling is not just a nice extra, it is absolutely essential, as it makes women strong and therefore makes society strong"* (30).

1.6 Keisersnitt på kvinnens eget ønske

Økningen i planlagte keisersnitt forklares på flere måter i moderne forskning; at hver kvinne får færre barn medfører at det et blir flere førstegangsfødende, disse er som gruppe mer utsatt for keisersnitt. Videre øker antall gravide med høy alder, høy body mass index (BMI) og tidligere keisersnitt, grupper som også har økt risiko for keisersnitt. En svensk undersøkelse som ser på indikasjoner for keisersnitt i perioden 1992-2005, da keisersnittprosenten økte fra 11 til 20, finner at hovedindikasjonen for elektive inngrep har skiftet fra feilinnstilling til eget ønske og keisersnitt uten medisinsk indikasjon (31).

Keisersnitt på eget ønske brer om seg i den ikke-vestlige del av verden (7, 32). En oversiktsartikkel som gjennomgår 17 artikler om emnet, viser en andel av eget ønske mellom 0,3 og 14 % på verdensbasis (33). Ifølge Kolås et al's studie publisert i 2003 ble hvert femte keisersnitt i Oslo utført fordi den gravide ikke ønsker å føde vaginalt (34). I forskning fra Norden publisert i 2009 og 2002 er andelen av gravide som blir spurt om de ville velge keisersnitt hvis de stod fritt til å bestemme 8 -10 % (35, 36).

1.7 Årsaker til ønske om keisersnitt

De finske forskerne Saisto og Halmesmaki har gjort flere studier på fødselsangst. De hevder at 6 -10 % av alle gravide lider av alvorlig fødselsangst som påvirker dem i dagliglivet i form av mareritt, fysiske plager og vanskeligheter med å fokusere på jobb og familie. Ofte resulterer denne angsten i et ønske om keisersnitt. De anslår at eget ønske keisersnitt står for mellom 7 og 22 % av alle keisersnitt i England, Sverige og Finland. Forskerne hevder at det brukes mye tid på å diskutere kvinners rett til å bli forløst med keisersnitt på grunn av eget ønske, mens det fokuseres for lite på å forstå årsakene til at man ikke tør å føde og hvordan man kan hjelpe dem som har fødselsangst. De viser til vellykkede prosjekter i Finland og Sverige der mer enn halvparten av de som ønsket keisersnitt ombestemte seg og fødte etter samtaleterapi (37). Det vises til noen av disse prosjektene senere i oppgaven.

Blant kvinner som ber om keisersnitt er det vanligere å ha opplevd vanskeligheter tidligere i livet, både på det psykiske, fysiske og sosiale plan. De er ofte eldre enn 35 år, har tidligere opplevd keisersnitt, en tidligere negativ fødselsopplevelse eller komplikasjoner i svangerskapet. De har oftere innvandrerbakgrunn, lav utdanning, lav inntekt, er røykere og har mer depressive symptomer før fødsel. Flere har opplevd aborter, infertilitet og dødfødsler (36-39). En del har også opplevd overgrep (24, 40). I denne gruppen er det mer vanlig med PTSS eller alvorlig angst som kommer til uttrykk ved mangel på tillitt til helsepersonell, eller i svært detaljerte ønskebrev for fødsel (24).

Den svenske jordmoren Ingela Wiklund tok i 2009 doktorgrad på førstegangs fødende som ønsker keisersnitt (10). Hun sammenlignet en gruppe som ble forløst med keisersnitt etter eget ønske med en gruppe som hadde planlagt vaginal fødsel. Hun fant at de med keisersnitt skårer sin egen helse som dårligere enn de som ønsker vaginal fødsel. Når de ble bedt om å beskrive sin personlighet, kom det fram at de i større grad er monotoniunnvikende dvs. de tåler ensformighet dårligere. De sa de har færre nære relasjoner til andre mennesker. De utrykte også mer tillit til legene enn de som ønsket vaginal fødsel, tilliten til jordmødre var lik i begge grupper. De som fødte med eget ønske keisersnitt var signifikant reddere og mer bekymret for at barnet skulle dø enn de med vanlig fødsel, 43,4 % hadde klinisk signifikant fødselsangst mot 13,2 % i vanlig fødselgruppen (10). Forskeren så også nærmere på de 12 % som endte med akutt keisersnitt og fant at de i større grad var eldre enn 35 år og skåret seg selv som mer utålmodige og oftere kjente seg syke og trøtte (41). Forskning viser at angst i svangerskapet er assosiert med negative utfall som dystosi, langvarig fødsel og økt risiko for akutt keisersnitt (42, 43).

En del kvinner som ber om keisersnitt er ofte ambivalente, de ønsker egentlig ikke en operasjon, skulle helst ha født vaginalt, men vet ikke om de våger (44).

I en doktorgradsavhandling av Tone Kringeland basert på ”Den norske mor barn studien”, ble 55 000 gravide i svangerskapsuke 30 spurt om foretrukket forløsningsmåte. Ti prosent av kvinnene i denne undersøkelsen ønsket å bli forløst med keisersnitt. Gravide med problemer med egen helse eller bekymring for barnets helse,

alder over 35 år, IVF (prøverørsbefruktning) og kvinner som hadde vært utsatt for overgrep, samt de som opplevde depresjon, angst og problemer i parforhold eller andre negative livshendelser ba i større grad om keisersnitt. Et slikt ønske er vanligst for andregangsfødende og minst vanlig blant de som ikke har født før (35, 45, 46).

Keisersnittønske forklares for en stor del med en negativ opplevelse av første fødsel, noe også annen forskning påpeker (38, 47, 48). Akutte keisersnitt er en sterk prediktor for negativ fødselsopplevelse (38) og tidligere keisersnitt er en prediktor for ønske om keisersnitt ved neste fødsel (49).

1.8 Fødselsopplevelse

Wiklund finner i sitt doktorgradsprosjekt at de med planlagt keisersnitt på eget ønske hadde den beste fødselsopplevelsen, både to dager og tre måneder etter fødsel. De som hadde dårligst opplevelse var de som endte med akutt keisersnitt, etterfulgt av de som endte med operativ vaginal fødsel. Eget ønske kvinnene ammet signifikant kortere enn de øvrige. Det var ingen forskjell i forekomsten av postpartumdepresjon (10).

I Kringelands studie ønsket 72 prosent en så naturlig fødsel som mulig, det vil si uten inngrep eller kjemisk smertelindring. Kun 47 prosent oppnådde dette. En stor andel førstegangsfødende fikk ikke oppleve den fødsel de ønsket på grunn av utstrakt bruk av intervensjoner, blant annet akutte keisersnitt. Dette gjorde dem mer utsatt for å oppleve fødselen negativt eller traumatisk og ytre ønske om keisersnitt neste gang. Kun 29 % av de som i utgangspunktet ønsket en naturlig fødsel oppnådde dette. Positive erfaringer fra forrige fødsel, å ha født mer enn et barn tidligere, være førstegangsfødende eller rapportere positivt i forhold til visse intrapsyriske fenomen er signifikant assosiert med å ønske naturlig fødsel.(35)

En svensk prospektiv studie undersøkte fødselsopplevelse hos lavrisikokvinner ved spørreundersøkelse i svangerskapet og etter fødselen. I svangerskapet spurtes det etter visse sosioøkonomiske og psykologiske variabler. To måneder etter fødsel ble deltagerne spurt om fødselsopplevelse. Det framkom at inngrep i fødsel som induksjon, vakum, tang, akutt keisersnitt, ristimulering, langvarig fødsel og å få et sykt barn er assosiert med negativ fødselsopplevelse. Det ble også sett på ”Locus of control”, som betyr om kvinnen selv følte hun hadde ansvar og kontroll over egen helse eller om dette ansvaret lå primært hos andre, for eksempel helsepersonell. Man fant ingen sammenheng mellom denne faktoren og fødselsopplevelse. (18)

Langvarig fødsel gjør de fødende mer utsatt for operative inngrep og komplikasjoner som rifter, blødninger og asfyktiske barn. Langsom framgang ble opplevd som negativt, men enda mer negativt var ristimulering (18). Andre undersøkelser har vist at langsom framgang opplevdes mer negativt enn ristimulering (50). Det var flest førstegangsfødende blant de kvinnene som opplevde fødselen negativt. Jordmors støtte var en signifikant faktor, der de med positiv opplevelse skåret denne høyest. Kvinner med høy somatisk angst (distress, panikkanfall) hadde dårligere opplevelse. Negativ fødselsopplevelse var derimot ikke relatert til psykisk angst (uro, bekymring osv). Angst

og smerte var assosiert med negativ opplevelse, mens å være involvert i fødselen og føle støtte fra jordmor var assosiert med positiv opplevelse (50).

En intervjustudie med kvinner som hadde primært ønske om keisersnitt, men som ombestemte seg og fødte med kjent jordmor, viste at dårlig kommunikasjon og å føle seg lite ivaretatt var viktige bidrag til negativ fødselsopplevelse og ønske om keisersnitt neste gang (51).

Fødselsangst og tidligere keisersnitt er assosiert med komplisert forløsning, det var økt forekomst av akutte keisersnitt i denne gruppen (42, 52). Det er av betydning å fange opp kvinner som er redde for å føde tidlig i svangerskapet og gi dem mulighet for å bearbeide angsten (45, 47).

Det er viktig å forstå hvilke faktorer som kan gi en negativ fødselsopplevelse og i neste omgang utløse et ønske om keisersnitt. Senere i oppgaven vil det drøftes hvordan disse faktorene kan forebygges.

Gravide som ved forrige fødsel ønsket å føde vaginalt ber som regel ikke om keisersnitt fordi de ønsker seg en operasjon, men fordi de er redde for at hendelser fra forrige fødsel vil gjentas. En spørreundersøkelse blant kvinner med en tidligere vaginal fødsel og et keisersnitt viste at de i stor grad ville fortrekke vaginal fødsel ved en eventuelt tredje fødsel, uavhengig av om keisersnittet var deres første eller andre fødsel (53). En vellykket, positiv fødselsopplevelse kan også ha en helende effekt på et traume oppstått under en tidligere fødsel (24).

Det er flere måter å hjelpe dem som er redde for å føde, for eksempel ved bearbeidende samtaler og tilbud om kontinuerlig oppfølging i svangerskap og fødsel. Det viktige er å styrke kvinnen i troen på at hun kan mestre en fødsel og hjelpe henne til å redusere angsten, slik at hun kan glede seg over svangerskapet og er i stand til å mestre fødselen på en trygg måte. Gravide er i en spesiell livsfase, de er spesielt sensitive og åpne for å kunne ta seg av barnet på en god måte, dermed er de også mer åpne for å gjøre endringer og å ta i mot veiledning. De er også i en regressiv prosess der de kan kjenne igjen tidligere reaksjonsmåter og reflektere over tidligere relasjoner, noe som vil kunne åpne opp for endring og personlig vekst (54).

For å legge forholdene til rette for en optimal tilknytning mellom mor og barn og en mest mulig ukomplisert fødsel, er det avgjørende at kvinnen får hjelp til å bearbeide angst i svangerskapet. Forskning tyder på at fødselsangst gir økt risiko for langvarige fødsler og hastekeisersnitt (42, 43, 52). Det er, som nevnt tidligere, forskning som viser at fødselsangst er forbundet med negativ påvirkning av ammingen, mor barn tilknytningen og postpartumdepresjon (16, 55).

1.9 Tiltak for å hjelpe kvinner med fødselsangst

Ved fødeavdelingen i Tromsø får gravide med fødselsangst og keisersnittønske samtaleterapi med jordmødre med spesialutdanning i psykisk helse. I et forskningsprosjekt ved dette sykehuset fikk pasientene mellom fire og fem samtaletimer

hver. Av totalt 164 gravide som hadde fødselsangst, ba 86 om keisersnitt. Tidligere traumatisk fødsel, tidligere angst, depresjon og alvorlig fødselsangst ga øket risiko for et ønske om keisersnitt. 86 % ombestemte seg etter samtale og gikk inn for vaginal fødsel. Forskerne hevder at for å gå bort fra et ønske om keisersnitt er det av avgjørende betydning å bli hørt, tatt på alvor og få anledning til gjenopprette tillitt til helsepersonell og bevisstgjøring av psykiske problemer som forårsaket fødselsangsten (47).

En svensk studie beskriver 72 kvinner som var henvist til en psykosomatisk poliklinikk på grunn av alvorlig fødselsangst. Disse ble sammenlignet med matchede kontroller uten fødselsangst. Alle i intervensjonsgruppen gikk til samtaler hos psykosomatisk gynekolog og de som ble vurdert å kunne dra nytte av det fikk psykoterapi i tillegg. Femtito kvinner ønsket i utgangspunktet keisersnitt på grunn av fødselsangst og 22 ombestemte seg etter intervensjonen. På tross av terapien opplevde kvinnene med fødselsangst svangerskapet mindre positivt enn en kontrollgruppe uten fødselsangst. De hadde dårligere psykisk velvære, var mer bekymret for helsen sin og følte seg dårligere forberedt til fødsel, men opplevde selve fødselen som like positiv som og på noen måter mer positivt enn referansegruppen uten fødselsangst. Dette gjaldt også for dem som hadde gått bort fra keisersnittønsket og fødte vaginalt. Kvinnene i fødselsangstgruppen rådet i større grad enn de i kontrollgruppen helsepersonell til å ta gravidens bekymringer alvorlig, samt å bygge opp tillitt og å støtte de fødende (56).

En finsk randomisert kontrollert studie fra 2001 deler 176 kvinner henvist på grunn av fødselsangst inn i to grupper; en gruppe fikk rutinemessig behandling og en fikk kognitiv terapi og samtaler om tidligere opplevelser hos psykoterapeut, her inngikk tilbud om samtale med jordmor. Det var halvparten første og flergangsfødende i hver gruppe. Begge fikk samme type skriftlig informasjon. Det var 68,2 % i intensivgruppen og 64,8 % i den konvensjonelle gruppen som ønsket keisersnitt ved oppstart av terapien. Like mange - 62 %, ombestemte seg i begge gruppene. De i intensivgruppen som tok i mot tilbudet om å snakke med jordmor ombestemte seg i signifikant større grad enn dem som ikke tok i mot dette tilbudet (10 % ønsket keisersnitt, mot 35 % blant de som ikke snakket med jordmor). En annen signifikant forskjell var at intensivgruppen hadde færre svangerskapsrelaterte bekymringer og signifikant kortere fødselsforløp (57).

De samme forskerne gjorde en ny studie fem år senere, der de sammenligner to grupper førstegangsfødende med fødselsangst. De ble skåret til å ha samme angstnivå ved studiens start. Den ene gruppen fikk konvensjonell terapi bestående av to konsultasjoner med fødselslege. I intensivgruppen fikk de fem konsultasjoner med psykolog, hvorav en sammen med jordmor. Det ble lagt vekt på å diskutere følelser knyttet til fødsel og foreldrerolle og å gjøre avslapningsøvelser til bruk i fødselen. Etter behandlingen ønsket signifikant flere å føde vaginalt i intensivgruppen (82 % mot 67 %) og disse deltagerne skåret effekten av samtalegruppene til gjennomsnittlig 8,5 på en skala fra 1 til 10. Når det gjaldt å minske fødselsangsten, la deltagerne i intensivgruppen dobbelt så stor vekt på nytten av å få dele følelser som å motta informasjon (58).

Ved fødeavdelingen på Rogaland sykehus har gravide med keisersnittønske blitt tilbudt kjent jordmor, dvs. at de på forhånd gikk til samtale hos og ble kjent med den jordmoren som skulle ta i mot barnet. En del ombestemte seg og ønsket vaginal fødsel og fikk positive fødselsopplevelser. To forskere har intervjuet 13 av disse kvinnene i en

kvalitativ undersøkelse. Resultatet ble tolket med innholdsanalyse. Hovedtemaet var kvinnens råderett over svangerskap, fødsel og barseltid som et middel til å bevare sin verdighet. Når det gjaldt fødselsangsten og kontinuiteten i jordmoroppfølgingen var det sentralt for de fødende at både de selv og jordmoren var klar over hva som lå til grunn for angsten deres. Det går igjen i intervjuene at det derfor var vesentlig at jordmoren kjente dem fra før. Det var viktig å bli bekreftet av jordmoren og bli behandlet med verdighet. Et annet viktig tema var å være forberedt til fødsel, her inngikk ønsket om å være involvert via en personlig fødselsplan og bli veiledet av en kjent jordmor. Kvinnene rapporterte at det nære samspillet med jordmødrene økte deres selvfølelse og evne til å mestre vanskeligheter ellers i livet. De følte at å mestre fødselsangsten og fødselen ga dem personlig vekst. Selv de som endte med akutt keisersnitt opplevde å mestre fødselen bedre enn tidligere operative forløsninger (51).

1.10 Folkehelse

Som vist innledningsvis er keisersnitt årsak til både fysisk, psykisk og sosial uhelse hos mødre og barn både på kort og lang sikt. Keisersnittepidemien påvirker helse både på individnivå og på gruppenivå ved at folkehelsen påvirkes i større populasjoner. Den raske og betydelige økningen i bruken av keisersnitt globalt er som tidligere nevnt beskrevet som en epidemi (8, 59, 60). Bhopal forklarer hvordan helsekonsekvensene er mer alvorlige for grupper enn individer når man ser på det epidemiologiske aspektet: *”epidemiological conclusions are directly applicable to the groups studied, but only indirectly to individuals. The disease and risk factor patterns in populations are more than the sum of measures in the individuals comprising the population”*(61).

Den økende forekomsten av keisersnitt uten medisinsk indikasjon utgjør således et økende folkehelseproblem. Keisersnittepidemien er et godt eksempel på et folkehelseproblem hvor det er lettere å få øye på de uheldige helsemessige konsekvenser på gruppenivå enn på individnivå. Når en gravid ber om keisersnitt uten medisinsk indikasjon, kan det være den enkleste utveien for den enkelte lege og gravide og bli enige om keisersnitt i hennes tilfelle. Kvinnen blir fornøyd og legen løser problemet der og da. Sannsynligvis vil kvinnen og barnet klare operasjonen uten alvorlige komplikasjoner. Hvis noe skulle oppstå, vil hun muligens ha større toleranse for dette da hun selv har bedt om operasjonen. Når man ser avgjørelsen i større perspektiv blir derimot konsekvensen mer langtrekkende og alvorlige. Som vist tidligere er moren og barnet mer utsatt for uhelse spesielt på lengre sikt (7, 14, 15). Fremtidige barns helse blir også utsatt for risiko, da det er vanligere med kompliserte svangerskap når mor har et eller flere keisersnitt fra før (3).

Videre må man se på signaleffekten til kommende generasjoners fødende og fødselshjelpere. Desto flere kvinner i dag som blir forløst med keisersnitt, desto mer alminnelig og enklere blir det både å be om og å innvilge fremtidige keisersnitt, uten at de helsemessige konsekvensene tas med i vurderingen. For helsevesenet og helsebudsjettet betyr dette langt dyrere behandling, mer pleietrengende pasienter og lengre liggetid (8, 28).

Den fertile del av den kvinnelige befolkning blir sykeliggjort med denne utstrakte bruk av operasjoner uten medisinsk indikasjon. I svangerskap etter keisersnitt oppstår oftere komplikasjoner, det kreves oftere legekontroller og medisinsk overvåkning i svangerskapene og inngrep under fødslene. Forekomsten av både planlagte og akutte keisersnitt er langt høyere hos dem med tidligere keisersnitt. I følge tall fra Medisinsk fødselsregister var det i 2010-2011 50 % keisersnitt i gruppen som tidligere er forløst med keisersnitt, når elektive og akutte regnes under ett (62).

Under mer ustabile sosiale og helsemessige forhold, som for eksempel i krigsområder der helsetjenester blir nedlagt, kan det å være gravid etter et eller flere keisersnitt være direkte livstruende. Både barn og kvinner kan dø hvis de ikke får tilgang på sykehus eller fødselshjelp under fødsel. Dessverre har land med slike politiske situasjoner begynt å overta vestlig praksis og gjøre mange keisersnitt. Dette skjer i flere land i Afrika, blant annet Kongo, der både fødende og foster mistet livet på grunn av livmorrupatur da sykehus ble stengt under krig og fødende med tidligere keisersnitt ikke fikk nødvendig medisinsk hjelp (63).

WHO's to store multisenterstudier konkluderte med at en medisinsk behandling som har effekt når den brukes på syke individer kan gjøre mer skade enn nytte anvendt på friske befolkninger (7, 8). Å forløse friske barn og kvinner med keisersnitt kan sammenlignes med å gi bredspektret antibiotika ved alle infeksjoner, det får lite bivirkninger for det enkelte individ der og da, men på populasjonsnivå og over tid er helsekonsekvensene langt mer alvorlige.

Folkehelsevitenskap er studier av hvordan faktorer i omgivelsene påvirker helse (6). Å velge keisersnitt som forløsning uten medisinsk indikasjon kan få vidtrekkende helsekonsekvenser. Et slikt valg kan også være en konsekvens av hvordan individet opplever sin egen helse. Dette belyses nærmere senere i oppgaven.

1.11 Health promotion og individets helseressurser

Under betegnelsen "health promotion" ligger forebyggende og helsefremmende arbeid, definert av WHO som: *"the process of enabling people to increase control over, and to improve their health."* (6). Å skape tiltak som hjelper kvinner med fødselsangst til å bli trygge nok til å føde kan beskrives som helsefremmende tiltak. Det er av betydning å evaluere slike tiltak og bevisstgjøre betydningen av dem. Health Promotion må også foregå på individnivå (64).

Jordmorsamtalene på poliklinikken inneholder informasjon om komplikasjoner og ulemper ved keisersnitt, både skriftlig og muntlig i form av health education (65). Målet er å øke kvinnens "health literacy", dvs. *"the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health"* (6). Målet er "health literacy" på "kritisk nivå", dvs. kvinnen er i stand til å selv kritisk vurdere informasjonen og ta helsemessige, informerte valg (65).

Jordmødrene ønsker å bidra til empowerment hos fødekvinnen for å gi henne tro på evnen til å kunne gjennomføre en vellykket vaginal fødsel. Naidoo og Wills definerer empowerment som *"an approach which attempts to enhance health or prevent disease through the provision of information, the development of self-efficacy and skills to put knowledge into practice and the opportunity to take control over one's life"* (66).

"Health believe modell" beskriver teorien om "Health Locus of Control" som sier noe om hvor individet opplever at ansvaret for og kontrollen over egen helse ligger. Ved intern locus, opplever individet selv å ha hovedansvaret for og kontroll over egen helse. De som opplever eksternt locus of control mener at ansvaret for og kontrollen for helsen deres primært ligger hos andre, for eksempel helsepersonell eller skjebnen. Locus of control er vist å ha innvirkning på om individer endrer adferd, for eksempel slutter å røyke, og har også innvirkning på hvordan de ønsker helsepersonell skal kommunisere med dem. Hvis en person med en ekstern Locus of control blir oppmuntret av helsepersonell til å endre livsstil, er det mindre sannsynlig at endringen vil finne sted fordi personen mener dette ansvaret eller kontrollen ikke ligger hos henne. En person er ikke nødvendigvis alltid eksternt eller internt rettet (67). I diskusjonsdelen vil resultatene drøftes i lys av denne teorien.

Mestring ansees å være en viktig komponent i helse på individplan. Lazarus definerer mestring slik: *"Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person"* (68). Flere studier referert til i denne oppgaven viser at kvinner som ønsket keisersnitt definerte egen helse som dårligere enn kontrollgruppene (10, 35) Blant dem med tidligere negativ fødselserfaring var det vanlig å ha opplevd liten deltagelse og kontroll dvs. lav grad av mestring (44, 50)

Forskeren Anton Antonovsky var opptatt av hva som gjorde at enkelte individer takler stress og bevarer sin helse der andre blir syke. Han legger vekt på salutogenese, det vil si: hvilke faktorer som bevarer helse framfor hvilke som gir sykdom. I den forbindelse har han skapt begrepet: Følelse av sammenheng, eller Sense of Coherence (SOC), bestående av tre elementer; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripeligheten betyr at indre og ytres stimuli er forståelige, lar seg forutsi eller forklare. Situasjonen oppleves som håndterbar når individet opplever at det rår over de ressurser som trengs for å møte de krav som stilles. Disse ressursene kan være individets egne eller kontrolleres av andre. Disse andre kan være pårørende eller helsepersonell, som man føler man kan regne med og stole på. Meningsfullheten består i delaktighet i de prosesser som skaper ens skjebne og daglige erfaringer. Livets krav blir betraktet som meningsfulle utfordringer det er verdt å engasjere seg i (69). Høy SOC er en sterk indikator for stabil følelse av velvære under svangerskap, fødsel og i barseltiden, mens lav SOC øker sannsynligheten for å oppleve en fødsel som traumatisk (70, 71).

En vaginal fødsel etter en tidligere traumatisk eller angstfylt fødsel kan oppleves som en situasjon der fødekvinnen føler at hun ikke rår over tilstrekkelige ressurser til å mestre denne. Det kan tenkes at den forrige fødselen var forbundet med lav følelse av begripelighet; man forsto ikke hva som forgikk, og liten meningsfullhet i form av at man følte seg lite delaktig i det som skjedde. Angst og påfølgende ønske om keisersnitt for å unngå en lignende opplevelse blir resultatet. Et tilbud om samtaler og oppfølging

av kjent jordmorteamet, der tidligere fødsel bearbejdes og neste forberedes, kan føre til at noen gravide med keisersnittønske får økt SOC, som medfører at de føler situasjonen kan bli så håndterbar at de ombestemmer seg og ønsker vaginal fødsel. De jordmødrene den fødende og hennes partner blir kjent med i svangerskapet, og som vil følge dem gjennom fødselen, kan bidra med ressurser til å takle fødselen (håndterbarhet). Samtalene vil øke følelsen av begripelighet og meningsfullhet både i forhold til forrige og forestående fødsel.

2. MÅLSETNING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

2.1 Eget ønske keisersnitt på Oslo Universitets Sykehus - Rikshospitalet

Rikshospitalets fødeavdeling hadde i 2009 ca 2200 fødsler i året, hvorav den totale keisersnittandelen lå på ca 25 %, mens landsgjennomsnittet lå på ca 17 % (5, 62). Årsaken til at Rikshospitalet ligger såpass mye høyere enn landsgjennomsnittet kan delvis forklares med stor andel keisersnitt på eget ønske, i tillegg til at sykehuset har landsdekkende funksjoner for en gruppe alvorlig syke kvinner eller alvorlig syke barn. Ved en gjennomgang av alle keisersnitt i 2007 fant man at 135 kvinner, dvs. 25 %, ble operert på indikasjonen eget ønske, noe som tilsvarer ca 6 % av alle fødsler ved Rikshospitalet dette året.

2.2 Jordmorsamtaler og oppfølging av kjent jordmor

Siden 2006 har Kvinneklubben tilbudt jordmorsamtaler til gravide med angst og uro rundt forestående fødsel. Jordmødrene med kompetanse i empatisk kommunikasjon har hatt de fleste av samtalene. Det har vært brukt en narrativ metode, dvs. at man forsøker å la kvinnen uforstyrret fortelle om bakgrunnen for fødselsangsten eller uroen og reflektere over de følelser og tanker hun har rundt denne. Man forsøker å komme fram til hva som ligger bak fødselsangsten og om det er noe som kan gjøres for å avhjelpes denne. Ofte presenterte de som kom til samtalene et ønske om keisersnitt, da det å skulle føde virket angstskapende. Det var imidlertid en del som ved hjelp av samtaler og et eget opplegg for oppfølging etter hvert gikk bort fra ønsket om keisersnitt og ønsket å føde vaginalt.

I hovedsak havnet de gravide i tre grupper etter endt samtaleterapi. En oppsummering av samtalevirksomheten i 2006 viste at om lag 25 % gikk inn for å føde vaginalt etter at de fikk snakket om sin uro for fødsel og det ble laget en plan for fødsel i deres journal (fødselsplangruppen). Den andre gruppen bestående av ca 35 % av de gravide gikk inn for vaginal fødsel når de på forhånd ble kjent med jordmor som kom til å være tilstede

under deres fødsel, dvs. såkalt kjent jordmoropplegg (heretter kalt: kjent jordmorgruppen). Den tredje gruppen (ca 40 %) holdt fast ved sitt ønske om keisersnitt og ble forløst slik (heretter kalt: keisersnittgruppen).

Denne oppgaven vil fokusere på andregangsfødende i keisersnittgruppen og kjent jordmorgruppen i perioden 2006-2010. Mange av de som kom til samtale på Kvinneklinikken med ønske om keisersnitt hadde fått angst for å føde gjennom en tidligere traumatisk fødsel. De oppga liten tillitt til egen fødeevne og/eller helsepersonells evne til å kunne hjelpe dem trygt gjennom en fødsel. Ofte hadde de blitt akutt operativt forløst eller opplevd fødselen som svært lang, smertefull og slitsom. Under jordmorsamtalene fikk den gravide og hennes partner i så stor grad som mulig sine ønsker for fødsel skrevet inn i en fødselsplan. Det dreide seg ofte om at fødselen ikke skulle ta for lang tid, jordmors tilstedeværelse og bruk av smertelindring. Å skrive denne planen sammen med de jordmødre som skulle være med under fødselen var med på å øke tryggheten og gjenopprette troen på at en vaginal fødsel skulle være mulig å gjennomføre. Forskning viser at samtaleterapi og plan eller kontrakt for neste fødsel kan være til hjelp (47). En psykoterapeut som arbeidet med kvinner med PTSS etter traumatisk fødsel, peker på at en ny fødsel kan ha en terapeutisk effekt på et psykisk traume oppstått etter en tidligere negativ fødselsopplevelse (24).

2.3 Målsetning

I denne studien ønsket man å finne svar på:

1. Hvordan var forekomsten av fødselskomplikasjoner ved første fødsel blant alle kvinnene i undersøkelsen samlet sett, sammenlignet med gjennomsnittspopulasjonen av førstegangsfødende.
2. Hvor mange andregangsfødende kom til jordmorsamtale ved Kvinneklinikken, Rikshospitalet, med ønske om keisersnitt i årene 2006-2010 og fikk tilbud om kjent jordmor? Hvordan fordelte disse seg i de to gruppene: keisersnitt på eget ønske og kjent jordmor?
3. Hvordan fødte kvinnene i kjent jordmorgruppen?
4. Fantes det forskjeller mellom keisersnittgruppen og kjent jordmorgruppen når det gjaldt fødselsangst før første fødsel, klarhet i keisersnittønsket, helse hos mor og barn i andre svangerskap og inngrep og komplikasjoner ved første fødsel?

Ved denne studien ønsket man å øke kunnskapen om hva som kan utløse et keisersnittønske. Man ønsket videre å se hos hvem dette ønsket er så sterkt at de ikke ønsker å føde, på tross av bearbeidende samtaler og tilbud om på forhånd å bli kjent med den jordmoren som vil forløse barnet.

2.4 Hypotese

Ønske om keisersnitt hos andregangsfødende påvirkes av forhold ved tidligere fødsel og opplevelse av egen og barnets helse. Kjent jordmor under fødsel kan hjelpe noen av disse kvinnene til å ønske vaginal fødsel. Kvinner som fastholder ønsket om keisersnitt på tross av tilbud om kjent jordmor, har opplevd større grad av komplikasjoner under første fødsel og opplever barnets og egen helse som dårligere.

3. METODE

3.1 Forskningsdesign

Det er valgt en kvantitativ tilnærming til dette materialet. Tiltaket ”kjent jordmor” ble opprettet i 2006 og fødselen til de som tidligst ble inkludert i ordningen ligger langt tilbake i tid, mens de som sist ble inkludert fødte for betydelig kortere tid siden. Det vil derfor som nevnt under avsnittet om validitet og recall bias være vanskelig å utføre en kvalitativ undersøkelse i form av for eksempel intervjuer da man vil kunne få recall bias hos noen av deltagerne. På den andre siden kan man si at ved innsamling av objektive data som i denne undersøkelsen får man ikke vite så mye om selve opplevelsen av å ønske seg keisersnitt. Hvis man senere vil lage en intervjuundersøkelse om dette temaet, vil man kunne ha glede av en kvantitativ undersøkelse som denne for å identifisere potensielle faktorer som kan påvirke at keisersnittønske oppstår. Dermed kan man finne aktuelle tema å undersøke nærmere ved dybdeintervjuer, som vil gi økt forståelse av hvordan kvinner med keisersnittønske opplever sin situasjon.

Det er valgt å se bare på dem som fødte sitt andre barn i denne undersøkelsen, fordi de skiller seg fra førstegangsfødende ved at de har erfaring fra en tidligere fødsel og denne erfaringen ligger ofte til grunn for ønsket om keisersnitt. Dette var noe kvinnene i begge grupper hadde felles og gjør gruppene homogene og lette å sammenligne. Andregangsfødende er også den klart største gruppen som kommer til jordmorsamtaler med ønske om keisersnitt. De som har mer enn en fødsel bak seg er ikke tatt med i undersøkelsen, da de kan ha mer ulik bakgrunn som gjør dem vanskeligere å sammenligne med dem som har født kun en gang før. Data er hentet ut fra de elektroniske pasientjournalene, der det blir gjort notater fra jordmorsamtaler og andre konsultasjoner kvinnene har vært til i forbindelse med svangerskap og fødsel. Totalt 129 kvinner som kom til jordmorsamtale med keisersnittønske i perioden fikk tilbud om kjent jordmor. Førtiåtte takket ja og planla vaginal fødsel, mens 81 takket nei og ble forløst med keisersnitt etter eget ønske.

Validitet og generaliserbarhet

Fordelen med å innhente data med kun ja og nei svar og tallvariabler er at man da muligens unngår tolkninger fra forskerens side. Når muligheten for tolkning er til stede kan forskerens forforståelse lettere komme til uttrykk, og mer eller mindre bevisst vil hun kunne komme til å legge vekt på det hun ønsker skal bli resultatet av forskningen. Validiteten vil kunne påvirkes negativt på grunn av denne forforståelsen. Generaliserbarheten vil kunne påvirkes av at kvinner som føder ved Rikshospitalet skiller seg fra landsgjennomsnittet i variabler som for eksempel alder og utdanning. Forekomsten av eget ønske keisersnitt og respons på kjent jordmor tiltaket vil kunne være annerledes i en populasjon med annen sosioøkonomisk bakgrunn.

3.2 Etikk

Det ble i utgangspunktet søkt Regional etisk komité (REK) om å samle både objektive data som diagnosekoder, forløsningsmåte, Apgar score m.m. og subjektive data som uttalelser fra kvinnene om deres fødselsopplevelse som framkommer i journalnotater. Etisk komité svarte at til slik type forskning ville det være nødvendig med skriftlig samtykke fra hver enkelt. Det ville være praktiske problemer knyttet til innsamling av skriftlige samtykker. For det første var tidsaspektet et problem, det er opp til fem år siden noen av disse kvinnene fødte og man kan tenke seg at de ikke husker presis hva som skjedde i forbindelse med samtale før fødsel (recall bias). Utfallet av fødselen kan også ha påvirket deres syn på forløsningsmetode og hvordan de husker samtale før fødselen. I tillegg kan det diskuteres om det er etisk riktig å skrive brev og minne dem om en muligens vanskelig prosess i forbindelse med valg av forløsningsmetode. Dataene er allerede samlet inn og finnes i journalene. Den type opplysninger det her er tale om er ikke personidentifiserbare, slik at taushetsplikt og anonymitet ivaretas.

Et annet problem kan være frafall. De som ikke vil sende sitt skriftlige samtykke tilbake kan være dem man var mest interessert i å få tak i. Det kan tenkes at det er de som er mest negative til tilbudet om kjent jordmor og velger keisersnitt uansett, som faller fra og dermed kan viktig informasjon gå tapt. Man kan få en seleksjons bias som gjør studiens validitet dårligere; man får ikke oversikt over alle som tok stilling til tilbudet om kjent jordmor i perioden og hva som karakteriserer denne gruppen. Gruppen med kjent jordmor ville sannsynligvis bli større enn det den i virkeligheten var, da de som takket ja kan tenkes å ha vært mer velvillige til studien fordi de var positive til å akseptere sykehusets tilbud om hjelp til å føde. Det vil se ut som flere enn det i virkeligheten var takket ja til kjent jordmor. Disse argumentene ble fremført i diskusjon med REK, som i utgangspunktet ville kreve skriftlig samtykke fra den enkelte. Variablene ble også begrenset til kun de objektive man kan hente ut med ja eller nei svar og tallvariabler. REK anså deretter at studien var et kvalitetssikringsprosjekt og innhenting av skriftlig samtykke ikke lenger var nødvendig. De godkjente prosjektet som et kvalitetssikringsprosjekt i april 2011.

3.3 Valg av variabler

Datainnsamling fra journal ble valgt da dette ga lett tilgjengelige og objektive data. Variablene er valgt på grunnlag av et litteratursøk som ble gjort i forkant av studien og presenteres i innledningen av oppgaven. Det ble fokusert på faktorer som annen forskning viser har betydning for utvikling av fødselsangst og keisersnittønske. Dataene er lagt over i dataark der følgende variabler ble undersøkt:

Forrige fødsel:

- fødselsangst før første fødsel
- forløst med tang eller vakum
- tidligere keisersnitt (det skilles mellom akutt, katastrofe, planlagt og eget ønske)
- overflytting til nyfødtavdeling
- lav Apgar dvs. < 7 etter 5 min
- lav pH i navlesnorsblod
- langvarige fødsler (overskrider alert-linjen, dvs <1 cm åpning av livmorhalsen pr time etter diagnostisert fødselstart, her definert som rier og åpning 1 cm eller mer)
- perinealruptur grad 3 el. 4
- blødning > 1000 ml
- truende asfyxi som indikasjon for operativ forløsning
- langsom framgang som indikasjon for operativ forløsning
- var første fødsel på Rikshospitalet
- var fødselen indusert

Nåværende svangerskap:

- kvinnen sier hun vurderer å be om keisersnitt (usikker)
- kvinnen ber om keisersnitt (ja)
- diagnose foster (som ikke er medisinsk indikasjon for keisersnitt)
- diagnose kvinnen (som ikke er medisinsk indikasjon for keisersnitt)
- alder
- antall ultralydundersøkelser

- det ble undersøkt hvordan kvinnene med kjent jordmor fødte. Gruppen ble delt:

1. De med tidligere keisersnitt.
2. De med tidligere vaginal fødsel.

Deretter ble det undersøkt om de skilte seg fra fødende med samme obstetrisk risiko m.h.t. å bli forløst med akutt keisersnitt

Ekskluderte variabler

Variabelen lav pH i navlesnorsblod ble senere ekskludert fra analysen, da man anså at lav Apgar og overflytting til nyfødtavdeling ga tilstrekkelig informasjon om barnets tilstand ved fødsel. IVF graviditet ble heller ikke inkludert i analysen, da det viste seg vanskelig å oppspore kvinnene som var blitt gravide på denne måten pga forskjellige journalsystemer.

3.4 Statistikk og datainnsamling

Forskeren gjennomgikk 300 journaler som hadde diagnosekoder for keisersnitt på kvinnens eget ønske og fant på denne måten 81 kvinner som hadde fått tilbud om kjent jordmor og takket nei. Disse utgjorde keisersnittgruppen. Kvinnene i kjent jordmorgruppen ble funnet i en database for et kvalitetsikringsprosjekt ved Kvinneklinikken. Til sammen ble 348 journaler gjennomgått. Variablene ble kategorisert med ja eller nei og numerisk (ultral lydundersøkelser, alder) fra journalene. Det ble beregnet om det fantes signifikante forskjeller mellom de to gruppene. Det vises også hvor hyppig forekommende enkelte av variabelen er i gruppen som helhet sammenlignet med normalbefolkningen. Forekomsten av inngrep og komplikasjoner under første fødsel ble sammenlignet med tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR). Antallet akutte keisersnitt ved planlagte vaginale fødsler i kjent jordmorgruppen ble sammenlignet med statistikk for hele fødepopulasjonen ved Rikshospitalet. Her ble også data hentet fra fødeavdelingens statistikk i databasen "Robsons 10 grupper" for klassifisering av keisersnitt (72). Det vises til tabeller og figurer som illustrerer dette.

Det ble lagt vekt på minst mulig tolkning ved innhenting av dataene, ved de fleste variablene var dette enkelt å unngå ved at alle hadde oppgitt alder, forløsningsmåte, blødning og lignende objektive data. Det fantes noen få unntak der forskeren måtte lese teksten for å finne ut hva som skulle angis som variabel. Dette gjaldt ved hvor sikker den gravide var på keisersnittønske, her måtte man ut fra teksten se om kvinnen i uttrykte et helt sikkert ønske om keisersnitt, eller om hun virket mer usikker på dette. Den andre variabelen som man måtte lese teksten for å finne og dermed krevde noe fortolkning, var fødselsangst før første fødsel. Selv om kvinnen hadde fødselsangst fra før, er det ikke sikkert gikk frem av journalen i alle tilfellene.

Langsom framgang ble definert etter Rikshospitalets prosedyre som mindre enn en cm åpning pr time i åpningstiden og mer enn en time trykking eller at det er utslettet cervix i mer enn 3 timer.

Når det gjaldt faktorer direkte forbundet med fødsel, som langsom framgang, induksjon og operative inngrep, ble antallet regnet ut fra de som var i gang med fødsel. De med planlagt keisersnitt ble ekskludert fra denne analysen.

Data ble hentet ut fra de elektroniske pasientjournalene og lagt inn i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 18.0.2) Forskeren hadde et eget område på sin jobb-pc der bare vedkommende hadde tilgang. Alle data ble behandlet anonymt. Den statistiske analysen foregikk ved estimering av signifikans (p-verdi) og Odds ratio (OR) i SPSS og via tabellen: <http://faculty.vassar.edu/lowry/tab2x2.htm>. Andeler og prosentener ble delvis regnet ut av SPSS og delvis manuelt. Det ble laget tabeller basert på disse funnene. Alle utregninger ble gjort to ganger for å sikre seg mot regnefeil og i noen tilfeller ble også svar kontrollert ved bruk av ulike programvare.

4. RESULTATER

4.1 Hvordan var forekomsten av fødselskomplikasjoner ved første fødsel blant alle kvinnene i undersøkelsen?

Hele studiepopulasjonen ble sammenlignet med tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Fødeavdelingen, Rikshospitalet? (Tabell 1). Som helhet var gruppen med keisersnittønske i denne studien preget av kompliserte, operative forløsninger ved første fødsel. For variablene induksjon, akutt keisersnitt, vaginal operativ forløsning, langsom framgang, perinealrift 3 og 4, ble de med planlagt keisersnitt ekskludert. Det ble regnet ut fra den delen av studiepopulasjonen som planla vaginal fødsel første gang, dvs. hele populasjonen minus de 22 elektive keisersnittene. Lav Apgar, overflytning til Barneklinnikk og blødning ble regnet av hele populasjonen på 129 kvinner, da dette også kan hende om man blir forløst med planlagt keisersnitt.

4.1.1 Induksjon

Av kvinnene som planla vaginal fødsel i denne undersøkelsen ble 29,9 % indusert ved sin første fødsel, mot 16,2 % av alle fødende i Norge i 2010-11. Dette utgjør en signifikant forskjell og en nesten dobbelt sannsynlighet for å være indusert i studiepopulasjonen i forhold til landsgjennomsnittet.

4.1.2 Akutte keisersnitt

Førtisju kvinner i studiepopulasjonen opplevde akutt keisersnitt ved første fødsel. Av disse var sju forløst med såkalte katastrofekeisersnitt, dvs. at det hastet ekstra med å forløse barnet. Det ga en akutt keisersnittprosent blant dem som planla vaginal fødsel på 43,9 %. Tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR) viser at i 2010-11 ble 8,2 % av førstegangsfødende med spontan fødselsstart ved termin forløst med akutt keisersnitt. Blant de med spontan fødselsstart i dette materiale var det 34,7 % akutte keisersnitt. I gruppen induserte førstegangsfødende var keisersnittandelen 56 %. Odds Ratio for å ende med keisersnitt var henholdsvis 5,9 og 4,1 sammenlignet med normalbefolkningen (se tabell 1)

4.1.3 Vaginal operativ forløsning

I følge MFR ble 18,7 % av para 0 med spontan fødselsstart til termin og 22,2 % av de induserte forløst med tang eller vakum i 2010. I mitt materiale var antallet 31,9 og 31,3 %, noe som utgjorde en signifikant forskjell for de med spontan fødselsstart, men ikke for de induserte (tabell 4).

4.1.4 Blødning

I studiepopulasjonen opplevde 12,4 % å blø mer enn 1 liter ved første fødsel. MFR setter grensen ved blødning som komplikasjon ved mer en 500 ml, så derfor sammenlignes det her med tall fra Rikshospitalet fra 2010 som viser at 4,8 % av de førstegangsfødende opplevde denne komplikasjonen. Tallene ble hentet fra databasen: "Robsons 10 grupper for keisersnitt (72).

4.1.5 Perinealrupturer grad 3 og 4

Det var 14 tilfeller av perinealruptur grad 3 eller 4. Dette ga en prosent av de som fødte vaginalt på 15,9 %. Sammenlignet med tall fra MFR, der para 0 totalt hadde en forekomst på 3,9 % av denne type rifter, ga det omlag femdoblet risiko for en slik rift i studiepopulasjonen.

4.1.6 Lav Apgar og overflytting til Barneavdeling

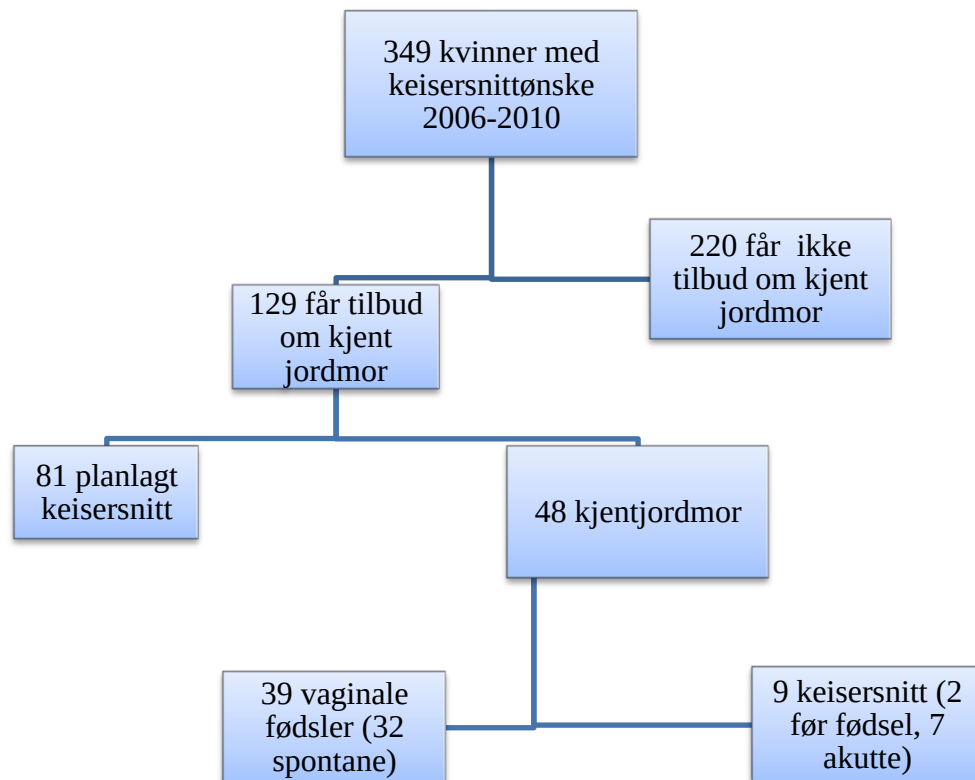
I studiepopulasjonen var det seks ganger så hyppig å få et barn med lav Apgar (Ap <7) og 18,9 % av de nyfødte måtte overflyttes til barneavdeling, mot 7,8 % av alle fødte i 2010.

Tabell 1 Komplikasjoner i studiepopulasjonen sammenlignet med tall fra MFR

Komplikasjoner og inngrep	Alle med planlagt vag.fød. n=107	MFR og Rikshospitalet (kun for variab: blødning)	p – verdi	OR
Induksjon	32/107 - 29,9%	8366/51724 - 16,2 %	< ,001	2,2
Akutte KS spontan start- para 0	25/72 - 34,7 %	1821/22157 - 8,2 %	< ,001	5,9
Akutte KS induserte - para 0	18/32 - 56,3 %	1377/5820 - 23,7 %	<,001	4,1
Vaginal operativ induserte para 0	9/32 - 31,3 %	1293/5820 - 22,2 %	0,42	1,4
Vaginal operativ spontan start para 0	23/72 - 31,9 %	4147/22157 - 18,7 %	0,004	2,0
Perinalruptur 3 eller 4 av para 0	14/82 - 15,9 %	798/20485 - 3,9 %	<,001	5,0
Apgar score < 7 alle fødende	14/129 - 10,8 %	786/46743 - 1,7 %	<,001	7,1
Overflyttet barneklipp - av alle barn	24/129 - 18,6 %	3666/46743 - 7,8 %	<,001	2,7
Blødning > 1000ml	16/129 - 12,4 %	55/1136 - 4,8 %	<,001	2,8

4.2 Antall som valgte kjent jordmor

Hvor mange andregangsfødende kom til jordmorsamtale med ønske om keisersnitt i årene 2006-2010 og fikk tilbud om kjent jordmor? Hvordan fordelte disse seg i gruppene: keisersnitt på eget ønske og kjent jordmor?



Figur 2 Fordeling av alle andregangsfødende med keisersnittønske i 2006-2010

Ved gjennomgang av fødeavdelingens databaser ble det funnet totalt 349 kvinner med ønske om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Av disse kom 129 til jordmorsamtale på fødepoliklinikken ved Rikshospitalet og fikk tilbud om oppfølging av kjent jordmor. Disse utgjorde studiepopulasjonen. Førtiåtte av de gravide takket ja til tilbudet og planla vaginal fødsel. De resterende 81 holdt fast ved keisersnittønsket og ble forløst slik. Det vil si at 37 % i gruppen som helhet gikk bort fra keisersnittønsket og ble med i kjent jordmorgruppen. Hvis man ekskluderer de 13 som hadde keisersnitt på eget ønske både ved første og andre fødsel, og dermed med liten sannsynlighet ville ønske vaginal fødsel uansett, får man 41 % som ombestemte seg.

4.3 Hvordan fødte kvinnene i kjent jordmorgruppen?

Av de 48 som planla vaginal fødsel med kjent jordmor fødte 39 vaginalt, fem av disse med vakum og to med tang. Ni ble forløst med keisersnitt, alle hadde keisersnitt ved sin første fødsel også. To av disse ble forløst før fødselen var i gang, etter eget ønske da de

ikke ville fortsette induksjon lenger. De andre syv ble forløst underveis i fødselsforløpet. (Se tabell 2.)

Tabell 2 Fødemåte i kjent jordmorgruppen

Spontant vaginal	Vaginal operativ	KS før fødsel	Akutt KS
66,6 % (32)	14,6 % (7)	4,2 % (2)	14,6 % (7)

4.4 Var det forskjeller mellom de som valgte keisersnitt og de som valgte kjent jordmor?

I dette avsnittet presenteres først signifikante forskjeller, deretter en oppsummering av de undersøkte variabler der det ikke var noen slike forskjeller mellom gruppene.

4.4.1 Fødselsangst før første fødsel

Når det gjelder å ha opplevd fødselsangst allerede før første fødsel, var det signifikant flere i keisersnittgruppen (23 av 81) som hadde dette. Seksten av de 23 ble forløst med elektivt keisersnitt ved sin første fødsel, 13 av disse på grunn av eget ønske. Tre opplevde vaginal operativ fødsel, tre opplevde akutt keisersnitt og en fødte spontant første gang.

I kjent jordmorgruppen var det tre kvinner som hadde fødselsangst før første fødsel. To hadde planlagt keisersnitt sist, en etter eget ønske, en på grunn av seteleie og den siste fødte med akutt keisersnitt. Odds ratio viser at det var nesten seks ganger mer sannsynlig at en kvinne i keisersnittgruppen hadde fødselsangst allerede før første fødsel. (Se tabell 3.)

4.4.2 Sikkerhet i keisersnittønske

Alle kvinnene i studien sa i første samtale at de hadde tenkt på å be om keisersnitt ved kommende fødsel, noen var helt sikre på at de ville ha keisersnitt. Det var signifikant flere helt sikre i keisersnittgruppen (48 av 81 kontra 17 av 48). Elleve kvinner, som ble forløst med keisersnitt på eget ønske også ved første fødsel, sa de var helt sikre på at de ønsket keisersnitt. Hvis man går ut fra at disse utgjør gruppe som det er lite sannsynlig at ombestemmer seg, og ekskluderer dem fra denne beregningen, gjenstår 37 (46%) helt sikre i keisersnittgruppen og 17 (35%) i kjent jordmorgruppen og forskjellen er ikke lenger signifikant ($p=0,3$).

4.4.3 Tidligere helse

Det ble undersøkt om kvinnene hadde noen diagnose før de ble gravide, notert av lege enten i koding av journal eller i epikrise. Tjuefem i keisersnittgruppen hadde dette. Det var i signifikant flere enn i kjent jordmorgruppen, der 6 hadde en diagnose. Det dreide seg blant annet om astma; fem i keisersnittgruppen hadde dette, stoffskiftesykdom; en i kjent jordmor og fem i keisersnittgruppen, koagulasjons og antistoff forstyrrelser; en i kjent jordmor og sju i keisersnittgruppen. Ni hadde diagnoser relatert til bekken og underliv, alle disse befant seg i keisersnittgruppen. Plagene handlet blant annet om smerter etter halebeinsbrudd og reoperasjoner etter fødselsrifter. Det var ikke tale om tilstander der obstetrikere ville frarådet vaginal fødsel i neste svangerskapet, som for eksempel rift i endetarmsmuskulaturen med sekvele. Flere av kvinnen hadde mer enn en diagnose. Odds ratio for å ha en diagnose før det andre svangerskapet var 3,1 ganger høyere i keisersnittgruppen (tabell 3).

Tabell 3 Data fra svangerskap nr 2

Variabler	Kjent jordmor	Keisersnitt	P verdi	OR
Gjennomsnittalder	34,1	34,3		
Fødselsangst før første fødsel	3	23	0,002	5,9
Antall ultralyder	3,3	3,6	0,935	
Diagnoser barn	6	7	0,426	
Diagnose mor – før sv.sk	6	25	0,018	3,1
Sikker på KS ønske	17	48	0,009	2,7

4.4.4 Keisersnitt første gang

Det var signifikant flere som hadde planlagt keisersnitt og keisersnitt på eget ønske ved sin første fødsel i keisersnittgruppen. Når det gjaldt akutte keisersnitt, var det ingen forskjell mellom gruppene.

4.4.5 Øvrige inngrep og komplikasjoner

Som tabell 4 viser, var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt operative vaginale fødsler, induksjoner, blødninger, rifter grad 3 og 4, barn med lav

Apgar, barn som overflyttes til Barneklinikk, langsam framgang i fødsel eller langsam framgang og truende asfyxi som indikasjon for operativt inngrep.

Tabell 4 Inngrep og komplikasjoner ved første fødsel i kjent jordmorgruppen og keisersnittgruppen

	Kjent jordmor	Keisersnitt	p-verdi	Odds Ratio
Planlagt KS	3	19	0,01	4,6
Eget ønske KS	2	13	0,04	4,4
Akutt KS	20	27	0,22	
Totalt KS	23	46	0,33	
Første fødsel Rikshospitalet	19	36	0,59	
Rift grad 3 el.4	7	7	0,29	
Blødd >1000ml	5	12	0,48	
Vaginal operativ	17	23	0,41	
Langsom framgang	27	30	0,24	
Induksjon	13	19	0,7	
Apgar < 7	4	10	0,35	
Overflyttet Barneklinikk	9	15	0,8	
Langs. framg. indikasjon for opr. forløsning	10	12	0,72	
Truende asfyxi indikasjon for opr. forløsning	17	23	0,28	

4.4.6 Ikke signifikante funn

Det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt gjennomsnittsalder, antall ultralyder og diagnose hos foster i det andre svangerskapet.

Langsom framgang i fødsel ble definert etter Rikshospitalets prosedyre. Prosedyrene kan variere noe fra sykehus til sykehus, alle der dette var kodet eller beskrevet i journal er medregnet. Som tabell 4 viser, opplevde 57 av de 107 som planla vaginal fødsel langsom framgang, 27 i kjent jordmor og 30 i keisersnittgruppen. Når det gjaldt langsom framgang som indikasjon for operativ forløsning (både instrumentell vaginal og keisersnitt), var dette oppgitt hos til sammen 22 kvinner, 10 i kjent jordmor og 12 i keisersnittgruppen. Det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt forekomsten av langsom framgang.

Som indikasjon for operativ forløsning (enten instrumentell vaginal eller ved akutt keisersnitt) ble truende asfyxi oppgitt i 40 av 107 tilfeller, 17 i kjent jordmor og 23 i keisersnittgruppen, dette utgjorde ingen signifikant forskjell.

42,6 % av de gravide hadde født ved Rikshospitalet første gang, 40 % av kjent jordmorgruppen og 44 % av de andre. Med få unntak hadde de fleste andre født på sykehus i Oslo og Akershus sist.

5. DISKUSJON

5.1 Resultatdrøfting

Denne studien har forsøkt å kaste lys på de obstetriske sidene av fødselen som oppleves så vanskelige at kvinnene vurderer keisersnitt som forløsningsmåte ved neste fødsel. Studien har vist at gruppen andregangsfødende med keisersnittønske hadde betydelig flere komplikasjoner i sin første fødsel sammenlignet med normalbefolkningen. Man kan lære noe om hvilke uheldige fødselserfaringer som gjør at man ikke vil føde vaginalt igjen og hvem som er mest utsatt for å oppleve dette. Det kan tenkes at opplegget med trygghet og kjenthet appellerer mer til enkelte fødende. Drøftingen viser hvordan noen av disse komplikasjonene kan være påført på grunn av medikalisering av svangerskap og fødsel og hvordan noen kunne vært unngått ved bedre fødselsomsorg

5.1.1 Eget ønske som vikarierende motiv

Det er ikke bare i planlagte keisersnitt man ser en økning, det gjøres også langt flere akutte. Andelen akutte har ligget stabilt på rundt halvparten av alle keisersnitt, på tross av at det skjedde en fordobling av det totale antallet keisersnitt i perioden 1993-2005

(31). De viktigste indikasjoner for akutte snitt var føtal distress og langsom framgang. I en svensk undersøkelse hevder forskerne at fordoblingen i keisersnitt på de siste 15 årene ikke bare kommer av kvinners ønske, men også av endrede holdninger til fødselshjelp hos obstetrikere. Mange leger er blitt mer liberale med å innvilge keisersnitt uten medisinsk indikasjon. En økt bekymring for rettslige etterspill hvis det oppstår komplikasjoner ved vaginal fødsel er også noe som gjenspeiles i økningen av både planlagte og akutte keisersnitt (31).

Man kan lure på om eget ønske blir brukt som vikarierende motiv for andre mer "lyssky" indikasjoner for å gjøre keisersnitt når det ikke finnes medisinsk indikasjon. I områder av verden der fødselshjelp er mer privatisert kan tid, penger, bekvemmelighet for leger, hensyn til forsikringsregler og trussel om saksøking gjøre keisersnitt til den beste løsningen. I blant blir eget ønske brukt til å forklare mer enn den reelle andel og kvinner kan bli overtalt til at keisersnitt er best for dem, på tross av at de ønsker vaginal forløsning. En litteratur review fra 2007 konkluderer med at eget ønske som indikasjon overrapporteres og brukes som et skalkeskjul for de andre indikasjoner som bekvemmelighet for leger og økonomiske fordeler (49).

En del obstetrikere er positive til at gravide selv skal kunne bestemme keisersnitt. Forskning viser at i land med høy keisersnittprosent er holdningene mer liberale til at keisersnitt kan være selvbestemt. Forskning fra USA viser at 46 % av fødselslegene ville valgt keisersnitt for seg eller sin partner i et ukomplisert svangerskap (10).

5.1.2 Suboptimal fødselshjelp resulterer i ønske om keisersnitt ved senere fødsel

De fleste av kvinnene i denne undersøkelsen var operativt forløst i sin første fødsel. Tidligere keisersnitt er assosiert både med fødselsangst og øket risiko for komplisert forløsning ved neste fødsel (42, 43, 52). Det er et paradoks som kommer fram i et doktorgradsarbeid basert på Den Norske mor barn studien, at førstegangsfødende er de som i størst grad ønsker seg normal fødsel med minst mulig inngrep, men samtidig er de som i minst grad oppnår dette. Keisersnittandelen var over 10 % i alle grupper av primipara, med unntak av de under 25 år, der andelen var lavere (46). Intervensjonsraten i norsk fødselshjelp har økt fra 3 % i 1967 til 37 % i 2006 (62). Det er nærliggende å tro at en del fødende blir overbehandlet. Som tidligere vist i denne oppgaven stammer ønsket om å bli forløst med keisersnitt oftest fra en tidligere vanskelig fødselsopplevelse. På Rikshospitalet har man tatt konsekvensene av dette i og med innføringen av proaktiv fødselshjelp, der optimal fødselshjelp til førstegangsfødende er i fokus (mer om dette senere under avsnittet om langsom framgang).

Man kan hevde at kvinners ønske om keisersnitt ikke bare vokser fram fordi keisersnitt har blitt mer vanlig og akseptert, men at man er inne i en vond sirkel der nettopp keisersnitts utbredelse gjør at en del blir utsatt for unødvendige keisersnitt i sin første fødsel, noe som leder til at de mister troen på egen fødeevne og ber om keisersnitt ved sin neste fødsel. Noen førstegangsfødende får sin fødekarriere ødelagt av et unødvendig og uønsket keisersnitt eller inngrep i første fødsel. I denne studien var det høy forekomst av komplikasjoner blant dem med planlagt vaginal fødsel første gang.

Statistikk fra MFR viser at når man første har opplevd et keisersnitt er det 50 % sjanse for at fødsel nummer to også ender enten med et planlagt eller akutt snitt (62). Etter Robsons klassifiseringssystem, der keisersnitt blir delt inn i undergrupper etter hvilken obstetrisk bakgrunn de fødende har (72) viser tall fra årene 2005-2010 på Rikshospitalet at de med et keisersnitt bak seg hadde 25,8 % sjanse for å ende med et akutt keisersnitt under neste fødsel.

5.1.3 Induksjoner

Et område med potensiale for forbedringer er induksjoner. Som nevnt er sjansene for normal fødsel betydelig redusert når fødselen blir indusert. Når en forsøker å sette i gang fødsel før kroppen er klar for det, oppleves oftere at riene blir svakere og livmorhalsen gir dårligere etter. Den naturlige prosessen der kroppens egne hormoner sørger for modning og orkestrering (klargjøring) av muskelfibrene i uterus er ikke mulig å få like bra til med medikamenter eller amniotomi (2). Allikevel ser man en økning i denne praksisen.

I materialet fra undersøkelsen i denne oppgaven var det en stor andel (29,9 %) hvor fødselen ble indusert. På landsbasis er det også en markert økning, fra 11,2 % i 1990 til 16,2 % i 2009 (62). Både fødselshjelpere og fødekvinne bør sette seg inn i komplikasjonsrisikoen forbundet med denne praksisen for å unngå induksjoner som ikke er medisinsk nødvendige. Tall fra Robson databasen (72) for 2011 på Rikshospitalet viser at sammenlignet med de med spontan start av rier som hadde 6,6 % sjanse for å ende med akutt keisersnitt, hadde induserte førstegangsfødende 25,8 % sjanse for et slikt utfall. Induserte flergangsfødende med tidligere vaginal fødsel hadde 6,9 % sjanse og induserte flergangsfødende med tidligere keisersnitt 32,6 % sjanse for å ende med keisersnitt.

5.1.4 Langsom framgang

Ettersom keisersnitt blir mer vanlig, reduseres fødselshjelperes ferdigheter i vaginal forløsning. I USA blir nå to tredjedeler av alle keisersnitt utført på grunn av manglende framgang i fødsel eller dystosi under første fødsel og senere keisersnitt relatert til disse. Dette er et resultat av feilslått fødselshjelp, skriver den nederlandske fødselslegen Paul Reuwer. I denne oppgavens studie opplevde 57 av de 107 som planla vaginal fødsel protraherte forløp. Dette utgjør en prosent på 53,3, noe som er langt høyere enn de 10 prosentene Reuwer et. al. hevder kan være disponert for denne komplikasjonen (2). Langsom framgang er årsak til dårlig fødselsopplevelse, komplisert fødsel, fødselsangst og senere ønske om keisersnitt (2, 50).

Det er mulig å redusere forekomsten av langsom framgang. På Rikshospitalet har det tradisjonelt vært mye keisersnitt, også i gruppen førstegangsfødende til termin med spontan fødselsstart. Forekomsten av akutte keisersnitt i denne gruppen har imidlertid blitt signifikant redusert (fra 10,2 % til 6,6 %) etter at man i mars 2010 begynte med proaktiv fødselshjelp. Konseptet, som er utviklet av nederlandske fødselshjelpere (2),

går ut på å følge framgangen nøye ved første fødsel og gripe inn hvis det ser ut til å bli et protraisert forløp. En tiendedel av alle førstegangsfødende er utsatt for langsom framgang i åpningstiden, men de aller fleste kan hjelpes til normal framgang hvis problemet oppdages og behandles tidlig nok (2). Det er for tidlig å si om det er dette alene som har redusert forekomsten av keisersnitt på Rikshospitalet, men mye tyder på at dette er et eksempel på forbedringspotensiale i moderne fødselshjelp.

5.1.6 Forløsningsmåte hos de som valgte kjent jordmor

De med tidligere vaginal fødsel fødte alle vaginalt ved sin andre fødsel med kjent jordmor. Dette stemmer overens med Rikshospitalets statistikk for gruppen som helhet, som viser at kun 1-2 % av de med en tidligere vaginal fødsel ender med akutt keisersnitt ved sin andre fødsel. Det var heller ikke uventet at 30 % av dem som hadde tidligere keisersnitt i kjent jordmorgruppen endte med akutt keisersnitt ved sin andre fødsel, statistisk sett er dette en gruppe med 28-33 % risiko (avhengig av om de blir indusert eller ikke) for å ende med akutt keisersnitt i følge tall fra 2006-2010 Robson databasen (72) for årene 2006-2010 på Rikshospitalet.

5.1.7 Effekten av kjent jordmor

Tidligere i denne oppgaven er det vist at annen forskning finner klare sammenhenger mellom jordmors rolle og fødselsopplevelse. En tilstedeværende, trygg jordmor som kommuniserer godt ser ut til å ha avgjørende betydning for at fødselen oppleves positivt (18, 50, 51, 73). I andre studier av fødselsopplevelse påpekes viktigheten av at personalet er vennlige framfor avvisende, å bli hørt og få adekvat informasjon, framfor å bli oversett, å føle at man har kontroll framfor å føle avmakt. Dette fremheves som beskyttende mot å oppleve fødselen traumatisk (70, 71, 74). Gjennom kjent jordmor oppfølging kan det tenkes at den forestående fødselen kjennes trygg nok til å la seg gjennomføre.

Det var 37 % som gikk bort fra keisersnittønske etter tilbud om kjent jordmor. Hvis man ekskluderer de med planlagt keisersnitt også ved første fødsel blir antallet 41 %. Dette er en relativt lav prosent sammenlignet med andre tiltak rettet mot å få gravide med keisersnittønske til å ville føde vaginalt. I fire prosjekter omtalt tidligere ombestemte mellom 42 og 86 % av dem med keisersnittønske seg etter intervensjoner som hovedsaklig bestod av samtale og kognitiv terapi med fagpersonell som hadde spesialisering innen psykiatri eller psykoterapi (47, 56-58). Tatt i betraktning de gode resultatene som oppnås kun gjennom veiledning og samtaler for eksempel i Tromsø-prosjektet (47) der 86 % ønsket vaginal fødsel etter intervensjonen, kan det tenkes at kjent jordmor opplegget på Rikshospitalet hadde profitert på å legge noe mer vekt på selve veiledningen. Noen av jordmødrene har et kortere kurs i empatisk kommunikasjon, men ikke noe kontinuerlig veiledning hverken av ekstern veileder eller i samtalegruppe. Det viste seg også at jo lengre erfaring jordmoren hadde med samtaler og kjent jordmor arbeid desto flere fikk hun til å ønske seg vaginal fødsel. Det hadde

muligens vært noe å hente på en kompetanseheving blant jordmødrene, både på veiledning og kunnskap om komplikasjoner ved fødsel. Fødselsleger er også inne i bildet når keisersnitt på eget ønske innvilges. Det hadde vært ønskelig om disse kunne få veiledning i samtalegrupper med jordmødrene, da dette er et felt der man må samarbeide for å gi konsistent informasjon og råd for å oppnå best mulige resultater.

Det må understrekes at de gravide som får tilbud om kjent jordmor er en selektert gruppe andregangsfødende med betydelig bekymring for vaginal fødsel. De fleste har en komplisert, ofte operativt forløsning bak seg. Før de blir tilbudt det relativt ressurskrevende kjent jordmor opplegget, blir de tilbudt bearbeidende samtaler og fødselsplan der innholdet kan være blant annet lav terskel for eventuelt keisersnitt, løfte om epidural eller lignende. En del gravide som i utgangspunktet ønsket keisersnitt ombestemmer seg ved disse tiltakene. Disse trenger ikke kjent jordmor. De som fremdeles ønsker keisersnitt kan tenkes å ha den sterkeste fødselsangsten og dermed ha vanskeligst for å våge vaginal fødsel. Kvinnene som gikk til samtaler i noen av de andre prosjektene søkte selv hjelp for fødselsangsten, mens i denne oppgavens studie er samtalene en del av opplegget for alle som ønsker keisersnitt. Man kan tenke seg at ikke alle var like motiverte for å endre ønsket forløsningsmåte når jordmorsamtalene var obligatoriske og ikke frivillig.

5.1.8 Helse og keisersnittønske

Omtrent fire ganger så mange av de som ønsket keisersnitt hadde en diagnose kodet i journalen i andre svangerskap. Det kan tenkes at disse kvinnene i større grad oppga en diagnose fordi de ville legitimere sitt keisersnitt. Disse journalene blir i motsetning til de med ukompliserte vaginale fødsler alltid skrevet av lege så det er mer sannsynlig at tilstander blir fanget opp og får en diagnosekode. En del hadde diagnoser relatert i til bekken og underliv, som ikke var en medisinsk grunn for å gjøre keisersnitt, men kan ha påvirket kvinnene til å velge dette.

En annen forklaring kan ha sammenheng med ”Health locus of control” (beskrevet under avsnittet: Individets helseressurser). Det kan være at kvinner med eget ønske keisersnitt har et noe annet forhold til egen helse, for eksempel hvor hovedansvaret for helsen hennes ligger, hos henne selv eller hos helsepersonell (67). Tidligere i denne oppgaven under avsnittet om fødselsopplevelse henvises det til en studie som viser at det ikke var noen sammenheng mellom fødselsopplevelse og Health locus of control (18). Det kan allikevel tenkes det er en sammenheng når det gjelder hvordan ønske om keisersnitt oppstår. Pasientens ønske om å bli forløst med keisersnitt henger sammen med hennes tro på egen evne til å føde. Har hun tidligere blitt forløst operativt og/eller er bekymret for egen og/eller barnets helse, kan dette ha gitt henne den oppfatning at hun ikke kan eller tør føde selv, men at det er best at legene tar ansvaret og forløser henne operativt. Dette kan sees i sammenheng med Wiklunds forskning, som viser at kvinner med keisersnittønske har mer tillitt til leger enn de uten et slikt ønske (10). Som vist tidligere i denne oppgaven skårer kvinner med keisersnittønske sin helse som dårligere enn andres, og flergangsfødende kan ha mistet troen på evnen til å mestre fødsel (10, 35). Helse kan være en ressurs (6) og denne ressursen kan være evnen til mestring (68).

Følelse av sammenheng i forhold til vaginal fødsel, dvs. begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (SOC) (69) kan være svekket pga tidligere opplevelser eller bakgrunn. Det er mulig å tenke seg flere svar på hvorfor kjent jordmor er et bra tiltak for noen men ikke for andre. Å kjenne jordmor som skal forløse kan representere en trygghet som gir økt følelse av sammenheng hos fødekvinnen og dermed økt trygghet og mot til å mestre fødsel. Antonovskys teori om følelse av sammenheng går ut på at ressurser til å håndtere eller mestre en situasjon kan komme fra andre man har tillitt til, for eksempel helsepersonell (69). Kjente jordmødre kan dermed bidra til å gjøre en vaginal fødsel håndterbar. I keisersnittgruppen kan det handle om at de har mindre tillitt til helsepersonell eller til andre mennesker generelt (41). Det kan også tenkes at kvinnene som velger kjent jordmor har høyere SOC fra før. Tidligere forskning har vist at høy SOC beskytter mot å oppleve en fødsel som traumatisk (70, 71). Flergangsfødende med ønske om keisersnitt opplevde liten grad av mestring ved sin første fødsel og har ofte mindre tillit til egen fødeevne (44, 50). De mener de ikke kan føde selv og vil overlate ansvaret til andre. De ønsker ikke føde, men vil forløses operativt, slik slipper de ansvar, men går glipp av mestring. Om mestring defineres som en viktig komponent i helse (68) er det således ikke helsefremmende å bli forløst framfor å føde selv. Ved å velge keisersnitt går noen glipp av den terapeutiske effekt en ny fødsel kan ha på en tidligere traumatisk fødselsopplevelse (24).

5.1.9 Flere med planlagt keisersnitt og tidligere fødselsangst i keisersnittgruppen

Som det framgår av resultatene var det langt flere i keisersnittgruppen som hadde planlagt keisersnitt og fødselsangst også ved sin første fødsel. Det er mulig at disse også ville valgt keisersnitt første gang om det ikke hadde vært en medisinsk indikasjon. Kvinnene med planlagt keisersnitt første gang skiller seg ut ved at de ikke har vært i fødsel eller har noen fødselserfaring fra før av, og de fleste hadde allerede før første fødsel bestemt seg for at de ville forløses med keisersnitt.

5.1.10 Bestemthet i forhold til keisersnittønsket

Flere i keisersnittgruppen var i utgangspunktet helt bestemte på at de ville ha keisersnitt, mens i kjent jordmorgruppen var det flere som sa de vurderte keisersnitt, men ikke var helt låst i avgjørelsen. Forskjellen i antall helt sikre kan forklares ved at det var flere helt sikre i keisersnittgruppen som hadde keisersnitt på eget ønske også ved sin første fødsel. De kan sees på som en gruppe som lite sannsynlig vil ombestemme seg. Det var ingen helt sikre med tidligere eget ønske keisersnitt i kjent jordmorgruppen.

5.1.11 Ikke alle bør føde vaginalt

Flere studier viser at tiknytning mellom mor og barn kan forstyrres av fødselsangst. Kvinner som var preget av dette i svangerskapet var mer usikre i morsrollen, mens kvinner med positive svangerskap hadde en mer positiv tilpassning til morsrollen (37,

54). Som tidligere påpekt i denne oppgaven har de som opplever angst i svangerskapet og under fødsel økt forekomst av kompliserte, operative forløsninger (42, 43, 52). Det kommer også fram i denne studien at kvinner med fødselsangst oftere får kompliserte fødsler. Mer enn en fjerdedel av kvinnene i keisersnittgruppen hadde fødselsangst allerede før første fødsel og av disse var det kun en som fødte spontant vaginalt. Det er derfor av avgjørende betydning at den som hjelper gravide med fødselsangst er sikker på at kvinnen føler seg trygg nok til å føde, slik at hun har det godt i svangerskapet og ikke risikerer en komplisert forløsning fordi at hun ikke har fått bearbeidet angsten. Paradoksalt nok kan et tiltak som var ment å hjelpe kvinnen til å unngå et planlagt keisersnitt, med de mulige komplikasjoner det medfører for mor og barn i stedet påføre henne et akutt keisersnitt der komplikasjonsrisikoen for mor og barn er enda høyere. Selv om det i kjent jordmor opplegget er opp til kvinnen selv om de ender med keisersnitt på eget ønske, kan det for noen ha blitt viktig å vise at de kunne føde og de kan ha presset seg selv. På den andre side viser forskning at kvinner som hadde fått kjent jordmor og samtaler følte de mestret fødselen bedre enn tidligere operative forløsninger, selv om de endte med akutt keisersnitt (51).

5.2 Metodedrøfting

5.2.1 Styrker ved studien

Som Kringeland (35) skriver i sin doktorgrad, er det kjent at vanskelige fødselsopplevelser gir ønske om keisersnitt, men man vet lite om hva som kjennetegner disse fødslene. Denne studien gir svar på noe av det andregangsfødende med keisersnittønske har vært igjennom i sin første fødsel. Man får vite noe om er forekomsten av de ulike komplikasjonene i de to undergruppene og i gruppen som helhet. Videre beskrives og evalueres effekten av et virkningsfullt tiltak som kjent jordmor for å hjelpe kvinner med fødselsangst og keisersnittønske til å tørre å føde vaginalt.

5.2.2 Hvordan studien kunne vært gjort bedre

I denne studien får man ikke vite noe om opplevelse. Det er en ren kvantitativ studie og sier ingen ting om hvordan det oppleves å ha fødselsangst, bli fulgt av kjent jordmor, føde eller velge keisersnitt. Det gis heller ikke svar på hva den enkelte opplevde som traumatisk med den forrige fødselen. En kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode vil kunne gitt mer informasjon. Det ville kunne økt kunnskapen om hvem som tilhører denne gruppen gravide og hvordan det oppleves å få denne typen hjelp. Man ville kunne forbedret kjent jordmor tilbudet etter å ha lært mer om hvordan det oppleves. Validiteten vil bli økt i den forstand at man får mer informasjon om hva som utløser et ønske om keisersnitt. Det kan diskuteres om studiepopulasjonen uten

videre er sammenlignbar med landsgjennomsnittet av førstegangsfødende og om funnene er generaliserbare. Ved sin første fødsel var de eldre enn landsgjennomsnittet og skilte seg antagelig også ut med hensyn til sosioøkonomiske variabler ved høyere inntekt og utdanning. Man ville visst mer om generaliserbarheten hvis sosioøkonomiske data var samlet inn.

Forskningen kunne vært gjort som intervjuer eller fokusgrupper, med kvinner etter fødsel med kjent jordmor i en gruppe og kvinner som valgte keisersnitt i en annen gruppe. I fokusgrupper kommer noen oftere fram med det de har på hjertet da det er lettere når man er flere enn når man sitter alene med intervjuer. Andre kan synes det er lettere å være åpen i en til en situasjon, spesielt når temaet er sensitivt (75). En slik undersøkelse ville kreve skriftlig samtykke fra deltagerne, dette vil ta en viss tid, man vil deretter kunne inkludere deltagere i prosjektet etter hvert som de fødte med kjent jordmor eller eget ønske keisersnitt og spurt dem om fødselsopplevelse, hva som har utløst keisersnittønsket, hvordan de har opplevd tilbudet om hjelp til å bearbeide angsten eller uroen. Hvis man skal få vite hvilken effekt tilbudet har, vil det være lurt å gjøre en prospektiv undersøkelse, dvs. at man skårer angstnivå, personlighetstrekk osv. både før og etter samtaler og tilbud om kjent jordmor er gitt og etter fødselen.

I dette prosjektet var målet å få oversikt over en så stor gruppe som mulig som har fått tilbud om kjent jordmor. At utvalget er stort nok kan øke generaliserbarhet og validitet. Derfor ble det inkludert kvinner fra fem år tilbake i tid. Hvis man skal spørre noen om hendelser så langt tilbake vil det kunne oppstå problemer med recall bias, dvs. man husker ikke godt nok hva som egentlig skjedde. Fordelen med å spørre den enkelte vil være at man ikke bare får vite hvilke komplikasjoner, diagnoser, alder, antall ultralyder osv som andregangsfødende med fødselsangst har på gruppenivå, men også som individer. Det vil gi økt kunnskap om hvordan disse hendelsene opplevdes for den enkelte. Kanskje hovedårsaken til fødselsangsten ikke lå i de variablene denne studien fokuserer på, men på et annet område, som ikke lar seg måle kvantitativt, som for eksempel mangelfull ivaretagelse og utrygghet eller dårlig kommunikasjon og misforståelser. Annen forskning viser til at forklaringen på fødselsangst kan ligge på slike områder (70, 71, 74).

En kvantitativ undersøkelse kan utgjøre et grunnlag for å identifisere tema til en eventuell spørreundersøkelse eller i intervju eller fokusgruppe. Denne forskning viser noe om hva disse kvinnene har gått gjennom i forrige fødsel og noe om helse under svangerskapet. Ved utarbeidelse av et spørreskjema vil man kunne bygge på disse variablene og lære mer om hvilken betydning den enkelte kvinnen legger i dette.

Forklaringen på hvorfor noen velger kjent jordmor kan ligge på det mellommenneskelige plan. Som det framkommer i annen forskning referert til i denne oppgaven, er det viktig med tillit, trygghet og ivaretagelse (70, 71, 74). Det kan tenkes at kvinnes personlige egenskaper som framkommer i blant annet i Wiklunds forskning betyr mer for hvordan de takler en traumatisk fødsel og hvordan de responderer på veiledning og drar nytte av et tilbud som kjent jordmor. Det er nærliggende å tro at det kan dreie seg om i hvilken grad man har tillitt til helsepersonell og føler man kan få den nødvendige hjelp og støtte hos disse. Det ville vært interessant i en senere forskning å forsøke å få fram slike mellommenneskelige forhold.

6. KONKLUSJON

Forekomsten av inngrep og komplikasjoner lå signifikant høyere i studiepopulasjonen som helhet sammenlignet med landsgjennomsnittet. Forekomsten av induksjon, operativ vaginal forløsning, akutte keisersnitt, perinealrift grad 3 og 4, barn med lav Apgar og barn overflyttet til nyfødtavdeling var 2 til 7 ganger høyere hos studiepopulasjonen.

Ved tilbud om kjent jordmor gikk 48 av 129 andregangsfødende bort fra sitt opprinnelige ønske om keisersnitt og planla vaginal fødsel. Trettini av disse fødte vaginalt.

Det ble funnet flere signifikante forskjeller mellom keisersnittgruppen og kjent jordmorgruppen. For det første var det flere planlagte keisersnitt og flere keisersnitt på eget ønske også ved første fødsel i keisersnittgruppen. De hadde i større grad fødselsangst også før første fødsel. Mødrene i keisersnittgruppen hadde oftere en diagnose før svangerskap nummer to. Flere i keisersnittgruppen var helt bestemte på at de ønsket keisersnitt i utgangspunktet.

Det fantes ingen forskjell når det gjaldt alder, antall ultralyder eller diagnose hos barn før fødsel. Det var heller ingen forskjeller i gruppene i de undersøkte variabler som gikk på selve forløsningen ved første fødsel, dvs. forekomsten av komplikasjoner og akutte inngrep.

Det globale samfunn møter store utfordringer i å begrense den helseskadelige overbruken av keisersnitt. Som denne oppgaven har vist påvirkes helse både for populasjoner og individer både fysisk, psykisk og sosialt av keisersnittepidemien. Omfattende politiske, organisatoriske, økonomiske og utdanningsmessige forandringer er påkrevet for å få møte disse utfordringene. Det er viktig at Norge og andre land med tilsvarende fornuftig organisering av fødselsomsorgen og relativt nøktern bruk av keisersnitt ikke lar seg påvirke av den internasjonale trenden, men derimot går inn for å være et foregangsland i god fødselshjelp.

Først og fremst må negative fødselsopplevelser forebygges. Kunnskapen om og ferdighetene i optimal fødselshjelp til førstegangsfødende må opprettholdes. Derneft må vi sørge for god informasjon og gode alternativer til dem som ber om å bli forløst med keisersnitt på grunn av tidligere negativ fødselsopplevelse.

Takk

Jeg ønsker å takke min veileder Nanna Voldner for gode råd og viktige innspill under oppgaveskrivningen. Videre vil jeg takke kollega og overlege i obstetikk Liv Ellingsen for verdifull inspirasjon, kunnskap og støtte. Statistiker Thore Egeland og jordmor og dataansvarlig Anne Hedvig Pfeffer skal ha takk for god hjelp med statistikken. Og sist

men ikke minst: takk til alle jordmødrene som har stilt opp dager og netter, hverdager og helger for å gi kvinner med behov for ekstra trygghet gode fødselsopplevelser.

REFERANSER

1. UNICEF W, UNFPA,. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services 1997.
2. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Proactive support of labor: Cambridge University Press; 2009.
3. Taylor LKea. Risk of complications in a second pregnancy following cesarean section in the first pregnancy: a population based study. MJA. 2005 21.nov;183 N 10:515-1519.
4. Stanton CK, Holtz SA. Levels and trends in cesarean birth in the developing world. Stud Fam Plann. 2006 Mar;37(1):41-8.
5. World Health Organization. Global Health Report. 2011.
6. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promot Int. 2006 Dec;21(4):340-5.
7. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29.
8. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet. 2010 Feb 6;375(9713):490-9.
9. Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Oian P, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol. 2004 Feb;190(2):428-34.
10. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(4):451-6.
11. Schutte JM, Steegers EA, Santema JG, Schuitemaker NW, van Roosmalen J. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(2):240-3.
12. World Health Organization. Reproductive Health 2008; <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>. Accessed:5.Jan.2012
13. Häger RM, Øian P, Nilsen ST, Holm HA, Berg ABF. Gjennombruddsprosjektet om keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 12. januar Nr 2 126:173-5.
14. Wagner M. What every midwife should know about ACOG and VBAC. Critique of ACOG Practice Bulletin 5, July 1999, "Vaginal birth after previous cesarean section". Midwifery Today Int Midwife. 2001 Fall(59):41-3.
15. Decker E, Engelmann G, Findeisen A, Gerner P, Laass M, Ney D, et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. Pediatrics. 2010 Jun;125(6):e1433-40.
16. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. Soc Sci Med. 2007 Jun;64(11):2272-84.
17. Nasjonalt Folkehelseinstitutt dfph. Helse og levekårsundersøkelsen, rapport til Sosial- og Helsedirektoratet. 2007.
18. Waldenstrom U. Experience of labor and birth in 1111 women. J Psychosom Res. 1999 Nov;47(5):471-82.
19. Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. Aust N Z J Psychiatry. 1997 Oct;31(5):728-38.
20. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. Birth. 1998 Dec;25(4):246-51.

21. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997 Oct;76(9):856-61.
22. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001 Jun;28(2):111-8.
23. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997 Nov-Dec;11(6):587-97.
24. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ*. 1997 Mar 15;156(6):831-5.
25. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development*. 1995 Jan-Mar;18(1): 1-13.
26. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*. 2003 May;182:420-7.
27. Bronfenbrenner U. MP. The ecology of developmental processes, in *Handbook of child psychology*: New York: John Wiley; 1998.
28. Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *BJOG*. 2001 Feb;108(2):149-57.
29. St.meld. nr. 12 En gledelig begivenhet Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, 2008-2009.
30. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S25-37.
31. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(1):49-53.
32. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. 2006 Oct 28;368(9546):1516-23.
33. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007 Mar;34(1):65-79.
34. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Apr;188(4):864-70.
35. Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health*. 2009 Jun;37(4):364-71.
36. Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 2002 Jun;109(6):618-23.
37. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Mar;82(3):201-8.
38. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006 Jun;113(6):638-46.
39. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2003 Oct;102(4):791-800.
40. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Schei B. Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG*. 2010 Aug;117(9):1153-7.
41. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *J Adv Nurs*. 2009 Aug;65(8):1636-44.
42. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2009 Sep;116(10):1350-5.
43. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998 May;77(5):542-7.

44. Amark H, Ryding EL. [Women wishing to be delivered by Cesarean section. Anxiety, risk-thinking and shame common according to a qualitative study]. *Lakartidningen*. 2007 Mar 21-27;104(12):950-3.
45. Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sex Reprod Healthc*. 2010 Feb;1(1):21-6.
46. Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? a population-based cohort study from Norway. *Birth*. 2010 Mar;37(1):21-7.
47. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006 Sep;33(3):221-8.
48. Karlstrom A, Radestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth*. 2010 Mar;37(1):11-20.
49. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*. 2007 Dec;34(4):331-40.
50. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*. 1996 Sep;23(3):144-53.
51. Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *J Nurs Manag*. 2010 May 18(4):383-90.
52. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998 Sep;19(3):135-44.
53. Dunn EA, O'Herlihy C. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Jul 1;121(1):56-60.
54. Brudal L. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. 2 ed. Fagbokforlaget; 2000.
55. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Dec;106(6):426-33.
56. Sjogren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998 Sep;77(8):819-25.
57. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol*. 2001 Nov;98(5 Pt 1):820-6.
58. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1315-9.
59. Savage W. The caesarean section epidemic. *J Obstet Gynaecol*. 2000 May;20(3):223-5.
60. Backe BH, Lie T. Har keisersnittsepidemien nådd Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; . 28. mai Nr. 11:123:1522-4.
61. Bhopla RS. Concepts of epidemiology. 2 ed: Oxford University Press; 2008.
62. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregisters ststistikkbank <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/> Accessed:10.Jan 2012
63. Onsrud M. [Changed attitude to obstetric delivery help in Eastern Congo]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008 May 1;128(9):1078-80.
64. WHO. Milestones in Health Promotion.Statements from global conferences, 2009.
65. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2006;15(3):259-67.
66. Nadioo J WJ. Developing Practice for Public Health and Health Promotion. third ed. M MC, editor: BalliereTindall Elsevier

2010.

67. Ogden J. Health psychology : a textbook. 4 ed: Maidenhead : Open University Press; 2007.

68. Medin J, Alexanderson K. Begreppen halsa och helsoframande: en literaturstudie Studentlitteratur, 2000.

69. Antonovsky A. Hellsans mysterium. 1 ed: Bokforlaget Natur och Kultur; 1991.

70. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003 Mar;30(1):36-46.

71. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(9):1090-6.

72. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. Am J Obstet Gynecol. 2009 Sep;201(3):308 e1-8.

73. Lyberg A, Severinsson E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. J Nurs Manag. 2010 May;;18(4):391-9.

74. Tham V, Ryding EL, Christensson K. Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. Sex Reprod Healthc. 2010 Nov;1(4):175-80.

75. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2nd ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003

