



Keisersnitt	
1. Definisjon	Andel keisersnitt hos alle fødende
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Somatisk helse
4. Type	Resultatindikator
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfull
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	
7. Fokuseringsområde	
Godkjenning	
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392 / 30. juni 2016
9. Godkjent av	HelseDirektoratet
10. Revisjonshistorikk	
Faglig begrunnelse/målsetning	
11. Begrunnelse for valg	<p>Keisersnitt, sectio cesarea, er en operasjon som gjøres for å få ut barn fra morens livmor. Keisersnitt kan være livreddende for både mor og barn, samtidig som det er en større operasjon som kan ha uheldige effekter. Det er ingen internasjonal enighet om hva som er den optimale frekvensen av keisersnitt. Det er imidlertid bred faglig enighet om at andelen keisersnitt uten god medisinsk indikasjon skal være så lav som mulig. Kvaliteten på helsetjenestene og helsetilstanden til de fødende påvirker e keisersnittfrekvensen, og i dag er både for hyppig og for sjelden bruk av keisersnitt et globalt helseproblem. Keisersnittfrekvensen er derfor ikke et direkte mål på kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen, men må tolkes med forsiktighet i forhold til andre faktorer og kvalitetsindikatorer.</p> <p>De førstegangs fødende er den største risikogruppen når det gjelder bruken av keisersnitt av to grunner; som gruppe har de klart større risiko for keisersnitt enn de flergangsfødende og et keisersnitt ved første fødsel øker risikoen betydelig for keisersnitt ved senere fødsler. God og trygg fødselshjelp til de førstegangs fødende vil senke både den generelle risikoen ved svangerskap og fødsel og risikoen for nytt keisersnitt. En god praksis hos de førstegangs fødende vil senke den totale bruken av keisersnitt i fødepopulasjonen. På fødeinstitusjoner på samme nivå (med lignende fødepopulasjoner), bør det ikke være stor variasjon i keisersnittfrekvensen.</p> <p>Korttidskomplikasjoner</p> <p>Forekommer hos ca. 21 % av alle kvinner med keisersnitt (1). De vanligste er komplikasjoner under selve operasjonen, blodtap og infeksjoner. Sårinfeksjon innen 30 dager etter keisersnittet forekommer hos 8,3 % av keisersnittforløste i Norge(2).</p> <p>Risikoen for korttidskomplikasjoner er større ved akutte keisersnitt, narkose, for tidlig fødsel, stort barn og langt framskredet fødsel med stor mormunnsåpning. Alvorlige komplikasjoner som skade av blære eller tarm er sjeldne.</p> <p>Langtidskomplikasjoner</p> <p>Den viktigste følgen av keisersnitt er betydelig økt risiko for nytt keisersnitt i senere svangerskap, mens de som føder normalt i stor grad vil føde vaginalt også i senere svangerskap (ca. 95 % av flergangsfødende med tidligere normal fødsel føder normalt) (3). Tidligere keisersnitt er forbundet med hyppigere spontanabort, graviditet utenfor livmoren, blødning i svangerskap, veksthemmet foster, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og langvarig fødsel. Det er også økt risiko for alvorlige komplikasjoner som fastsittende eller foranliggende morkake som gir stor fare for alvorlig blødning, rift i livmoren og fosterdød (4,5,6)</p> <p>Mange av disse komplikasjonene kan også inntreffe av andre grunner, og en del kvinner har økt risiko for svangerskapskomplikasjoner og keisersnitt i et påfølgende svangerskap, uavhengig av forløsningsmetoden i et tidligere svangerskap.</p> <p>Komplikasjoner hos barnet</p> <p>Barn født ved planlagt keisersnitt får hyppigere akutte pusteproblemer etter fødselen sammenlignet</p>

	med barn som er født normalt eller ved akutt keisersnitt (7). Risikoen øker jo lenger før beregnet termin keisersnittet gjøres. Det er i studier funnet 50 prosent økt risiko for alvorlig astma hos barn født ved keisersnitt sammenlignet med barn født normalt, uten at man vet om dette er en direkte følge av keisersnittet eller har andre årsaker (8).	
12. Målsetning	Sikre medisinsk begrunnet bruk av keisersnitt og unngå keisersnitt uten god medisinsk indikasjon	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå dersom det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	13.2. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt. omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og kan sikre at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon.
14. Begrepsavklaringer	<p>Keisersnitt er forløsning av et barn via et kirurgisk inngrep gjennom bukveggen og livmorveggen.</p> <p>Elektivt keisersnitt: Planlegges minst 8 timer før start av inngrepet og før kvinnen er i fødsel</p> <p>Akutt keisersnitt: Beslattes mindre enn 8 timer før start av inngrepet og mens kvinnen er i fødsel</p> <p>Robson-gruppene (The Ten Group Classification System of Robson; «Robson Ten»): Robson-gruppene er et internasjonalt system (WHO) som kategoriserer fødende i 10 ulike grupper basert på karakteristika som antall fødsler en kvinne har hatt, fødselsstart, svangerskapslengde, fosterleie og antall barn. Robson klassifiseringen kan brukes til å analysere variasjon i keisersnittbruken mellom populasjoner, institusjoner, foretak eller regioner, og til å intervensere og gi anbefalinger.</p> <p>Robsons 10 grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart 2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med indusert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart 3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart 4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med indusert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart 5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker 6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie 7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie 8. Alle med flerlinger 9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie 10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie 	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1: Antall keisersnitt hos alle fødende Måltall 2: Antall keisersnitt hos førstegangsfødende i Robson 1 og 2 Måltall 3: Antall keisersnitt hos førstegangsfødende i Robson 1	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Måltall 1: Antall fødende kvinner i perioden Måltall 2: Totalt antall kvinner i Robson gruppe 1 og 2 Måltall 3: Totalt antall kvinner i Robson gruppe 1	
17. Hovedmåltall	Andel keisersnitt hos alle fødende	
18. Andre måltall	Andel keisersnitt hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart) Andel akutt keisersnitt hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart)	
19. Presiseringer rundt utvalg	Alle levendefødte, samt dødfødte større eller lik 500 gram eller mer eller lik 22 uker. Ved fødestuer utføres normalt sett ikke keisersnitt, og fødsler ved fødestuer er derfor ekskludert fra denne indikatoren	
20. Manglende rapportering	Neglisjerbart	
21. Teknisk beregning av indikator	Se 15-16	
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus	
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter	
Datainnsamling/kilder		
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet	

25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) (9)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende innhenting gjennom året
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	<p>Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan skyldes flere faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalssystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet <p>Det er ofte en kombinasjon av flere av disse</p>
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	<p>I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (10). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.</p> <p>Ved fødestuer utføres normalt sett ikke keisersnitt, og fødsler ved fødestuer er derfor ekskludert fra denne indikatoren.</p>
32. Relaterte indikatorer	Postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt; Dype infeksjoner og organ-/hulromsinfeksjoner etter utført keisersnitt; Pasienter med oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Videreutvikle slik at risikoprofil på sykehus fremkommer i visningen (se punkt 29).
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Häger R, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, Henriksen T. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 428-34. 2. Eriksen HM, Sæther AR, Løwer HL, Vangen S, Hjetland R, Lundmark H, Aavitsland P. Infeksjoner etter keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129:618-22. 3. Hemminki E, Shelley J, Gissler M. Mode of delivery and problems in subsequent births: a register based study from Finland. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:169-77. 4. Kennare R, Tucker G, Heard A et al. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007; 109(5):270-6. 5. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Vangen S. Uterin rupture after previous caesarean section. BJOG 2010;117:809-820. 6. Ananth CV MPH, Smulian J, Vinzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:1071-8. 7. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. BMJ 2008; 336(7635):85. 8. Tollånes MC, Moster D, Daltveit AK, Irgens LM. Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study. J Pediatr 2008 Jul; 153 (1):112 9. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk_fodselsregistre. 10. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010