

The experience of using unsafe or ineffective health interventions and technologies: A case of Cesarean section

Pisake Lumbiganon, MD,MS

President, Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists

Vice President, Asia Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology

Convenor, Cochrane Thailand

Conflict of Interest

- None

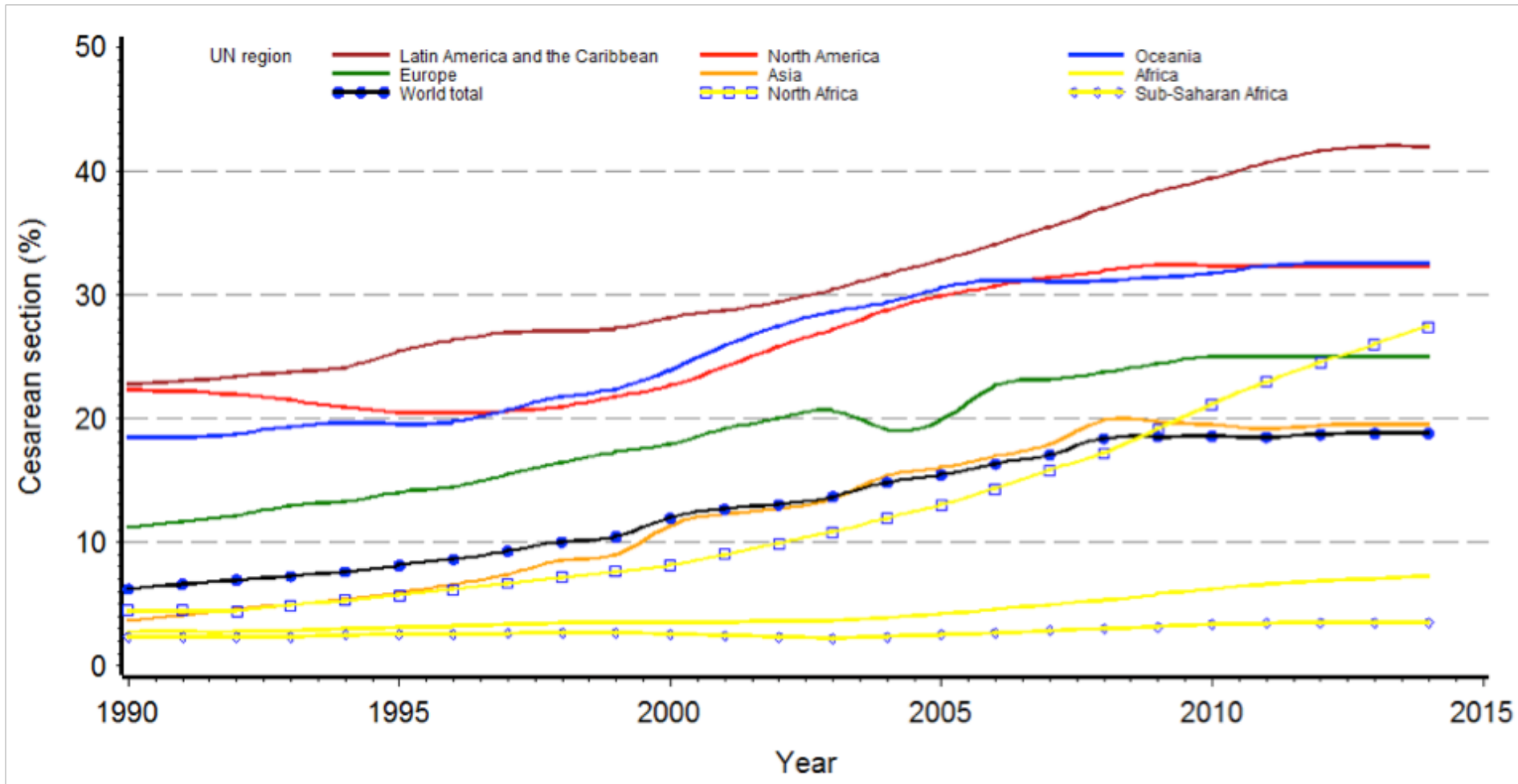
Caesarean Section: WHO Recommendations and approach to reducing unnecessary caesareans

Metin Gülmezoglu, Ana Pilar Betran

Pisake Lumbiganon, RTCOG

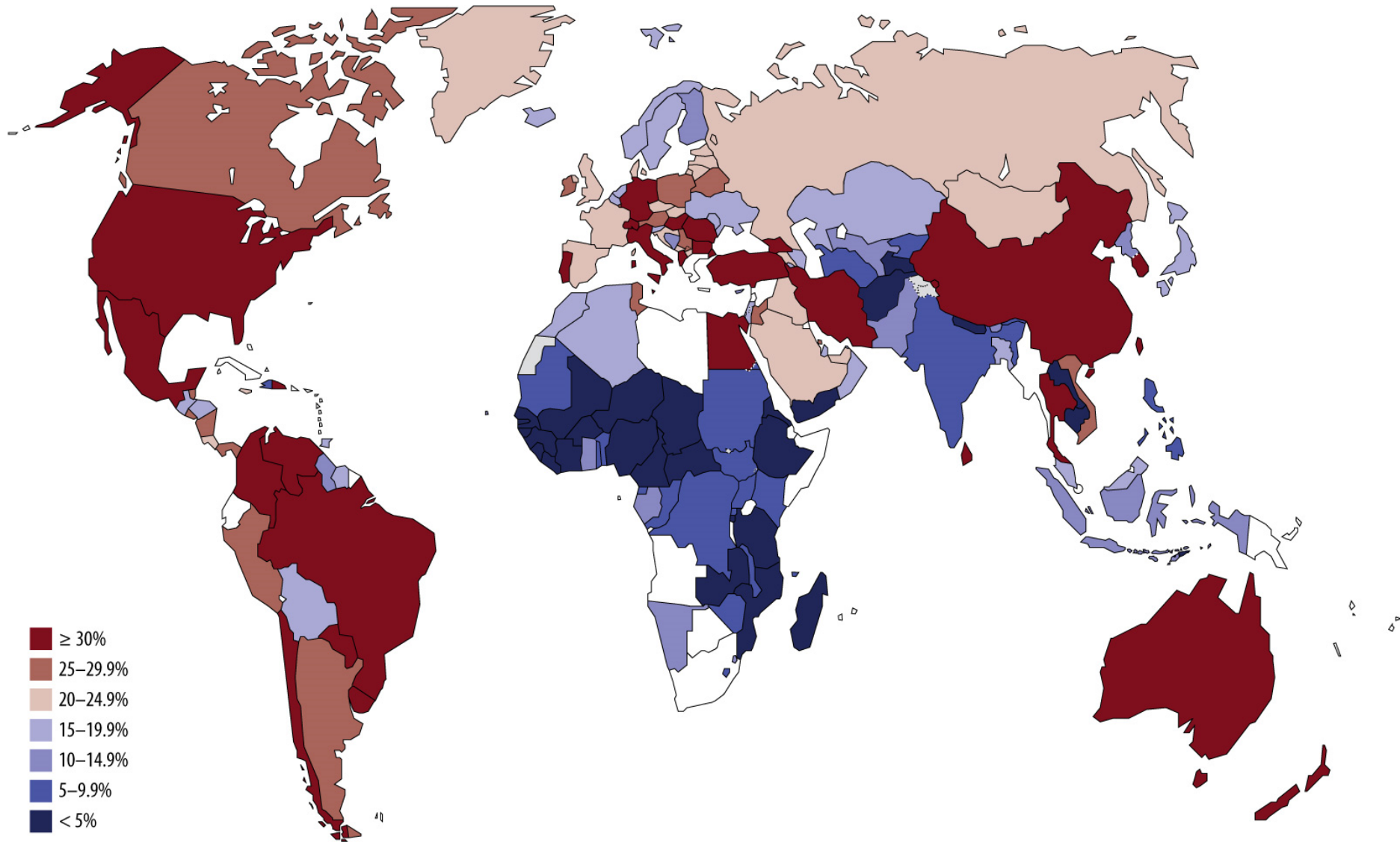


CS trends worldwide since 1990



Source: Betrán et al: The increasing trend in Caesarean section rates. PLoS ONE 2016

CS rates worldwide

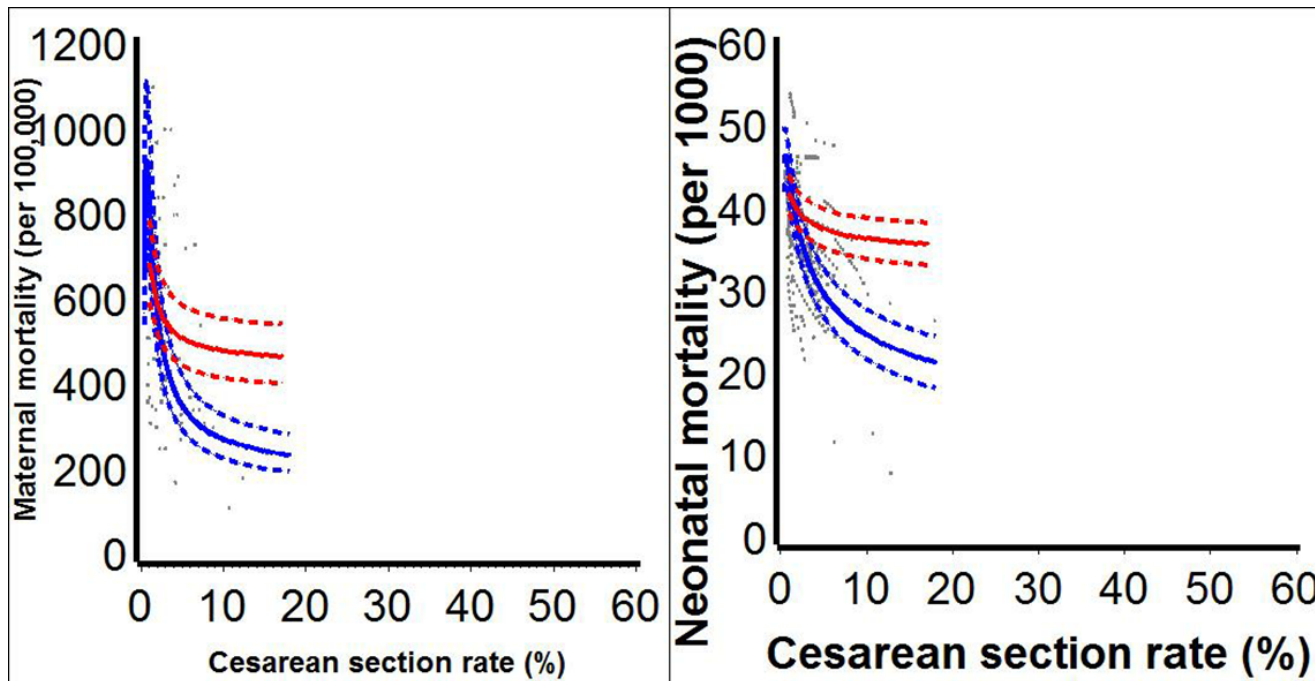


Source: Betrán et al: The increasing trend in Caesarean section rates. PLoS ONE 2016

At population level, CS rates >10% are not associated with reductions in maternal and neonatal mortality

Least developed countries(n=41)

Association between CS rates vs. maternal and neonatal mortality
Without adjustment and adjusting for HDI



Results

- ✓ There is a **strong inverse association between CS rates and mortality outcomes**:
 - ✓ as CS rates increase, **up to a certain threshold**, maternal, neonatal and infant mortality decrease
 - ✓ above this threshold, the association no longer exists and further increases in CS rates are not associated with improved mortality outcomes
- ✓ Point of inflection for the association between CS rates and mortality outcomes: **CS rates at about 10%** (9-16% for the systematic review)
- ✓ **No morbidity outcomes** were available at the population level

Caesarean Section – WHO Statements



1985 Statement

- ✓ There is no justification for any region to have a CS rate higher than 10-15%

2015 Statement

- ✓ At population level, CS rates higher than 10% are not associated with reductions in maternal and newborn mortality rates
- ✓ WHO proposes the use of the Robson (10-group) classification

This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health

BMC Medicine 2010, **8**:71 doi:10.1186/1741-7015-8-71

Joao P Souza (souzaj@who.int)

Ahmet M Gulmezoglu (gulmezoglum@who.int)

Pisake Lumbiganon (pisake@kku.ac.th)

Malinee Laopaiboon (laopaiboonmalinee@yahoo.co.uk)

Guillermo Carroli (gcarroli@crep.com.ar)

Bukola Fawole (fawoleo@yahoo.co.uk)

Pang Ruyan (pangruyan@yahoo.com)



Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08

*Pisake Lumbiganon, Malinee Laopaiboon, A Metin Gülmezoglu, João Paulo Souza, Surasak Taneepanichskul, Pang Ruyan, Deepika Eranjanie Attygalle, Naveen Shrestha, Rintaro Mori, Nguyen Duc Hinh, Hoang Thi Bang, Tung Rathavy, Kang Chuyun, Kannitha Cheang, Mario Festin, Venus Udomprasertgul, Maria Julieta V Germar, Gao Yanqiu, Malabika Roy, Guillermo Carroli, Katherine Ba-Thike, Ekaterina Filatova, José Villar, for the World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group**

Summary

Background There has been concern about rising rates of caesarean section worldwide. This Article reports the third phase of the WHO global survey, which aimed to estimate the rate of different methods of delivery and to examine the relation between method of delivery and maternal and perinatal outcomes in selected facilities in Africa and Latin America in 2004–05, and in Asia in 2007–08.

Methods Nine countries participated in the Asia global survey: Cambodia, China, India, Japan, Nepal, Philippines, Sri Lanka, Thailand, and Vietnam. In each country, the capital city and two other regions or provinces were randomly selected. We studied all women admitted for delivery during 3 months in institutions with 6000 or fewer expected deliveries per year and during 2 months in those with more than 6000 deliveries. We gathered data for institutions to obtain a detailed description of the health facility and its resources for obstetric care. We obtained data from women's

Lancet 2010; 375: 490–99

This online publication
has been corrected.

The corrected version first
appeared at thelancet.com

on December 3, 2010

Published Online

January 12, 2010

DOI:10.1016/S0140-
6736(09)61870-5

See [Comment](#) page 440

2015 WHO Statement on Caesarean Section

Key messages

- ✓ CS are effective in saving maternal and infant lives, but only when they are required for medically indicated reasons.
- ✓ CS can cause significant complications, disability or death
- ✓ **CS should ideally only be undertaken when medically necessary**

Reasons for increasing unnecessary CS

□ Patients

- Literacy about risk and benefit of CS
- Fear of labour pain
- Horoscope
- Convenient time management

□ Providers


- Literacy about risk and benefits of CS
- Better time management
- Higher financial incentives
- Fear of medical lawsuit

The Robson classification

(10-group classification)


- Parity
- Onset of labour
- Gestational age
- Fetal lie and presentation
- Number of fetuses
- Previous CS

Group 1




Nulliparous with single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation in spontaneous labour

Group 6



All nulliparous women with a single breech pregnancy

Group 2




Nulliparous with single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation who either had labour induced or were delivered by caesarean section before labour

Group 7




All multiparous women with a single breech pregnancy, including women with previous uterine scars

Group 3



Multiparous without a previous uterine scar, with single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation in spontaneous labour

Group 8




All women with multiple pregnancies, including women with previous uterine scars

Group 4



Multiparous without a previous uterine scar, with single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation who either had labour induced or were delivered by caesarean section before labour

Group 9




All women with a single pregnancy with a transverse or oblique lie, including women with previous uterine scars

Group 5



All multiparous with at least one previous uterine scar, with single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation

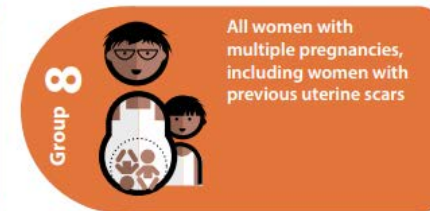
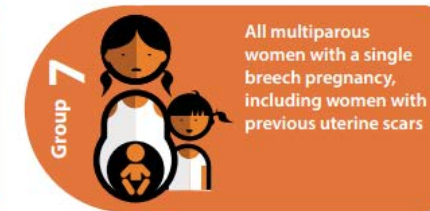
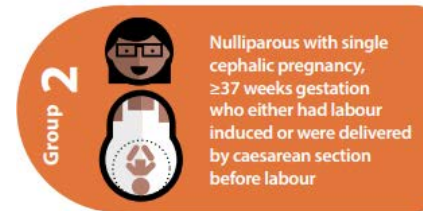
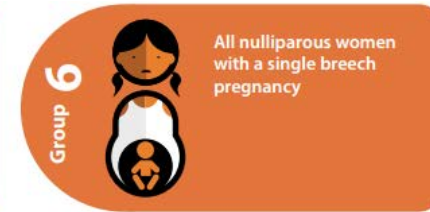
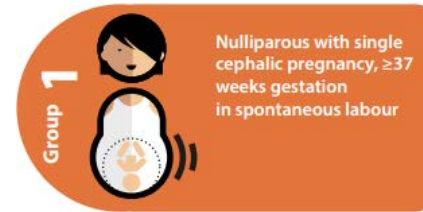
Group 10



All women with a single cephalic pregnancy < 37 weeks gestation, including women with previous scars

Shifting focus

From the search of an “optimal” CS rate to →
prioritize and promote
facility-level
understanding of CS rates
by using a common tool



Possible Interventions

1. Clinical interventions
 1. Appropriate induction of labour
 2. ECV
 3. Appropriate indication for C/S
 4. VBAC
 5. Pain relief during labour
2. Non clinical interventions
 1. Health literacy
 2. Companion of choice during labour
 3. Audit and feedback
 4. Financial strategies



25/05/61

ภิศก สุมพิทานนท์ RTCOG

16



ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ก.ชิวานนท์ อ.เดือน จ.นนทบุรี ๑

fanmoph pr_moph clubhealthch moph channel

โทร. 02 590 1401-2
โทรสาร. 02 591 8612-3

BUREAU OF INFORMATION, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

รมว.สธ.-ประธานราชวิทยาลัย ร่วมวางกรอบความร่วมมือพัฒนาระบบสาธารณสุข 3 ด้าน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และประธาน 16 ราชวิทยาลัย/วิทยาลัยวิชาชีพของประเทศไทย หรือกรอบความร่วมมือ เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งการผลิตและพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบบริการ และการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ กำหนดลงนามข้อตกลงร่วมกันในเดือนธันวาคม 2560

วันนี้ (4 ตุลาคม 2560) ที่กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประชุมหารือความร่วมมือกับ 16 ประธานราชวิทยาลัย/วิทยาลัยวิชาชีพของประเทศไทย และให้สัมภาษณ์ว่า กระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยทั่วประเทศ ได้ร่วมหารือความร่วมมือการดำเนินงานใน 3 ด้าน คือ 1.การผลิตและพัฒนาบุคลากร โดยมีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถาบันหลักในทุกเขตสุขภาพ การสนับสนุนโควตาการศึกษาของนักเรียนทุนกระทรวงสาธารณสุข และการอบรมในสาขาที่สอดคล้องตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ทั้ง 19 สาขาของกระทรวงสาธารณสุข 2.การพัฒนาระบบบริการแก่ประชาชน ได้แก่ สนับสนุนการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) การพัฒนาระบบ/วางแผนทรัพยากร การสร้างนวัตกรรม



25/05/61

ภิตก ลุมพิกานนท์ RTCOG

17

What should we do in Thailand?

Interventions	By
1. Reproductive health literacy	1. DOH, PSO, RTCOG
2. Monitoring C/S rates	2. DMS, PSO, RHO, University, RTCOG
3. Implement interventions	3. DMS, PSO, NHSO, HA, University, RTCOG
4. Monitoring and evaluation	4. DMS, PSO, NHSO, RTCOG
5. Implementation Research	5. HSRI, University, RTCOG



"แต่ละประเทศควรมีการฉีดวัคซีนไม่เกิน 15%
แต่ประเทศไทยมีสูงถึง 40%
มากเป็นอันดับ 2 ในเอเชีย"

บพวิฑิต คุนพิทานนท์



กรมอนามัยย้ำ !!

เอาอย่างแม่หญิงการะเกด เถิดหนออเจ้า ทั้งหลาย

คลอดธรรมชาติ

ดีต่อแม่และลูกมากโข

กว่าการผ่าคลอดนัก...