



ARBETS- OCH REFERENSGRUPP
FÖR

PSYKOSOCIAL OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Förlossningsrädsla

Rapport nr 77
2017

Arbets- och Referensgruppen för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

Nr 77

2017

Förlossningsrädsla

Författare:

Ulla Björklund	Stockholm
Joy Ellis	Närhälsan, Göteborg
Britt Baumann Gustafsson	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Maria Hammarström	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Caroline Lilliecreutz	KK, Universitetssjukhuset, Linköping
Katri Nieminen	KK, Vrinnevisjukhuset
Lennart Nordström	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Elsa Lena Ryding	Karolinska Institutet, Stockholm

Redaktionsgrupp:

Ulla Björklund och Elsa Lena Ryding

Deklaration av potentiella jäv, intressekonflikter och andra bindningar

Ulla Björklund	inga
Elsa Lena Ryding	inga
Joy Ellis	inga
Britt Baumann Gustafsson	inga
Katri Nieminen	inga
Lennart Nordström	inga
Maria Hammarström	inga
Caroline Lilliecreutz	inga

Redaktör:	ARGUS Ove Axelsson, Uppsala universitet, Uppsala
Layout:	Monika Frisell
Tryck:	Elanders AB

Innehåll

Förord.....	5
1. Definitioner och diagnostik.....	7
2. Förlossningsupplevelsen	15
3. Mödrahälsovårdens roll	19
4. Auroraverksamheten.....	25
5. Psykoterapi vid förlossningsrädsla.....	31
6. Handläggning under förlossning och på BB.....	39

Förord

Det är nu 13 år sedan den första ARG-rapporten om förlossningsrädsla publicerades. Utifrån nya forskningsdata och förändringar i förlossningsrutiner finns det ett behov av en uppdatering av rapporten. I arbetet med den nya versionen av rapporten har POS-ARG samarbetat med Riks-MÖL-gruppen, Perinatal-ARG och barnmorskor. Rapporten syftar till att ge ökad kunskap om förlossningsrädsla samt förslag till handläggning av patienterna och samarbete i vårdkedjan.

Förlossningen har i alla tider varit potentiellt farlig för kvinnan och barnet. Men med dagens förlossningsvård och ett allmänt gott hälsotillstånd hos de flesta kvinnor är det sällan som det uppstår allvarliga medicinska komplikationer. I ett internationellt perspektiv har Sverige mycket låg mödradödlighet ($< 5/100\,000$ födda) och en låg neonatal dödlighet ($1,4/1000$ födda barn inom 28 dagar efter förlossningen) (Socialstyrelsen 2014). Men det är inte ovanligt att det uppstår komplikationer under graviditeten eller i samband med förlossningen. Exempelvis diagnosticeras 3,5 procent av med analsfinkterskada (SBU 2016) och ca 17 procent förlöses med kejsarsnitt (Socialstyrelsen 2017).

Depression och ångesttillstånd är lika vanligt bland gravida som bland icke-gravida. Dessa tillstånd kan påverka kvinnans tankar och rädsla inför förlossningen och färga hennes förlossningsupplevelse.

Trots att den reella risken för kroppslig skada är låg möter vi kvinnor, som är mycket rädda för förlossningen. En del uttrycker att de alltid varit rädda inför tanken på födandet, andra

har drabbats av stark rädsla under pågående graviditet eller utvecklat en stark rädsla efter svåra upplevelser i samband med tidigare förlossning.

Förlossningsrädsla brukar graderas från lätt till fobisk. Lätt förlossningsrädsla kan ses som en normalvariant av rädsla inför en process som inte är helt förutsägbart. De svåraste varianterna stark förlossningsrädsla och fobisk rädsla innebär ökade risker för både mamman och barnet under förlossningsförloppet, samt ökad risk att uppleva förlossningen traumatisk.

Förlossningsrädsla kan även finnas hos män. Vi har valt att huvudsakligen behandla kvinnors rädsla och trauma i samband med förlossning.

Rapporten beskriver olika bakgrundsfaktorer som kvinnans sårbarhet och tidigare förlossningserfarenheter eller tidigare skadande erfarenheter. Den innehåller råd som är uppdelade utifrån de olika instanser som kvinnan passerar: mödrahälsovård, Auroramottagning/specialistmödravård, förlossningsavdelning, BB-avdelning och uppföljning. Rapporten innehåller också en beskrivning av psykoterapi som behandling vid svår förlossningsrädsla.

I framtiden vore det angeläget med ett nationellt vårdprogram. Forskningsunderlaget bedöms dock ännu för ofullständigt.

Vår förhoppning är att ARG-rapporten ska bidra till att öka er kunskap och er förmåga att lindra/behandla förlossningsrädsla så att kvinnan vågar föda och att hennes förlossningsupplevelse blir så bra som möjligt utifrån förutsättningarna.

1. Förlossningsrädsla – definitioner och diagnostik

Elsa Lena Ryding

Definition

Vad är förlossningsrädsla? I arbetet med förlossningsrädda kvinnor möter man två missuppfattningar: att det är helt normalt att vara rädd och ingenting att pjäska med; att en förlossningsrädd kvinna alltid är psykiskt allvarligt störd eller sjuk och kommer att ha mycket svårt i sitt moderskap.

I den kliniska verkligheten finns rädsla inför förlossningen på en skala från ingen rädsla alls till en oerhört stark ångest. I flera stora svenska studier av gravida kvinnor var graden av förlossningsrädsla normalfördelad (1-3).

Amira är en gravid förstföderska som ser lite förvånad ut när barnmorskan på MVC frågar vad hon tänker om sin förlossning. "Det har jag inte precis tänkt på" säger hon, "alla andra kan ju föda barn så det ska väl gå bra..."

Beata svarar barnmorskan att hon är lite rädd för hur det ska kännas. Det är svårt att föreställa sig hur ont det ska göra. Hon tänker ändå att det viktigaste är att barnet kommer ut välskapt och friskt. Beata ser fram emot att få lära sig mera om förlossningen på föräldrautbildningen.

Caroline oroar barnmorskan genom att berätta att hon är extremt smärtkänslig och även stickrädd. "Jag vill ha alla bedövningar som finns!" säger hon.

Dunja är en gift äldre förstföderska med en oplanerad graviditet. Hon kommer till MVC för graviditetstest och blir svimfärdig av ångest när den visar sig positiv. På barnmorskans rum gråter hon och berättar att hon längtat alltmer efter ett barn, men att hon så länge hon kan minnas

varit paniskt förskräckt för att föda. Hon har mått sämre av sina p-piller och paret har sista månaden tänkt använda kondom. Dunjas första tanke är nu att hon måste göra abort om hon inte kan få kejsarsnitt.

Förlossningsrädsla kan förekomma inte bara före, utan också under (4) och efter (5) förlossningen. Förstföderskor rapporteras i genomsnitt mera rädda inför sin förlossning (5,6), men omföderskor står enligt vissa studier för majoriteten av de svårast förlossningsrädda (3,5).

Emma kommer till specialmödravården för ställningstagande till förlossningssätt. Ju längre graviditeten går, desto mera oro känner Emma för att få en lika hemsk förlossning som för fem år sedan. Hennes förlossning började normalt, men utdrivningsskedet blev oerhört ansträngande. Hon låg i 8 timmar fullvidgad under natten och förlöstes på morgonen med sugklocka. Barnet mädde bra men Emma var utmattad och hade mycket ont i sin stora bristning. Det tog nästan ett år innan paret kunde ta upp sitt sexuella samliv igen. Medföljande maken Emilio berättar om hur maktlös han kände sig. Han vill helst inte vara med om en vaginal förlossning igen.

I forskningssammanhang måste man bestämma sig för var gränsen går mellan en mera "normal" rädsla och en "sjuklig" rädsla ("severe fear of childbirth"). I olika studier har man satt gränsen olika, t.ex. vid 90:e percentilen på en självskattningsskala (1). En del studier använder en betydligt lägre gräns för "high fear", ca 75:e percentilen (7) eller använ-

der andra metoder för definition (8). Var går då gränsen för en förlossningsrädsla av klinisk betydelse? Vanligen är det kvinnan som bestämmer sig för om hon har det tillräckligt besvärligt för att vilja söka hjälp. Människor har dock olika trösklar för att be om hjälp och en del gör det aldrig. Man kan också för kliniskt ändamål definiera ”svår förlossningsrädsla” som en rädsla inför, under eller efter förlossning, som medför att kvinnan inte vågar bli gravid, eller föda vaginalt, eller som medför ett psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag och/eller funktioner. Undergruppen ”förlossningsfobi” innebär en extrem rädsla som leder till undvikande av graviditet eller av vaginal förlossning. Man kan även tala om lätt/lindrig förlossningsrädsla, som innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen. Måttlig förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och stöd, men som inte medför ett ständigt psykiskt illabefinnande.

FAKTARUTA I DEFINITIONER

- Förlossningsfobi medför att kvinnan p.g.a. extrem rädsla undviker graviditet eller vaginal förlossning
- Svår förlossningsrädsla medför psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret, eller leder till begäran om kejsarsnitt
- Måttlig förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och stöd, men som inte medför ett ständigt psykiskt illabefinnande
- Lätt förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen.

Förekomst

Areskog m.fl. visade 1981 att 6 procent av en population kvinnor i sen graviditet led av svår förlossningsrädsla (9). Det är svårt att veta om tillståndet ökat i frekvens, men två svenska studier från 1998 (1) och 2009 (3) med samma metodik tyder på en ökning av antalet svårt förlossningsrädda kvinnor. Dock var kvinnorna i genomsnitt 2 år äldre vid det senare tillfället. Enligt en undersökning av över 8000 schweiziska kvinnor 2002 rapporterade 5,3 procent en intensiv förlossningsrädsla (10). Enligt en stor finsk studie led drygt 7 procent av svår förlossningsrädsla (11). Ungefär 11 procent av 6422 gravida kvinnor i sex nordeuropeiska länder kunde klassificeras som förlossningsrädda (12). Enligt en ny systematisk genomgång av studier i 18 länder är förekomsten svårbedömd p.g.a. skiftande definitioner (innefattar troligen måttlig till svår rädsla), men uppskattas till ungefär 14 procent (8).

Vad är kvinnor rädda för inför förlossningen?

Kvinnan som söker för förlossningsrädsla anger ofta oro för outhärdlig smärta, bristande förtroende för personalen, bristande tilltro till den egna förmågan att kunna föda, rädsla för att gå sönder, skräck för att dö, för att tappa kontrollen eller för att barnet skall skadas (13). Hos en genomsnittspopulation (kvinnor utan särskild rädsla för förlossningen, eller rättare sagt med alla grader av rädsla) var just farhågor angående barnets liv och hälsa den vanligaste anledningen till oro under inför förlossningen (10).

Bakgrundsfaktorer

Förlossningsrädsla kan hänga samman med kvinnans personliga förutsättningar samt med den sociala situation hon lever i. Kvinnans personliga egenskaper är betydelsefulla, till exempel konstitutionell ångestbenägenhet, dålig självkänsla, förhöjt kontrollbehov, uttrötthet, irritabilitet, muskelspänning och kommunikationsproblem (14-16).

Dessa faktorer utgör grunden för hur man bemästrar svårigheter och motgångar i livet. I gruppen förstföderskor finns en del kvinnor, som tidigt under uppväxten hört om svåra förlossningsupplevelser. Andra kvinnor har utsatts för sexuella övergrepp (17). Både först- och omföderskor som är deprimerade under sin graviditet kan känna att de inte har ork att föda vaginalt med den ansträngning som de tänker sig att det kan innebära. Bland kvinnor med psykiatriska diagnoser är förlossningsrädsla vanligare än hos psykiskt helt friska kvinnor (18). Omvänt är psykiatriska diagnoser vanligare hos kvinnor som söker för förlossningsrädsla (19). Hos omföderskor anges i stor utsträckning en traumatisk upplevelse vid en tidigare födsel (6,20). De starkt förlossningsrädda omföderskorna har oftare upplevt mer komplicerade förlossningar, oftare akut kejsarsnitt eller sugklocka, eller t.ex. svåra bristningar, blödningar > 1000ml och/eller placentalretention (21). Även en partus normalis kan ha upplevts som ett svårt psykiskt trauma av den födande kvinnan. Smärta och ångest är subjektiva upplevelser. Många förlossningsrädda kvinnor uppger att de är extremt smärtkänsliga, vilket verifierades av en experimentell studie (22).

Man har även visat att de förlossningsrädda kvinnorna hade längre intervall mellan sina graviditeter än de omföderskor, som inte uppvisade någon förlossningsrädsla (23)

I en stor finsk studie studerade man den sociala situationen hos kvinnor med förlossningsrädsla och även deras partners (14). Faktorer som ålder, typ av arbete och utbildning uppvisade ingen korrelation till förlossningsrädsla. Dock uppgav kvinnor, som sade sig ha gott socialt stöd och som var nöjda med sitt partnerval, mindre rädsla än andra kvinnor. Ju mer missnöjd partnern var med sin livssituation desto mer oro uppvisade kvinnan. Arbetslöshet var ytterligare en faktor som ökade risken för förlossningsrädsla. Däremot inverkar inte partners personlighet på allvarlig rädsla hos den blivande modern.

FAKTARUTA II RISKFaktorER FÖR FÖRLOSSNINGSRÄDSLOR

- Ångestbenägenhet, ångestsjukdomar
- Depression
- Bristande socialt stöd
- Dålig relation med partnern
- Ökad smärtkänslighet
- Tidigare traumatisk förlossning
- Anamnes på sexuella övergrepp

Ångestsyndrom

En del kvinnor som söker för rädsla inför förlossningen besvärar också av ett annat ångestsyndrom eller av depression. Ibland är det ångestsyndromet som presenteras som förlossningsrädsla. Till exempel är det troligt att en kvinna med injektionsfobi fruktar sin förlossning eftersom hon kan tänkas behöva injektioner. En del kvinnor med ångestbesvär kan alltså oroas av vad ångesten ska ställa till med under förlossningen. Andersson m.fl. fann en prevalens av ångestsyndrom hos gravida på 6,6 procent (18).

Ångestsjukdomar är vanliga i befolkningen. Punktprevalens hos gravida kvinnor anges enligt en översiktsartikel (24) vara: Panikångest 0,2-5,7 procent, agorafobi eller torgskräck utan panikattacker 0,9 procent, enkla fobier, t.ex. stick- och blodfobi, även förlossningsfobi kan räknas hit 3,2-19,9 procent, social fobi (sjuklig blyghet) 0,4-6,4 procent, generaliserat ångestsyndrom 0-10,5 procent, tvångssyndrom 0-5,2 procent och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) 0-7,9 procent. Debut och utveckling av ångestsjukdom under graviditet har inte studerats tillräckligt.

Blod- och stickfobi har rapporterats hos 7 procent av en gravid population i Sverige (25). Detta kan vara handikappande inför en förlossning oavsett förlossningssätt. Sjukhusrädsla är påfrestande när kvinnan vet att det

är på ett sjukhus hon måste föda. Fobi för gynekologisk undersökning är också ett bekymmer som kan föranleda önskan om kejsarsnitt.

Panikattacker är något som många i övrigt friska människor har drabbats av och paniksyndrom med täta ångestattacker är inte helt ovanligt. För att undvika panik begränsar människor sina liv på olika sätt. En gravid kvinna med panikångest tror ofta att hon ska få en attack under förlossningen och att personalen ska stå handfallen och/eller att barnet kan ta skada. Agorafobi eller torgskräck (kan förekomma utan panikångest) innebär att personen inte kan visa sig ute bland människor.

PTSD uppstår som direkt följd av en förlossning i ungefär 2 procent av en oselecterad population (26). Det är vanligare efter oplanerade operativa förlossningar samt hos sårbara individer och när kvinnan känt sig kränkt eller felbehandlad under förlossningen. Symptomen är att tankar och drömmar om den svåra upplevelsen tränger sig på och stör kvinnans liv. Hon blir också mycket orolig och försöker ”stänga av” allt som påminner om förlossningen. I värsta fall blir det omöjligt att knyta an till det nyfödda barnet. Man kan tala om en ”pretraumatisk stress” när en kvinna har ungefär samma symptom inför den kommande förlossningen. Johan Söderquist et al. visade att pretraumatisk stress ofta leder till posttraumatisk stress, d.v.s. en negativ förväntan infrias som en självuppfyllande profetia (27).

Depression

Depression under graviditet och post partum är vanligt (28, 29). Det finns en positiv korrelation mellan depression och förlossningsrädsla (14). En kvinna som av olika skäl är nedstämd känner ofta att hon inte kommer att orka med den ansträngning som förlossningen kan innebära. Hon känner att hon inte har den kraft som kvinnorna i föräldrautbildningens förlossningsfilm utstrålar. Att vara mycket rädd inför förlossningen och inte veta om man ska få hjälp kan å andra sidan utlösa depressionssymptom. Sammantaget finns det sårbarhetsfaktorer som är gemensamma för depression och förlossningsrädsla.

Frida har sökt flera gånger på gynakuten för hjärtklappning och trötthet under tidig graviditet. Prover har uteslutit fysisk åkomma. Hon kommer därför till den psykosociala enheten och berättar att hon sedan tonåren lidit av återkommande måttliga depressioner. När symptomen på graviditet som illamående, trötthet och sömnhet kom, blev Frida orolig. Det kändes som om hon skulle bli deprimerad igen. Tankar på ansvaret för barnet och på en jobbig förlossning kändes tunga och skrämmande. Frida vill i alla fall fullfölja sin graviditet och i enlighet med sin egen önskan får hon börja i samtal hos en psykolog.

Kvinnor med svår förlossningsrädsla har ofta symptom på depression och/eller annan typ av ångest. Dock finns en grupp som endast lider av specifik förlossningsrädsla (30).

FAKTARUTA III

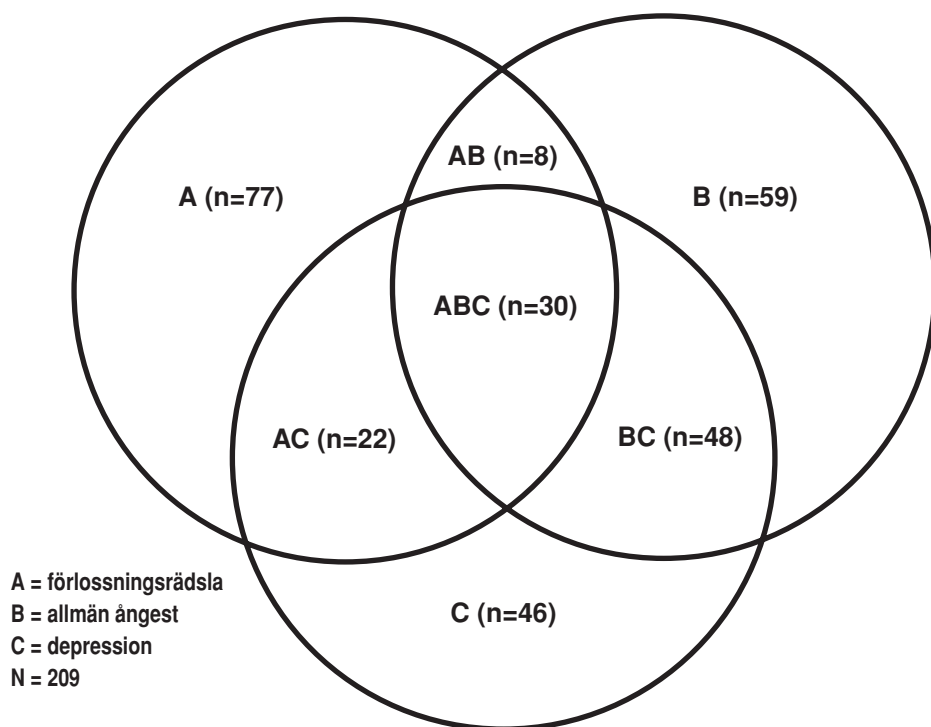
Risikfaktorer för PTSD efter förlossning

- Förlossningsrädsla och ”pretraumatisk stress”
- Depression under graviditeten
- Tidigare psykiatrisk/psykologisk behandling
- Dåliga erfarenheter av sjukvården
- Oplanerad operativ förlossning

FAKTARUTA IV

Ångestsjukdomar

- Panikångest, med och utan agorafobi
- Enkla fobier, t.ex. stick- och blodfobi, även förlossningsfobi
- Social fobi
- Generaliserat ångestsyndrom
- Tvångssyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom

Figur 1. Förlossningsrädsla, andra ångestproblem och depressivitet överlappar (Störksen et al.)

Psykofarmaka

Många unga kvinnor står idag på SSRI-preparat som har god effekt på både panikångest och depression, men ofta sätts preparaten ut inför eller i början av en graviditet (31). Ibland finns det dock starka skäl för att fortsätta mediciner. Även psykoterapi kan ge bot eller bättring, i bästa fall redan innan kvinnan planerar graviditet. Forskning bl.a. utifrån Medicinskt Födelseregister i Sverige har klarlagt att flertalet antidepressiva medel under tidig graviditet inte ger fosterskador (www.janusinfo.org). Effekter på barnet på lång sikt är inte fullt kartlagda. Man har observerat övergående abstinenssymptom hos nyfödda barn. Medicinering bör ske i samarbete mellan obstetrik och psykiater. Att en nybliven mamma plågas mycket svårt av psykiska problem är med stor sannolikhet sämre för det nyfödda barnet än att behandlas med mediciner som inte bedömts orsaka uppenbar fosterskada (31,32).

Gabriella är en 30-årig förstagsgravid, somatiskt frisk, men som sedan sju år tar ett SSRI-preparat dagligen på grund av depression. Gabriella har inte vid något tillfälle haft psykiaterkontakt. Hennes mamma har drabbats av depressioner som debuterade efter partus, likaså har hennes bror depressiva besvär. Hon har tidigt på mödravården uttryckt oro inför vaginalförlossning och att detta inte är ett tänkbart alternativ. På eget initiativ har hon slutat med antidepressiv behandling i graviditetsvecka 4. I vecka 24 kommer Gabriella på ett läkarbesök för diskutera förlossningssätt. Man finner en klart depressiv kvinna, som gråter under större delen av samtalet och som ter sig mycket ångestfylld. Gabriella vill inte ha psykiaterkontakt, men går med på att sätta in sin medicin igen, vill försöka med halva sin gamla dos. Vid detta tillfälle ingen ytterligare diskussion kring förlossningssätt, eftersom patienten inte är i psykisk balans för detta. Samtidigt går hon hos en Aurora-barnmorska. Gabriella återkommer vecka 30

klart förbättrad och vi kan ha en diskussion kring förlossningssätt. Hon uttrycker stor ångest och oro inför en vaginal förlossning, över att inte orka och att försämrats efter förlossningen. Hon accepterar i detta läge en psykiaterbedömning. Psykiaterns bedömning är att patienten inte visar tecken på depression men att det är viktigt att minska den yttre stressbelastningen, som en vaginal förlossning skulle innebära. Hen förordar därför sectio. Här finns en klart ökat sårbarhet och stor risk för depression. Man optimerar också patientens medicinering de sista veckorna inför förlossningen. Psykiater följer upp patienten post partum och psykologkontakt har etablerats.

Diagnostik och forskning

För diagnos av förlossningsrädsla i forsknings-sammanhang användes ofta självskattnings-skalar. Många skalar mäter allmän ångest och är mindre specifika. En kvinna med svår förlossningsrädsla kommer att få höga poäng för allmän ångest, medan en del kvinnor med hög ångest inte har någon särskild förlossningsrädsla. Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) är en väl validerad och reliabel självskattningskala (33) som översatts till många språk. Skalan innehåller 33 frågor och kan användas under (eller till och med före) graviditet (form A) och efter förlossning (form B), samt även för män (W-DEQ man). En gräns vid >85 skalpoäng har ofta använts för att definiera en grupp med svår förlossningsrädsla. Andra gränser kan användas beroende på ändamålet med studien. Kritik har riktats mot W-DEQ eftersom den är omfattande samt kan innehålla fler dimensioner än ren förlossningsrädsla. Man har föreslagit en kortare och mera specifik skala, W-DEQ A revised (34). Flera studier har använt två sammanlagda VAS-skalar (35). Detta instrument, Fear of Birth Scale (FOBS) har validerats mot W-DEQ A (36). För mätning av förlossningsrädsla under pågående förlossning finns Delivery Fear Scale (4). Framtida forskning behövs framför allt om behandlingsmetoder, då prevalens av och bak-

grundsfaktorer till svår förlossningsrädsla är mera kända.

Diagnostik och klinik

Även i det kliniska arbetet har psykologiska måtskalor sin plats. Man kan t.ex. be kvinnan fylla i skalan i väntrummet före första besöket eller skicka hem formuläret med kallelse till besök. Förutom att man får ett siffervärde som kan jämföras mot normvärden, får man också ett underlag för fortsatt samtal utifrån kvinnans svar på de olika frågorna i formuläret. Det har särskilt stort värde om kvinnan har svårt att sätta ord på vad hon känner och tänker. Inget frågeformulär kan ändå ersätta samtalet. Ett diagnostiskt samtal kan innehålla en öppen invitation, aktivt lyssnande, en genomgång av faktorer som kan ha betydelse i det enskilda fallet och till slut en sammanfattning av vad man gemensamt kommit fram till så långt. Att visa empati och respekt, värna om en bra kontakt och försöka att inte själv dras med i ångesten är bra ingredienser i alla patientsamtal. Även en enkel fråga som t.ex: "Hur pass rädd är Du för Din förlossning på en skala från ett till tio, om 0 är inte det minsta rädd och 10 är så rädd man över huvud taget kan vara?" kan ha sitt värde när man inte har möjlighet eller kompetens att använda en självskattningskala. Vid ett värde på 6 eller mer är det lämpligt att mödravårdsbarnmorskan avsätter tid för ett samtal.

Det diagnostiska samtalet kan föras på olika nivå. En barnmorska på MVC kan mycket väl fånga upp ett problem och bedöma behovet av ytterligare hjälp. Specialutbildad personal inom "Auroraverksamhet" kan komma långt med sin diagnostik. I de svåraste fallen behövs en psykoterapeut eller psykiater för att ställa korrekt diagnos.

För att kunna hjälpa en kvinna med svår förlossningsrädsla bör hon helst fångas upp så tidigt som möjligt, före en planerad graviditet eller i början av graviditeten. Då finns tid för utredning, diagnos och planering av behandling. Även i slutet av en graviditet finns anled-

ning att vara så noga som möjligt med diagnostiken för att kunna ge så bra hjälp som möjligt efter omständigheterna. Diagnostiken behövs också för att kunna stödja den kvinna, som verkligen behöver ett kejsarsnitt, i hennes önskan. (37).

Referenser

1. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77:542-7.
2. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Dis* 2004;18:127-42.
3. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;887:807-13.
4. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 315-20.
5. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Beh Therapy* 2002; 30: 75-84.
6. Ryding EL, Lukasse M, Van Parys A-S, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean section: a cohort study in six European countries. *Birth* 2015;42:48-55.
7. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, et al. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2009;18(5):667-77.
8. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, et al. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Aug;96(8):907-920. doi: 10.1111/aogs.13138. Epub 2017 May 17.
9. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981; 12: 262-6.
10. Geissbueler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002; 23: 229-35.
11. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;1161:67-73.
12. Lukasse M, Schei B, Ryding E, Bidens Study Group. Prevalence and associated factors for fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc* 2014;5:99-106.
13. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:266-72.
14. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing childbirth *BJOG* 2001;108: 492-98.
15. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:39-45.

16. Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, et al. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:814-20.
17. Lukasse M, Vangen S, Öian P och medarbetare. Childhood abuse and fear of childbirth – a population based study. *Birth* 2010;37:267-74.
18. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, et al. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:148-54.
19. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M och medarbetare. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011;118:1104-11.
20. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92(3):318-24.
21. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 679-682.
22. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain* 2001;93:123-7.
23. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Br J Obstet and Gynecol* 2002; 109:254-60.
24. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014;75:1153-84.
25. Lilliecreutz C, Josefsson A. Prevalence of blood and injection phobia in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:1276-9.
26. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008;29:240-50.
27. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006;27:113-9.
28. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95:62-6.
29. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 80:251-5.
30. Størksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;9:273-42.
31. Zoega H, Kieler H, Nørgaard M, et al. Use of SSRI and SNRI antidepressants during pregnancy: A population based study from Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *PLoS One*. Dec 14;10(12):e0144474. doi: 10.1371/journal.pone.0144474. eCollection 2015.
32. Regionalt vårdprogram – Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnstid. www.vardgivarguiden.se.
33. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 84-97.
34. Pallant JF, Haines HM, Green P, et al. Assessment of the dimensionality of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire using factor analysis and Rasch analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:361.
35. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011;27:560-7.
36. Haines HM, Pallant JF, Fenwick J, et al. Identifying women who are afraid of giving birth. A comparison of the fear of birth scale with the W-DEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Healthc* 2015; 6:204-10.
37. Wiklund I, Andolf E, Lilja H, Hildingsson I. Indications for cesarean section on maternal request – guidelines for counseling and treatment. *Sex Reprod Healthc* 2012;3:99-106.

2. Förlossningsupplevelsen

Ulla Björklund

Förlossningsvårdens primära mål är att underlätta, stödja och övervaka den normala förlossningen för att minimera risker för kvinnan och barnet och för att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt.

Kvinnans förlossningsupplevelse är en viktig kvalitetsindikator inom förlossningsvården. Förlossningsupplevelsen kan mätas/värderas med hjälp av validerade enkäter. Ett flertal enkäter finns, varav en del med lägre validitet.

Enligt en aktuell reviewartikel (1) fick två enkäter högst poäng:

Wijma Delivery Expectance/Experience Questionnaire B (2). Den mäter hur skräckfylld förlossningsupplevelsen var.

Pregnancy and Maternity Care Patients Experiences Questionnaire (3). Den mäter upplevelser under hela vårdförloppet.

En del förlossningskliniker använder i första hand en VAS-skala där kvinnan får gradera sin förlossningsupplevelse från 1 – 10. Enkäten kan fyllas i innan kvinnan lämnar förlossningsavdelningen/BB eller i samband med tidigt återbesök på förlossningskliniken. VAS-skalan har också använts för att värdera partners förlossningsupplevelser.

Om man misstänker att en kvinna traumatiserats av sin förlossningsupplevelse är det viktigt att man efter det akuta skedet ser till att kvinnan inte lämnas ensam och att man upprätthåller kontakt med henne (4). Man kan senare använda Traumatic Event Scale (TES) (5) för att värdera symtom på posttraumatisk stress och vidare erbjuda adekvat stöd och behandling om symtomen kvarstår. Den behandling som rekommenderas är traumafo-kuserad kognitiv beteendeterapi.

Oberoende av enkäter är det viktigt att vid utskrivningssamtalet ge kvinnan tid att, om hon vill, berätta om sin förlossning och hur hon upplevt den. I första hand är det viktigt att ta emot hennes spontana beskrivning av sin förlossning och hur hon upplevt den utan att ifrågasätta hennes berättelse. Däremot finns det inte stöd för debriefing för de kvinnor som upplevt förlossningen skrämmande eller traumatisk (6). Dessa kvinnor bör dock följas upp och eventuellt planeras för ytterligare återbesök för intervention/behandling om kvinnan visar symtom på posttraumatisk stress, stark oro/ångest eller nedstämdhet.

Hur påverkas kvinnorna av sina förlossningsupplevelser?

Dagens förlossningsvård skiljer sig mycket från den vård och det bemötande som födande kvinnor upplevde i mitten av 1900-talet. Femtio år senare intervjuades några av dessa kvinnor. De berättade om att de utsatts för kränkningar och skuldbeläggande och att minnena fortfarande var starka (7).

Förlossningsupplevelsen är multidimensionell. Den innefattar oftast både positiva och negativa känslor, tillfredsställelse och lycka men också oro/ångest, smärta (8).

I en svensk studie från 2006 (9) gjordes en omfattande enkätundersökning med målsättning att värdera hur kvinnorna uppfattade förlossningsvården och hur stor risken var att inte vara nöjd med vården. Tio procent av kvinnorna uppgav att de inte var nöjda med förlossningsvården och 26 procent att de inte var nöjda med eftervården. Brist på stöd från

barnmorskan och brist på möjlighet att få delta i beslutsfattande var det som starkast förutsade missnöjet.

I en senare svensk studie fick kvinnor, som upplevt sin förlossning positivt, träffas i en fokusgrupp för att samtala om sina förlossningsupplevelser 6 – 7 år efter förlossningen (10). Viktiga aspekter som framkom i fokusgruppen var vikten av att kvinnan känner trygghet i barnmorskans kompetens och att barnmorskan bekräftar kvinnans förmåga att föda.

Faktorer som kan bidra till en positiv förlossningsupplevelse

Positiva förlossningsupplevelser har fått relativt mindre uppmärksamhet i forskningen än negativa upplevelser. Några av de starkaste faktorerna för en positiv förlossningsupplevelse är

- tilltro/trygghet till att värbarn kommer igång;
- för omföderskor en tidigare positiv förlossningsupplevelse;
- kontinuerligt stöd under förlossningen (11, 12, 13, 14);
- att kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan fungerar väl;
- kvinnans känsla av delaktighet;
- partnerns stöd

I en amerikansk studie från 2014 (15) använde man sig av en blandning av metoder för att identifiera faktorer associerade med trygghet och positiva upplevelser under förlossningen. Data hämtades från en representativ översikt av kvinnor som födde ett barn på ett amerikanskt sjukhus 2005. Ca 42 procent av mödrarna angav att de upplevt en känsla av trygghet/tilltro under förlossningen. Kvalitativa analyser visade att positiva upplevelser var relaterade till tidigare positiva förlossningserfarenheter, kommunikation mellan kvinnan och hennes barnmorska/läkare, upplevelse av delat beslutsfattande och kommunikation bland läkarna relaterat till timing och logistik när det gällde att hantera komplikationer och samordna vården.

Faktorer som kan bidra till en negativ förlossningsupplevelse

Bakgrundsfaktorer:

- Tidigare negativ förlossningsupplevelse, oberoende av förlossningssätt (16).
- Psykisk sårbarhet, depressions-/ångestbenägenhet (17).
- Tidigare utsatthet för kränkande och skadande behandling.
- Otrygg relationen till partnern.

Faktorer kopplade till graviditetsutveckling, förlossningsförlopp och omhändertagande:

- Negativ upplevelse av graviditeten. Hur graviditeten har utvecklats och eventuella graviditetskomplikationer.
- Smärtan är en central del av förlossningsupplevelsen. Stark och svårkontrollerad smärta upplevs skrämmande. Smärtan är i viss mån svår att mäta eftersom den fluktuerar i takt med värbarnet och förändras under förlossningsförloppet men VAS-skala kan underlätta för kvinnan att gradera sin smärtupplevelse. För kvinnan handlar det om att hitta sätt att förstå, hantera och stå ut med smärta men också att utifrån behov få hjälp med lämplig smärtlindring (18).
- Förlossningsrädslan i sig kan påverka förlossningsupplevelsen negativt. För gruppen förlossningsrädda är det en ökad risk att förlossningen kommer att avslutas med sugklocka eller akut sectio, vilket också påverkar förlossningsupplevelsen. En obstetrisk komplikation medför dock inte alltid en negativ förlossningsupplevelse och rädsla inför kommande förlossning (16, 19).

Förlossningsupplevelsen som kvalitetsindikator

Det vore önskvärt med en fortlöpande uppföljning av förlossningsupplevelsen för att kunna bedöma i vad mån förlossningsvården uppnår målsättningen att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt. En standardiserad uppföljning skulle kunna utgöra en kvalitetsindikator för förlossningsvården. Förlossningsupplevelsen är komplex och inte

samma sak som hur nöjd man är med vården. I upplevelsen finns olika komponenter och några av de viktigaste är förväntad förlossningsupplevelse, stöd av barnmorskan, delaktighet, smärta, värkarbetets längd, interventioner, komplikationer hos mor och barn. Ett tänkbart sätt är att efter olika delfrågor lägga till en fråga om den sammantagna förlossningsupplevelsen. Den skulle då kunna mätas på en skala 0-10, från värsta tänkbara till bästa tänkbara upplevelse. Tidpunkten för mätningen måste också standardiseras eftersom vi vet att förlossningsupplevelsen kan förändras över tid. Man skulle kunna tänka sig att mäta inom de första tio dagarna efter förlossningen, därefter i samband med efterkontroll på barnmorskemottagningen ca 6-12 veckor efter partus och eventuellt i en forskningsstudie ett år efter partus.

Referenser

1. Nilvé H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:203. doi: 10.1186/s13884-017-1356-y.
2. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19(2):84-97.
3. Sjetne IS, Iversen HH, Kjøllesdal JG. A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 Aug 21;15:182. doi: 10.1186/s12884-015-0611-3.
4. Gärtner FR, de Miranda E, Rijnders ME, et al. Good reliability for a new utility instrument for measuring the birth experience, The Labour and Delivery Index. *Clin Epidemiol* 2015;68(10):1184-94.
5. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212-9.
6. Hedrenius S, Johansson S. Krisstöd vid olyckor, katastrofer och våra händelser. Stockholm, Natur och Kultur 2014.
7. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Post-traumatic stress disorder after childbirth: a cross-sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11:587-97.
8. Bastos M, Futura M, Small R, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. 2017 Jul 6;7:CD003766. doi: 10.1002/14651858. CD003766. pub6.
9. Forssén AS. Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care: interviews with elderly Swedish women. *Qual Health Res* 2012;22(11):1535-46.
10. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, et al. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 1996;23(3): 144-53
11. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(5): 551-60.
12. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 Oct 9;15(1):251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0.
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jul 15;7: CD003766. doi: 10.1002/14651858. CD003766. pub5.

14. Dahlberg U, Aune I. Midwifery. The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 2013;29(4):407-15.
15. Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, et al. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 May 15;15:115. doi: 10.1186/s12884-015-0548-6.
16. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.
17. Attanasio LB, McPherson ME, Kozhimannil KB. Positive childbirth experiences in U.S. hospitals: a mixed methods analysis. *Matern Child Health J* 2014;18(5):1280-90.
18. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92(3):318-24.
19. Størksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obst Gynecol Scand* 2012;91(2):237-42 .
20. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth* 2012;25(3):114-21.
21. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3): 552-567.

3. Mödrahälsovårdens (MHV) roll

Joy Ellis och Caroline Lilliecreutz

På preventivmedelsmottagningen

Vid preventivmedelsrådgivning möter barnmorskan ibland den förlossningsrädda kvinnan, som inte fött barn. Kvinnan antyder, eller säger, att hon inte tänker skaffa barn på grund av sin rädsla. Barnmorskan har i denna situation relativt lite att erbjuda om inte förlossningsrädslan grundar sig på mycket enkla missförstånd eller informationsbehov. Dessa kvinnor hänvisas till en mottagning med resurser att hjälpa dem.

På barnmorskemottagningen (BMM)

Det är på BMM, i samband med graviditet, som kvinnor oftast ger uttryck för sin förlossningsrädsla. Läkaren och barnmorskan på BMM är därför de som bedömer graden av rädsla. Lätt förlossningsrädsla behandlas på BMM enligt nedan. Kvinnor, som lider av mer uttalad rädsla, hänvisas till Auroramottagning eller motsvarande. En graviditet som kompliceras av måttlig till svår förlossningsrädsla handläggs inte enligt basprogram utan enligt en individualiserad och dokumenterad vårdplan.

Det är viktigt att genom frågor och öppenhet försöka upptäcka förlossningsrädsla hos både först- och omfödelskor så tidigt som möjligt i graviditeten, för att möjliggöra tidig behandling på rätt vårdnivå (1).

Barnmorskan frågar den blivande mamman om hennes tankar och strategier rörande den kommande förlossningen, smärtan och eventuella akuta obstetriska situationer. Kvinnan

uppmuntras att utforska icke-farmakologiska smärtlindrings- och avslappningsmetoder.

Omfödelskor med komplicerade förlossningar eller svåra förlossningsupplevelser i anamnesen erbjuds att få gå igenom förlossningsjournalen med läkare. För dessa kvinnor erbjuds oftast en vårdplan inför den kommande förlossningen.

I en studie fann man att en så kallad förlossningsplan för alla födande kvinnor inte förbättrade förlossningsupplevelsen (2). Enstaka studier har dock visat att en förlossningsplan kan påverka förlossningsförloppet positivt och att en realistisk förlossningsplanering, som inkluderar önskemål kring kommunikation och smärtlindring, ibland kan vara värdefull för att göra den förlossningsrädda kvinnan mer trygg (3). Det är viktigt att alla parter är införstådda med planens begränsningar.

Föräldrastöd (FS)

Förstfödelskan behöver information om förlossningsförloppet, om vilken hjälp hon kommer att få av barnmorskan och om smärtlindring. En av FS viktigaste uppgifter är att beskriva förlossningen som en naturlig process som oftast slutar väl och att förstärka kvinnans tillit till sin förmåga att föda. Samtidigt måste kvinnan och hennes partner förberedas på att alla förlossningar är smärtsamma och att akuta förlossningssituationer kan uppstå, t ex påverkade fosterljud, sugklocka, oplanerat kejsarsnitt eller kvarhållen moderkaka.

Här finns en möjlighet att förebygga förlossningsrädsla genom att göra informationen i FS realistisk och lätt att ta till sig utan att

onödigtvis medikalisera förlossningsförberedelsen. Det är fördelaktigt om barnmorskor från förlossningen kan delta i FS. Om detta ej är möjligt är ett tätt samarbete mellan BMM och förlossningen viktigt så att information som ges till de blivande föräldrarna är uppdaterad och relevant.

Det är svårt att finna stöd i litteraturen för att allmän information om förlossningen lindrar och förebygger förlossningsrädsla.

Det är oklart vilka fördelar FS medför eller hur stödet bör ges, när det gäller förlossningsrädsla. I en översiktsartikel (4) fanns bara nio randomiserade, kontrollerade studier om FS och förlossningsrädsla var inte ett studerat utfall i någon av dem. Ingen studie var heller svensk. Innehållen i olika länders FS är sannolikt inte jämförbara.

I några finska studier från 2002 berörs FS effekt på förlossningsrädsla med varierande resultat. I en studie (5) fann man att FS kunde väcka/framkalla förlossningsrädsla som sedan kunde försvåra inläring men dess möjlighet att minska rädsla är troligen större. I en annan studie (6) var förstföderskor som ännu ej deltagit i FS räddare för förlossningen och förlossningspersonalen jämfört med de som hunnit delta. I en tredje studie (7) hade både förlossningsrädda omföderskor och kontrollgruppen deltagit i FS under den första graviditeten. Fynden i denna studie talar inte för att FS förebygger förlossningsrädsla vid nästa graviditet.

En australiensisk grupp har publicerat en studie som visar att barnmorskesamtal/psychoeducation kan reducera kvinnans rädsla (8,9). Interventionen gällde dock specifikt kvinnor med påvisad förlossningsrädsla och inte gravida i allmänhet.

Gravida med speciella behov

Psykisk ohälsa

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2014 ska nytillkommen och tidigare känd psykisk ohälsa uppmärksammas inom MHV och

behandling erbjudas (10). Barnmorskan tar en noggrann anamnes och ställer riktade frågor. Hon kan, vid behov och utifrån kunskap, använda Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) för att bedöma om kvinnan har tecken på depression. Läkare eller psykolog ställer diagnos och bedömer graden av psykisk ohälsa. Behandling sker ofta i samarbete mellan mödrahälsovårdpsykolog (MHV-psykolog), allmänläkare eller psykiater (11).

Tidigare sexuella övergrepp eller andra fysiska övergrepp

Alla blivande mammor bör tillfrågas av sin barnmorska om tidigare erfarenheter av våld. Kvinnor som varit utsatta för våld och sexuell övergrepp kan ha svårt att berätta om händelserna. De är ofta extra sårbara inför gynekologiska undersökningar och kan känna sig blottade och utlämnade. De kan ha svårt att tolerera ovisshet och känsla av bristande kontroll och behöver särskilt mycket stöd under graviditeten och förlossningen. Barnmorskan bedömer vilket stöd som behövs och utforskar den blivande mammans behov och rädslor inför förlossning och moderskap. Ovilja att bli undersökt gynekologiskt, anamnes på åtströmningar eller självdestruktivt beteende kan vara signaler på att den blivande mamman varit utsatt för något övergrepp.

Våld och hot under pågående graviditet

Ca 40 procent av gravida kvinnor har tidigare erfarenheter av våld eller hot före graviditeten (12) medan endast 1 procent uppger fysiskt våld i nära relation under graviditeten (13). Alla gravida kvinnor tillfrågas av sin barnmorska om erfarenheter av våld i nära relation och detta sker vid ett besök i enrum utan närvarande partner. Barnmorskan kan fungera som stödande samtalspartner och länk till myndigheter, kvinnojour och barnavårdscentralen. Om en kvinna är rädd för sin partner under graviditeten kan hon ha mycket svårt att

uttrycka sina känslor och berätta om sin situation på BMM. Upplevelsen av stöd under förlossningen kan då försämrast.

Den gravida utan partner

Idag finns många olika sätt att bilda familj. En del gravida utan partner är nöjda och trygga i sin livssituation. För andra skapar en graviditet utan partner oro och otrygghet, särskilt om det sociala nätverket är klen. Information om faderskapsutredning, föräldraförsäkringen och, vid behov, socialtjänst kan göra en orolig kvinna tryggare och mindre benägen att fokusera sin oro på förlossningen. Frågan om vem som ska närvara vid förlossningen för att stödja kvinnan är mycket viktig. Barnmorskan kan också ta upp ett samtal om var syskon kan vara under förlossningen.

Sent debuterande förlossningsrädsla

Ju tidigare under graviditeten förlossningsrädslan upptäcks, desto större är möjligheten att ställa diagnos och att erbjuda rätt behandling.

Några kvinnor är omedvetna om sin rädsla till strax före beräknad förlossning eller rentav under förlossningen. Kvinnan, som under graviditeten är överdrivet sysselsatt, så att hon saknar tid för reflektion, kan behöva extra lyhördhet eller tid för att utröna om det finns en bakomliggande omedveten eller outtalad förlossningsrädsla. Det gäller också kvinnan som glättigt säger sig vara helt obekymrad eller att hon inte tänkt på förlossningen.

Barnmorskan får, när rädslan framkommit, snarast möjligt ordna besök på Auroramottagning eller motsvarande för bedömning och planering även om egentlig behandling inte hinns med.

Missbruk

Barnmorskan spelar en viktig roll för den gravida missbrukaren som ofta är extra sårbar och rädd inför förlossningen och som behöver

mycket och kontinuerligt stöd. Tidigare eller aktuella övergrepp och/eller försäljning av sex kan höra samman med missbruk.

Om det inte finns en specialenhet för kvinnor med missbruksproblem, blir det BMM-barnmorskan som oftast har den mest långvariga kontakten med kvinnan och som får hennes förtroende. Barnmorskan blir då en länk mellan den gravida missbrukarens värld och omvärlden, inklusive beroendevården, förlossningsvården och socialtjänsten.

Oro och rädsla hos den blivande fadern/partnern

Partnerns (eller annan närståendes) närvaro är till stöd för de flesta födande kvinnor och de flesta partners har glädje av att närvara under förlossningen. Detta gäller dock inte alla. Kvinnor/par som väljer att någon annan ska stötta under förlossningen ska respekteras. Det är viktigt att BMM-barnmorskan uppmärksammar även partnerns reaktioner, farhågor och rädslor, utan att släppa fokus på den gravida kvinnan. Av blivande fäder uppger 13,6 procent förlossningsrädsla. Denna grupp deltar inte lika ofta vid besöken på BMM och upplever bland annat mer stress i sin föräldroll (14,15).

Barnmorskan kan utforska partnerns tankar om hur den gravida kvinnan kan stöttas under och efter förlossningen och även ge råd. Den förlossningsrädda kvinnan kan ibland uttrycka oro för vad partnern skall klara av. Hon kan också härberga eller förmedla partnerns upplevelser av en tidigare förlossning, vilket kan framkalla eller öka hennes egen förlossningsrädsla. Partnern kan ha fler och annorlunda förlossningsupplevelser än den blivande mamman. Var får partnern bäst hjälp för sin förlossningsrädsla? Man kan överväga remiss till Auroramottagning eller motsvarande även i fall där kvinnan inte är rädd, eftersom det ofta inte finns annan hjälp tillgänglig.

Uppföljning på BMM efter förlossningen

Alla nyblivna mammor erbjuds eftervårdsbesök efter förlossningen. BMM-barnmorskan ställer frågor i syfte att upptäcka psykisk ohälsa såsom post partum-depression och post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). Påträngande ovälkomna minnesbilder, mardrömmar, undvikande av tankar eller samtal om förlossningen, känslor av avstängdhet, nedstämdhet eller en nästan ständig oro kan vara symtom på PTSD. Brist på glädje, bristande anknytning till barnet eller en negativ förlossningsupplevelse, som ej börjat lindras efter några veckor, kan vara varningssignaler för post partum-depression. Barnmorskan kan hjälpa kvinnan att komma i kontakt med förlösande personal, MHV-psykolog, BMM-läkare, eller med Auroramottagning eller motsvarande, beroende på symtomens art och svårighetsgrad.

FAKTARUTA MÖDRAHÄLSOVÅRDENS FRÄMSTA UPPGIFTER

- öka blivande föräldrars kunskap om den normala och komplicerade förlossningen
- stärka den blivande mammans tilltro till sin förmåga att föda och förbereda paret för smärtan samt akuta situationer och åtgärder i samband med förlossningen
- bidra till tidig diagnostik av förlossningsrädsla
- bedöma graden av förlossningsrädsla och hänvisa till rätt vårdgivare
- behandla lätt till måttlig förlossningsrädsla
- vid eftervårdsbesöket försöka upptäcka kvinnor som har eller riskerar utveckla förlossningsrelaterad PTSD eller post partum-depression och hänvisa till rätt vårdgivare

Referenser

1. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *AOGS* 2003;82(3):201-8.
2. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health* 2003;48(5):322-8.
3. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(3):520-6.
4. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD002869.
5. Melender H. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery and Womens Health* 2002;47:256-63.
6. Melender H. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth, a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29(2):101-11.
7. Saisto T. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679-82.
8. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:190. doi: 10.1186/1471-2393-13-190.
9. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, et al. A randomized controlled trial of psychoeducation intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014;41(4):384-94.
10. Socialstyrelsens kunskapsstöd 2014.
11. Regionalt vårdprogram SLL. Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod. Stockholm 2014.
12. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Womens Health.* 2014 May 1;14:63.
13. Grimstad, H. Interpersonal conflict and physical abuse in relation to pregnancy and infant birth weight. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8:847-53.
14. Hildingsson I, Johansson M, Fenwick J, et al. Childbirth fear in expectant fathers: findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery* 2014;30:242-7.
15. Hildingsson I, Haines H, Johansson M, et al. Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. *Midwifery* 2014;30:248-54.

Fall 1

Eva ber att få tid hos läkaren på MHV för att diskutera förlossningssätt. Hon är förstföderska i trettioårsåldern, arbetar som undersköterska och har väntat länge med att skaffa barn på grund av förlossningsrädsla. Hon berättar att hon som barn utsatts för upprepade sexuella övergrepp och har tidigare gått i terapi för att bearbeta detta.

Hon har avböjt gynekologisk undersökning vid det tidiga läkarbesöket. Hon är helt övertygad om att kejsarsnitt är det enda möjliga förlossningssättet för henne, eftersom det är otänkbart för henne att vårdpersonalen ska arbeta med hennes blottade underliv under en vaginal förlossning. Eva vill absolut inte amma sitt barn eftersom hon inte låter någon, inklusive barnafadern, beröra hennes bröst. Hon tycker mycket illa om sjukhus och sprutor. När hon berättar för läkaren om hur hon föreställer sig kejsarsnittet framkommer en del realistiska förväntningar. Hon vill åka hem så tidigt som möjligt med sitt barn, helst samma dag operationen görs. Hon är omedveten om antalet människor som arbetar på operationssalen och känner inte till att övervaknings-elektroder måste fästas på bröstkorgen och att hon måste ha kateter under ingreppet.

Hon får information om hur ett kejsarsnitt går till och att vårdtiden efter operationen är minst tre dagar. Dessutom berättar läkaren hur en okomplicerad respektive en komplicerad vaginal förlossning kan gå till, bland annat att vaginalundersökning ingår samt att det även i detta fall kan uppstå behov av kateter och/eller sugklocka. Eva får veta hur stor sannolikheten är att en vaginal förlossning avlöper utan komplikationer och att vårdtiden efter en okomplicerad förlossning är kortare än efter kejsarsnitt. Hon får fundera och smälta informationen.

Vid återbesöket berättar hon att hon föredrar föda vaginalt, därför att hon hellre vill ha en förlossning med få närvarande, ingen som rör bröstet och möjlighet att åka hem med sitt barn efter några timmar än ett kejsarsnitt med de nackdelar det innebär för henne. Läkaren

har inte närmare diskuterat de sexuella övergrepp som Eva utsatts för utan gett sakliga upplysningar om vad som gäller vid olika förlossningssituationer. Eva har fått möjlighet att upptäcka det som känns minst skrämmande för henne, vilket utgör en bra grund för beslutet om förlossningssätt.

Fall 2

Jenny har fött ett barn tidigare. När hon skrivs in vid BMM berättar hon att hon vill bli förlöst med kejsarsnitt, eftersom hennes man Johan vägrar vara med vid förlossningen om hon ska föda vaginalt. Hon har själv ingen önskan om kejsarsnitt men vill inte föda barn utan sin man.

Första förlossningen var okomplicerad fram till barnets födelse. Någon timme efteråt fick Jenny en stor blödning som man behandlade med dropp, uterusmassage och exploration i narkos. Jenny fick vara på IVA över natten och Johan tog hand om nyfödda dottern.

Jenny ombeds ta med sig Johan vid nästa besök men hon tvekar eftersom han brukar vara aggressiv när han pratar med obekanta kvinnor. Hon förnekar att han är aggressiv mot henne.

Vid nästa besök följer Johan med. Han är inte så pigg på att beskriva hur han kände sig vid första förlossningen men berättar dock att han upplevde situationen i samband med blödningen som helt kaotisk, med personal som inte hade kontroll. Detta vill han absolut inte uppleva igen. Han tycker att det är tråkigt om Jenny får föda utan hans sällskap men en vaginal förlossning vill han inte vara med om. Han tänker inte heller komma till sjukhuset då Jenny föder utan får träffa sitt barn när hon kommit hem. Läkaren frågar hur Jenny ser på saken och paret får information om risker vid kejsarsnitt samt att det också vid operation kan uppstå blödningar och andra oväntade komplikationer, som kräver akuta åtgärder. Vid samtalets slut har ingen av parterna ändrat inställning; Jenny och Johan remitteras till Auroramottagningen.

4. Auroraverksamheten

Britt Baumann Gustafsson

Sedan slutet av 80-talet har man inom vården tydligare uppmärksammat kvinnors förlossningsrädsla och utifrån vetskap om kvinnans rädsla erbjudit särskilt omhändertagande både inför och under förlossningen samt uppföljning efter förlossningen. Några kvinnokliniker startade speciella mottagningsverksamheter som riktade sig direkt till dessa rädda kvinnor och deras partners (1). Som gemensamt namn valdes Auroramottagning som syftade på AURORA, morgonrodnadens gudinna, som kom med ljuset efter nattens mörker. Under 90-talet utökades verksamheten och idag har alla svenska förlossningsenheter en sådan verksamhet (2). Andra beteckningar användes också, som Anima, Klara m.fl. Verksamheten kan även vara en del av specialistmödravårdsmottagningen. I den här texten använder vi beteckningen Auroramottagning. Följande beskrivning av verksamheten bygger på beprövad erfarenhet.

Sammansättning av Auroragruppen

Gruppen bör bestå av erfarna förlossningsverksamma barnmorskor, som helst bör ha en vidareutbildning i samtals teknik. En eller flera obstetrikere med särskilt intresse för psykosociala frågor måste ingå, och om möjligt är det bra att kunna knyta kurator och/eller psykolog samt psykiater till gruppen. En förutsättning för samarbetet är att alla är engagerade i omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor och att teamet får regelbunden och kvalificerad handledning.

Arbetsätt

En första bedömning av kvinnans förlossningsrädsla görs på mödravårdsvården. Där graderas den från lätt, måttlig till svår rädsla. Den lätta förlossningsrädslan bör hanteras inom mödravårdsvården.

FAKTARUTA I **Syfte med verksamheten**

- Att förstå och utforska hur kvinnans rädsla ter sig och vad den kan bero på
- Att genom samtal förbereda kvinnor med förlossningsrädsla inför födandet, och därigenom öka möjligheten till en positiv förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt.
- Att ge kvinnan och hennes partner ökad kunskap om förlossningsprocessen
- Att avdramatisera och ge en realistisk bild av födandet
- Att stärka kvinnans tro och tillit till sin egen förmåga
- Att ge möjlighet att bearbeta en tidigare förlossningsupplevelse

Vid måttlig och svår rädsla skickar mödrahälsovården en remiss till Auroramottagningen vid det sjukhus som kvinnan valt att föda på. Remisserna bör bedömas av barnmorska och läkare tillsammans för att se vilken yrkeskategori kvinnan ska träffa först. Tid till första besöket bör vara kort, men kan bedömas utifrån fallets art och hur långt gången graviditeten är. Remiss kan också skickas från psykiatri. Den registreras och hanteras på samma sätt. En del mottagningar har inget remisstvång, utan kvinnan anmäler sig själv per telefon.

Första besöket är ett kartläggande samtal för att bedöma kvinnans behov av stöd. Antalet besök varierar efter behov men oftast räcker det med 2-3 samtal. Samtalstiden brukar vara mellan 45 och 60 min och kvinnans partner är, om hon önskar, välkommen att vara med. En partner med stark förlossningsrädsla kan eventuellt ha behov av enskilt samtal. Det finns ingen evidens för lämpligt antal besök.

Viktigast under första samtalet är att skapa ett tryggt och förtroendefullt möte där kvinnan/paret vågar berätta om sin rädsla. Man börjar med en kort medicinsk anamnes. Kvinnan får sedan berätta om hon har andra samtalskontakter, t.ex. psykolog/psykoterapeut. I så fall rekommenderas hon att fortsätta den kontakten. Därefter får kvinnan berätta om sin sociala situation, hur hennes nätverk ser ut och det hon själv vill berätta om sin bakgrund. Kvinnan får också berätta vad hon upplever som sina styrkor och vad hon tänker att hon behöver hjälp med.

När man börjar prata om förlossningsrädslan ber man kvinnan att försöka vara så konkret som möjligt. Ibland är inte rädslan konkret, utan mer av en generell art, särskilt hos förstföderskor ("Jag är livrädd för att föda, jag vill inte vara med om det här!"). Då avvaktar man till senare i samtalet för att prata mer om det.

Man bör bedöma om det är en måttlig eller svår förlossningsrädsla eller om det är en förlossningsfobi. Man gör upp en plan för den fortsatta kontakten. Om det föreligger ett

behov av att träffa någon annan yrkeskategori från teamet bokas det in. Ibland behövs ett möte med en anestesiläkare, särskilt om kvinnan haft en tidigare negativ upplevelse av epiduralbedövning eller operation.

Handläggning av förstföderskor

Samtalet hos Aurorabarnmorskan fokuserar på att förbereda kvinnan för förlossningen. Hon får i lugn och ro sätta ord på sina tankar, t.ex. "Jag kommer aldrig att klara av att föda, och då dör/skadas mitt barn". Hon får också beskriva vad de tankarna ger upphov till för känslor (ångest) och hur det känns i kroppen ("kan inte sova"). Ibland kan man i samtalet hitta en koppling till tidigare upplevelser i livet men inte alltid. Att se samband kan öka hennes förståelse för sin rädsla. Det är dock långtifrån alltid man hittar någon konkret orsak. Man bör som barnmorska inte lägga för mycket tid på det, utan istället normalisera och acceptera rädslan, visa att det är acceptabelt att vara rädd och det är inte heller farligt att vara rädd. Att sätta ord på sina negativa föreställningar om förlossningen löser ibland en blockering och kvinnan kan öppna sig och våga se andra alternativa möjligheter. Att avdramatisera, ibland konkret förklara förlossningsförloppet, både vad som händer i kroppen och hur lång tid en förlossning tar, hur kroppen arbetar och hur kvinnan kan samarbeta med sin kropp och hur partnern kan stötta, är ofta viktigt.

De allra flesta har god hjälp av avslappningsövningar, yoga eller mindfulness. Ibland kan man erbjuda det inom Aurorateamet eller inom mödrahälsovården.

Att besöka förlossningen är ett viktigt steg. Många har föreställningar av mer filmisk art, skrik, blod, alla springer... Att istället få möta vanliga människor som hälsar och ser vänliga ut, att få se ett förlossningsrum med dämpat ljus och att kanske få prova olika förlossningsställningar kan vara till hjälp. En del kvinnor har med sig traumatiska upplevelser av tidigare vårdkontakter, som skapat stark sjukhusrädsla. Kvinnan får då berätta om sina upple-

velser av vården och vi kan föreslå en modell för att hjälpa henne. Man vet att upprepad exponering för det man är rädd för successivt kan minska rädslan. Det är viktigt att informera kvinnan att hennes ångest kan stiga när hon kommer in på förlossningsavdelningen. Hon bör ha gjort andningsövningar redan innan så hon vet hur hon ska hantera ångesten om den kommer. Vi berättar att vi inväntar att ångesten har sjunkit innan vi lämnar förlossningsavdelningen. Man bör också gå tillbaka till samtalsrummet för att lyssna in hur hennes upplevelse var och bekräfta att hon klarade det, innan hon går hem. Ibland behövs det flera besök för att successivt vänja sig vid miljön och sänka ångestnivån.

Enligt vår erfarenhet är rädslan ibland så stor att den blockerar förutsättningarna för samtal. För en liten del kvinnor är det nödvändigt att få veta att hon är lovad ett elektivt kejsarsnitt om rädslan fortfarande är lika stark i slutet av graviditeten. Först då kan hon våga börja bearbeta sin rädsla och öppna sig för samtal. Ibland blir ändå ett elektivt kejsarsnitt nödvändigt för att kvinnan ska kunna glädja sig åt sin graviditet och för att främja anknytningen med det väntade barnet och då ska hon få ett gott stöd i det.

Handläggning av omföderskor med tidigare traumatisk förlossningsupplevelse

Tidigare förlossningsupplevelser färgar förväntningarna på nästa. Har kvinnan haft en traumatisk upplevelse blir rädslan för en uppreppning stor.

Kvinnan/paret bör ges god tid för att var och en få berätta om sin upplevelse vid förra förlossningen. Därefter får de tala om var och en för sig, vad de upplevde som det värsta. Det är vanligt att man beskriver svår smärta, övergivenhetskänslor, kontrollförlust, dödsångest, bristande förtroende och utdragna förlopp.

Därefter går man noggrant igenom journalen för att titta på olika tidsaspekter, på förlossningsprogress för att ibland kunna reda ut

missförstånd (t.ex. att det var fara för kvinnans liv när hon började blöda och man larmade). Det är viktigt att bekräfta parets känslor, ”det är inte konstigt att du blev rädd när det kom in mycket folk på rummet och du trodde att du skulle förblöda”... Sedan kan man förklara vad som hände och hur rutinerna ser ut, för att göra handlingarna begripliga för kvinnan och hennes partner. Det är viktigt att samtalet är öppet och respektfullt för att kunna åter skapa förtroende och tillit.

Ett besök på förlossningsavdelningen är viktigt då det gör bilden av den förra förlossningen tydligare. Om t.ex. barnet tagits ut till barnrummet, bör kvinnan få gå dit för att se var barnet var de första minuterna. Om ett akut kejsarsnitt gjordes är det stödande för bearbetningen att få se vägen från förlossningen till operation och var ev. partner och barn befann sig efteråt. Erfarenheten visar att det då blir lättare att börja bearbeta upplevelsen och att lägga den bakom sig och våga se fram emot den nya förlossningen

Efter en medicinskt komplicerad förlossning ska kvinnan även få träffa en obstetriker. Viktigt att samtalet förs i samma anda av öppenhet och respektfullhet för parets upplevelser. Därefter ska hon erbjudas fortsatta samtal med Aurorabarnmorskan. Ibland kan den tidigare upplevelsen omöjliggöra fortsatta samtal om hon inte blir lovad ett elektivt kejsarsnitt. Det löftet kan hos en del kvinnor öppna för bearbetningen, och ibland göra så att hon med en god planering vågar föda vaginalt igen. För en omföderska med en snabb och mycket smärtsam förlossning tidigare kan induktion med tidig EDA vara ett mycket bra alternativ.

Förlossningsplanering

Vid det sista samtalet görs en förlossningsplanering tillsammans med kvinnan. Då har man gemensamt kommit fram till vad som är det viktigaste för henne och vad som gör henne så trygg som möjligt. Allt som står i planen måste vara realistiskt och om ett medicinskt beslut krävs skall detta vara förankrat hos obstetrikeren (t.ex. ett kejsarsnitt vid långsam progress).

På en del kliniker kallas detta förlossningskontrakt. Planen dokumenteras med kvinnans godkännande i förlossningsjournalen och skall läsas av de som tar hand om paret inklusive avdelningens obstetrik. Man bör ha ett gemensamt sätt att dokumentera i journalen så att det är lätt att hitta, och lätt att läsa för all personal.

Det är viktigt att förlossningspersonalen är införstådda med att det som skrivs i planen ibland kan förefalla enkelt och självklart, t.ex. "god kommunikation" men att det alltid bottnar i en rädsla för motsatsen eller en tidigare negativ upplevelse. Det är av yttersta vikt att förlossningspersonalen bekräftar att man läst planen och att man ska göra allt man kan för att följa den. Många timmars tillitsskapande arbete kan gå förlorat om inte förlossningsplanen respekteras. Blir man ändå tvungen att avvika från den skall man tydligt förklara varför, och självklart kan även kvinnan ändra uppfattning om sina önskemål under förlossningen och då kunna framföra det till barnmorskan.

Uppföljning

Det är viktigt att man i varje Auroragrupp finner en modell för uppföljning av kvinnorna. För kvinnan/paret är det ytterligare en bekräftelse på att bli sedd och hörd och att vi tycker att det är viktigt att få veta hur deras förlossningsupplevelse blev, om vår planering följdes och hur de mår ett par veckor efter förlossningen.

För Aurorabarnmorskan är det en möjlighet till ytterligare förståelse och kunskap, för att sedan tillsammans i teamet, kunna få reflektera över sin planering och kvinnans egen upplevelse. Det ger oss också möjlighet att förmedla upplevelsen till förlossningspersonalen, vilket i sin tur ger dem feedback på sitt arbete och ett diskussionsunderlag för förbättringsarbete.

Det allra bästa är om man kan erbjuda ett återbesök till Aurorabarnmorska 4-6 veckor efter förlossningen men klinikerna har ofta inte praktisk möjlighet till det.

Då kan man vid sista samtalet inför utskrivning istället t.ex

- be att få ringa upp några veckor efter förlossningen eller vid en tid man har kommit överens om
- ge kvinnan telefonnumret till mottagningen och uppmana henne att höra av sig om de önskar samtal efter förlossningen
- maila alla efter förlossningen med frågan om de vill bli uppringda
- besöka kvinnan på BB för ett kortare post partum-samtal

Utvärdering

Det finns ingen randomiserad kontrollerad studie av Auroragruppernas arbete. Verksamheten startade som en "gräsrotsrörelse" bland förlossningsbarnmorskor, var inte forskningsbaserad och blev snabbt populär bland kvinnor och personal. Många kliniker följer dock arbetet med en noggrann deskriptiv statistik över antal samtal, åtgärder och obstetriskt utfall (3). I fall-kontrollstudier har man beskrivit och utvärderat verksamheten (4,5) och funnit att kvinnorna är nöjda överlag och att även om en hel del kvinnor ändrar sin syn på förlossningssättet görs det fler kejsarsnitt på dessa kvinnor än hos kvinnor utan svår förlossningsrädsla. Symtom på post-traumatisk stress post partum är inte ovanligt trots insatserna före förlossningen (4). En prospektiv kohortstudie visade att rådgivning för kvinnor med stark oro för förlossning var associerat med bättre förlossningsupplevelse samt fler kejsarsnitt, jämfört med när ingen rådgivning skett (6). En nyare studie från norra Sverige visade att samtal hos Aurorabarnmorska var uppskattat men inte säkert hjälpte mot förlossningsrädslan eller ändrade kejsarsnittsönskan. En tredjedel av de kvinnor som kom på samtal uppgav inte att de kände mycket oro eller rädsla och 8 procent av de mycket oroliga eller rädda kom inte till samtal.(7). Troligen används Auroramottagningen till psykologiskt stöd i bredare bemärkelse, inte bara vid förlossningsrädsla. Tillgången på psykologer inom mödrhälsovården är ojämn. Även om mödrhälso-

vården ställer adekvata frågor kan kanske inte 100 procent av alla rädda identifieras. En intresserad och förstående barnmorska beskrivs som avgörande för att våga berätta enligt en svensk kvalitativ studie (8).

Barnmorskeledd rådgivning för förlossningsrädsla har inte heller studerats mycket utomlands. Från norra Norge rapporteras utmärkta resultat av ”krisorienterad rådgivning” av två välutbildade barnmorskor men utan jämförelse med annan typ av vård (9). I Australien har man prövat en modell med endast ett samtal och en telefonuppföljning för kvinnor med en viss grad av förlossningsrädsla (enligt screening skattat i övre fjärdedelen av Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ). Enligt en randomiserad kontrollerad studie rapporterade interventionsgruppen lägre grad av förlossningsrädsla än kontrollgruppen efter rådgivningen (10). Post partum önskade fler kvinnor i interventionsgruppen en vaginal förlossning i framtiden och de rapporterade mindre flashbacks från förlossningen (det vanligaste symtomet på posttraumatisk stress post partum) (11).

Resurser och kvalitet på vården vid Aurora-mottagningen varierar mycket över vårt land (2). Ofta finns inte möjlighet för Aurora-barnmorskan att remittera till psykoterapi. Ett nationellt vårdprogram vore på sin plats, liksom forskning kring screening för förlossningsrädsla och en enhetlig utvärdering.

Referenser

1. Gustavsson Stein L. Aurorahjälp för förlossningsrädda kvinnor. LT. 1993;41:3557-8.
2. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, et al. Counselling for childbirth fear – a national survey. *Sex Reprod Healthc*. 2016;8:82-7.
3. Mohlander M, Ryding EL. Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. LT. 2013;110:118-20.
4. Ryding EL, Persson Å, Onell C, et al. An evaluation of midwives' counselling of pregnant women in fear of childbirth. *AOGS*. 2003;82:10-7.
5. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, et al. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *AOGS*. 2012;91:44-9.
6. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of delivery. *BJOG*. 2006;113:638-46.
7. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, et al. The effects of counselling on fear of childbirth. *AOGS*. 2015;94:629-36.
8. Eriksson C, Janson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*. 2006;22:240-8.
9. Neerum H, Halvorsen L, Sörlie T, et al. Maternal request for cesarean section due to fear of birth; can it be changed by crisis-oriented counselling? *Birth*. 2006;33:221-8.
10. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education by midwives in reducing childbirth fear if pregnant women. *Birth*. 2015;41:384-94.
11. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, et al. Effect of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:190.

5. Psykoterapi vid förlossningsrädsla

Katri Nieminen och Elsa Lena Ryding

Svår förlossningsrädsla kan bestå av olika komponenter beroende på kvinnans individuella historia. Hos förstagångsgravida kvinnor är det vanligare med renodlad ångestproblematik medan rädslan hos omfödskor oftare är betingad av en tidigare negativ förlossningsupplevelse, som orsakat posttraumatisk stress (1). Men en förstföderska kan ha varit med om andra trauman, som färgar hennes förväntan på den kommande förlossningen. Omfödskans svåra rädsla kan också ha funnits där redan inför hennes första förlossning och trots att den förlöpte normalt har rädslan inte släppt greppet om henne. Enligt studier har en negativ förväntan inför förlossningen en tydlig koppling till en negativ upplevelse av händelsen, och bidrar till en ökad risk för traumatisk upplevelse efteråt (2, 3, 4). Man har också kunnat se att positiva förväntningar bidrar till en positiv upplevelse av förlossningen (3). Detta kan ses som ett stöd för psykologisk behandling redan under graviditet. Svår förlossningsrädsla är ofta multifaktoriell och samsjuklighet med psykisk ohälsa i gruppen förlossningsrädda kvinnor är hög. Därför är det av stor vikt att personalen som tar hand om dessa kvinnor har adekvat kunskap och kompetens för sitt uppdrag. Det är viktigt att man genom en grundlig anamneshistoria får en tydlig bild av individens specifika situation och anpassar behandlingen därefter.

Den psykologiska behandlingen av kvinnor och par med rädsla för förlossningen kan bestå av insatser på olika nivåer. Första nivån är det stöd som alla som möter kvinnan/paret kan ge. Att bli lyssnad på och accepterad som den man är, känns för många alldeles tillräckligt;

se kapitlet om mödrahälsovård. I bemötandet ingår också att inte genast komma med lösningar samt att inte låta sig dras med i ångesten. När förlossningsrädslan är stark och stör kvinnan i hennes graviditet bör nästa instans kopplas in, d.v.s. barnmorskor och läkare med specialkunskap. Se kapitlet om Auroraverksamheten. När inte stöd av mödrahälsovården (nivå 1) eller Aurorateamet (nivå 2) är tillräckligt kan kvinnan eller paret erbjudas psykoterapi (nivå 3).

Med psykoterapi menas terapeutisk behandling som oftast består av oftast av en serie möten (ex. vid kognitiv beteendeterapi (KBT) ca 4-8 besök) med en psykoterapiutbildad person. Inriktningen av terapin kan variera beroende på terapeutens utbildning. De terapiformer som används mest är KBT, Psykodynamisk terapi (PDT), Interpersonell terapi (IPT) och Anknätningsbaserad familjeterapi (AFT). Forskningen har inte visat att någon av formerna skulle vara bättre än de andra. Faktorer som patientens önskemål och problembild, samarbetet mellan patient och terapeut samt terapeutens relationsskapande förmåga verkar ha större betydelse än den specifika metoden. Psykoterapi kan bedrivas i grupp eller enskilt, vanligen på mottagningen, men numera även över internet (5). En föreställning om att psykoterapi skulle vara farligt eller ineffektivt om kvinnan är gravid dementeras av dem som har goda erfarenheter av terapeutisk behandling (6).

Resurserna för psykologisk behandling varierar mycket i Sverige (6,7). Vid ett fåtal kliniker finns en psykosocial enhet med möjligheter att erbjuda psykoterapi. Psykologer inom

mödrahälsovården kan på vissa orter åta sig sådan behandling. Det är en svår etisk fråga hur resurserna ska fördelas och det finns inget enkelt svar. Ska man ge mindre åt många (rådgivningssamtal) eller mera åt dem som har störst behov (psykoterapi)? En grupp som man bör prioritera är fysiskt friska förstföderskor med svår förlossningsrädsla eller förlossningsfobi. Utan behandling blir kejsarsnitt troligen enda möjligheten vid varje förlossning i den kvinnans liv. I forskningssammanhang har man tagit fram och testat internetbaserade lösningar för att bedriva terapi mot förlossningsrädsla. Anpassat till kliniskt bruk skulle det kunna möjliggöra större tillgänglighet till psykologisk behandling. I Stockholm bedrivs psykoterapi över internet, som en del i den kliniska vardagen när det gäller flera andra psykiska problem.

Förutsättningar för psykoterapi

Två grundförutsättningar måste uppfyllas: en motiverad patient och ett bra samarbete (allians) mellan terapeut och patient. När det gäller förlossningsrädsla är det en fördel om terapeuten är "kulturkompetent", d.v.s. anställd vid eller i samarbete med kvinnokliniken och med relevanta kunskaper om förlossningsvården. Psykoterapeutisk behandling av en gravid kvinna, som lider av förlossningsrädsla, bör oavsett terapimetod av naturliga skäl vara en fokuserad korttidsterapi. När en kvinna, som inte vågar bli gravid, vill arbeta med sin problematik finns inte samma begränsningar, inte heller om kvinnan är traumatiserad efter sin förlossning. Terapin inleds alltid med bedömningssamtal för att terapeuten och även patienten ska kunna ta ställning till om psykoterapi är möjlig och önskvärd. Sedan följer en arbetsfas och en avslutningsfas. Olika typer av psykoterapi kan skilja sig åt i arbetssätt men när det gäller behandling av förlossningsrädsla är målsättningen oftast att hjälpa kvinnan till en trygg förlossning. Olika typer av terapi kan "låna" inslag från varandra eller snarare använda samma interventioner baserade på olika synsätt.

Psykoterapi för gravida med förlossningsrädsla bör vara kostnadsfri och lätt tillgänglig för de utvalda fall som behöver det. Terapin ska vara avgränsad till att behandla förlossningsrädslan.

Motiverande samtal

Barnmorskor och läkare inom obstetrik har en stor uppgift att motivera en tveksam kvinna till behandling om man bedömer att hon skulle behöva psykoterapi (8). Det gäller att mobilisera individens egna skäl för att gå i terapi. Fyra principer är grundläggande: att uttrycka empati för kvinnan, att titta på diskrepansen mellan hur hon har det nu och hur hon skulle vilja ha det, att låta bli att envist argumentera för psykoterapi när hon uttrycker skäl emot och att stödja hennes tro på sin förmåga till förändring. Det gäller att ta reda på vad som är viktigast för kvinnan, t ex att barnet inte ska ta skada. Vad är det som är värst med att ha det som hon har det? Vad skulle hon vilja ha för förändring? Hur mycket tror hon på sina möjligheter till förändring.

"Ida är en 30-årig förstföderska som haft blodpropp tidigare. Hon har alltid varit rädd för att föda och önskar kejsarsnitt. Hon har fått besked att kejsarsnitt är förenat med ökade risker i hennes speciella fall och kommer motvilligt till en Aurorabarnmorska för samtal. Barnmorskan förstår att Ida inte är motiverad för att förbereda en vaginal förlossning. Hon tar reda på hur Ida mår. "Jag förstår att du känner dig nästan tvingad hit. Men du kom i alla fall på dina egna ben... Att du verkligen är skräckslagen för att föda förstår jag, annars hade du naturligtvis inte ifrågasatt det medicinska råd som du fick... Hur skulle det vara om du inte var så rädd för födan-det?... Ja, allt hade varit enklare då, och din man hade inte varit orolig inför operationen. Det är många som blivit hjälpta av behandling hos vår psykoterapeut, övervunnit den värsta rädslan och fått en bra förlossning. Men det kanske inte är det rätta för dig? Du kan ju välja att ta risken för blodpropp och så vidare i samband med ett kejsarsnitt. Eller du kan välja att träffa vår psykoterapeut och testa om hon förstår och kan

hjälpa. Vad tror du själv om dina möjligheter att ändra på den hemska bild du har i dag av en förlossning? Du får fundera och prata med din man. Kan du ringa mig om en vecka och tala om hur du tänker?” Det gäller att invänta kvinnans egen önskan om förändring och erbjuda hjälpen då.”

Forskning kring olika terapeutiska inslag vid förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla som begrepp har betonats i Skandinavien sedan 1980-talet, vilket lett till att majoriteten av behandlingsforskningen också härstammar från Norden. Terapiforskning kring förlossningsrädsla och förlossningsrelaterat trauma är i dagens läge begränsad. Flest publikationer finns om metoder med KBT som ursprung men nya studier (exempelvis om mindfulness baserad kognitiv terapi) är under bearbetning.

I tabell I finns en kort sammanfattning av de senaste studierna med olika psykoterapeutiska interventioner för behandling av svår eller fobisk förlossningsrädsla. I tabell II sammanfattas studier med inriktning mot behandling av förlossningsrelaterat psykologiskt trauma och PTSD.

Existentiell terapi

Areskog-Wijma (9) har beskrivit samtalsbehandling av 32 gravida kvinnor med stark förlossningsrädsla. I samtalet lades vikt vid existentiella frågor, d.v.s. att förlossningen är en övergångshändelse i livet och hur kvinnan måste passera gränserna för vad hon normalt kan stå ut med eller kontrollera. I studien fanns ingen jämförelsegrupp. Majoriteten av kvinnorna upplevde förlossningen positivt och mådde psykiskt bra post partum. Hälften förlöstes med kejsarsnitt på olika indikationer.

Psykodynamisk terapi och ”psykosomatiskt stöd”

Ryding (1993) beskrev en studie av att bedriva psykodynamisk samtalsterapi med förlossningsrädda gravida kvinnor som krävde kejsarsnitt 1988-90. Fjorton av kvinnorna födde vaginalt och 19 med elektivt kejsarsnitt efter

behandlingen. Det fanns ingen jämförelsegrupp för behandlingsgruppen i denna studie (10).

Sjögren (1998) jämförde 72 kvinnor, som fått psykosomatiskt stöd varav 25 procent även psykodynamisk terapi under graviditet på grund av svår förlossningsrädsla med 72 kvinnor som inte sökt för sådan rädsla. Femtiotvå kvinnor i studiegruppen önskade initialt kejsarsnitt, av dessa förlöstes 22 vaginalt. Jämförelsegruppen matchades för ålder, paritet och förlossningssätt. Undersökningen gjordes retrospektivt 1-3 år efter förlossningen. De behandlade kvinnorna var lika nöjda med sin förlossning som kvinnorna i jämförelsegruppen (11).

Kognitiv beteendeterapi – evidens för effekt på förlossningsrädsla

Saisto och medarbetare (2001) studerade effekten av kognitiv psykoterapi för gravida med förlossningsrädsla i en första randomiserad kontrollerad studie (n= 176). Majoriteten önskade initialt kejsarsnitt (n=117). Behandlingsgruppen fick fem sessioner med en psykoterapiutbildad obstetrikern samt en session med en barnmorska med erfarenhet av förlossningsrädda. Kontrollgruppen fick 2 sessioner med samma obstetrikern. Frågeformulär fylldes i före randomisering, 4 veckor före beräknad partus och 3 månader post partum. Resultaten visade att behandlingsgruppen rapporterade en klar minskning av ångest (mätt med Pregnancy Anxiety Scale, PAS) efter behandlingen, vilket inte kontrollgruppen gjorde. Dessutom hade de behandlade kvinnorna signifikant kortare förlossningar. Kvinnorna i båda grupperna ändrade sin önskan om kejsarsnitt lika ofta (62 procent), och var deprimerade post partum i samma grad (mätt med Beck's Depression Inventory, BDI). Förlossningarna hade upplevts positivt i båda grupperna, med en liten skillnad till behandlingsgruppens nackdel, då de hade känt sig mindre trygga under förlossningen. Man kunde av etiska skäl inte lämna kontrollgruppen helt utan vård, vilket kan ha påverkat resultatet (12).

I Linnea-projektet har en finsk forskningsgrupp (Rouhe, Saisto med fl.) studerat olika aspekter av psykoedukation (information och samtal om det psykologiska problem som patienten söker hjälp för, och hur det kan avhjälpas) och avslappning i grupp vid mycket svår rädsla (W-DEQ >100). Metoden hade testats i en fall-kontrollstudie som visat lovande resultat (13). Tre rapporterade randomiserade kontrollerade studier har jämfört en grupp (n=131) som fick psykoedukation och avslappning i grupp (sex gruppssessioner med psyko-

log under graviditet, varav en gång tillsammans med barnmorska samt en uppföljning post partum) med en grupp (n=240) som fått traditionell behandling. Resultaten visar att behandlingsgruppens kvinnor kände sig bättre förberedda på förlossningen, hade signifikant fler spontana vaginala förlossningar, färre kejsarsnitt och lägre nivåer av förlossningsrädsla post partum (mätt med W-DEQ B) jämfört med kontrollgruppen.

Behandlingsgruppens kvinnor hade post partum oftare en mycket positiv förlossnings-

Tabell I

Psyko terapeutisk behandling vid svår förlossningsrädsla, senaste årens studier

Författare, år	Population	Studiedesign/Intervention	Resultat
Saisto m.fl.2001	176 gravida förlossningsrädda kvinnor (49% omfödelskor)	RCT: Kognitiv intensiv terapi 6 sessioner jmf. med 2 besök hos obstetiker för rådgivning	Lägre nivå av ångest efter terapi. 62% tog tillbaka sin önskan om kejsarsnitt i indexgruppen såväl som i kntr-gruppen
Saisto m.fl. 2006	102 gravida förlossningsrädda kvinnor (100% förstfödelskor) jmf med 85 kvinnor i traditionella stödsamtal	Fall-kontroll studie: Grupp psykoedukation 7 sessioner à 90 min jmf. med 2 stödsamtal med barnmorska	Inställd på vaginal förlossning 82% i behandlingsgruppen jmf. med 67% i kontrollgruppen
LINNEA-projekt: Salmela-Aro m.fl. 2012	355kvinnor med fobisk förlossningsrädsla (100% förstfödelskor) (131 index grupp jmf. 224 kontroller)	RCT: Grupp psykoedukation 7 sessioner à 90 min jmf. med samtalsstöd v.b.	Bättre förberedda inför förlossning vilket hade koppling till positiv upplevelse av moderskap
Rouhe m.fl. 2013	371 kvinnor med fobisk (100% förstfödelskor) förlossningsrädsla (131 index grupp jmf 240 kontroller)	RCT: Grupp psykoedukation 7 sessioner (à 90 min) jmf. med samtalsstöd vb	Spontan vaginal förlossning i index gruppen 63.4% och i kontrollgruppen 47.5%
Rouhe m.fl. 2014	Som ovan, Rouhe m.fl. 2013	Som ovan, Rouhe m.fl. 2013	Interventionsgruppen uppvisade bättre anpassning till moderskapet, lägre förlossningsrädsla, lägre nivåer av post partum-depression jmf. med kontrollgruppen. Ingen skillnad i PTSD-symtom
Rouhe m.fl. 2015	Som ovan, Rouhe m.fl. 2013	Som ovan, Rouhe m.fl. 2013	Gruppbehandling kostnadsneutralt pga bättre förlossningsutfall för interventionsgruppen
Petit m.fl. 2015	En patient med tokofobi	Fallstudie av KBT vid tokofobi enligt protokoll för specifik fobi	Signifikant lägre nivå av förlossningsrädsla och ökad tillit till egen förmåga efter terapi
Nieminen m.fl. 2016	28 försttagånga gravida kvinnor med svår förlossningsrädsla	Lämplighetsstudie: KBT vid förlossningsrädsla	Signifikant lägre nivå av förlossningsrädsla efter behandling
Nieminen m.fl. 2015	15 kvinnors berättelser före och efter KBT behandling vid svår förlossningsrädsla	Kvalitativ studie: Tematisk analys av korta berättelser	Efter behandling beskriver kvinnor större tilltro till sin egen förmåga att föda samt bättre tillit till personalen och sin partner

upplevelse (mätt med Delivery Satisfaction scale, DSS), högre nöjdhet med livet (mätt med Satisfaction with Life Scale, SWLS), färre depressiva symtom (mätt med Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) och uppvisade bättre anpassning till moderskapet (mätt med Maternal adjustment and Maternal Attitudes Questionnaire, MAMA) än sina kontroller. Gruppterapien visade sig också vara kostnadseffektiv när alla aspekter kring förlossning räknades med (14,15,16,17).

I en svensk behandlingsstudie (n=28) har man (18) studerat effekten av KBT-baserad internetterapi skraddarsydd för behandling av svår förlossningsrädsla hos förstagångsgravida kvinnor under graviditet. Resultaten visade en signifikant minskning av graden av förlossningsrädsla, vilket kan ses som lovande och stödja användning av KBT vid förlossningsrädsla, men behandlingen måste testas i större material med kontrollgrupp. I den kvalitativa (n=19) delen av samma projekt kunde man se en förändring av de gravida kvinnornas syn på sin rädsla. Den blev mera nyanserad och kvinnorna uttryckte större till-

tro till sin egen förmåga att föda och möta det fruktade. Kvinnorna uppvisade efter behandlingen större tillit till personalen och till sin partner som närvarande person. Före behandlingen tänkte de inte så mycket på det väntade barnet, men efter genomgången program blev tankar på barnet något som kunde hjälpa dem att stå ut med obehag under förlossningen. (19).

Studier kring behandling av traumatisk förlossningsupplevelse

Debriefing

Fram till nyligen har man i kliniska sammanhang använt sig av debriefing (rutinmässig, känslobearbetning av traumatiska händelser) som huvudmetod vid potentiellt traumatiska förlossningssituationer i syfte att förebygga PTSD efter förlossningen. Cohcrane rapporten från 2015 (20) slår dock fast att rutinmässig debriefing inte bör användas efter förlossningen men att man i vissa fall hos riskgrupper bör erbjuda ökat professionellt känslo-

Tabell II
Psykoterapeutisk behandling vid förlossningsrelaterad PTSD

Författare, år	Population	Studiedesign/ Intervention	Resultat
Ayers m.fl. 2006	2 kvinnor med PTSD post partum	Fallstudie: KBT vid förlossningsrelaterad PTSD	PTSD symtomen försvann. Mera positiva tankar om sig själv och andra. Minskade symtom av depression, förbättrad relation till partnern.
Sandström m.fl. 2008	4 kvinnor med PTSD post partum	Pilot studie: EMDR* enligt standard protokoll	Minskade symtom av PTSD. Positiv effekt kvarstod 1-3 år senare hos 3/4.
Stramrood m.fl. 2011	3 gravida kvinnor med PTSD efter första förlossningen	Fallstudie: EMDR* enligt standard protokoll	Minskade symtom av PTSD, ökat tillit till graviditet och kommande förlossning. Efter förlossning positiv förlossningsupplevelse trots komplikationer.
Bastos m.fl. 2015	8 artiklar om debriefing	Cochrane rapport: Systematisk debriefing efter förlossning	Lite eller inget stöd för positiv eller negativ effekt av psykologisk debriefing i syfte att förebygga förlossningsrelaterat psykiskt trauma. Ingen evidens för rutinmässig debriefing för kvinnor som upplevt förlossningen psykiskt traumatiskt.
Nieminen m.fl. 2016	58 icke- gravida kvinnor	RCT: Trauma fokuserad KBT över internet jmf. väntelistegrupp	Minskade symtom av PTSD och psykiatrisk samsjuklighet efter behandlingen

* Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR vid PTSD symtom efter förlossningen.

Användning av EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) har rapporterats i två studier, en pilotstudie med fyra patienter (21) och en fall-studie med tre patienter (22) med lovande resultat vad gäller minskning av symtom på posttraumatisk stress.

Traumafokuserad KBT efter traumatisk förlossningsupplevelse

Positiva erfarenheter av traumafokuserad KBT har rapporterats i en fallstudie från Storbritannien (23). I en svensk randomiserad internetbaserad studie (n=56) av traumafokuserad KBT, skraddarsydd för behandling av traumatisk förlossningsupplevelse jämförde man behandlingen med en väntelistegrupp, som fick sin behandling senare. Resultaten visade en minskning av både stressymtom och samsjuklighet, vilket är lovande men behöver konfirmeras (24).

Hur går psykoterapi till?

Ramarna för psykoterapi vid förlossningsrädsla eller traumabearbetning kan se olika ut. Vanligtvis brukar kvinnan och terapeuten träffas en gång i veckan på ett ostört rum under en på förhand bestämd tid (ofta 45 min) och vid ett begränsat antal tillfällen. Vid KBT arbetar man med både tankar, känslor och beteenden. Behandlingen inleds med att kartlägga kvinnans situation (s.k. beteendeanalys), hennes ohjälpsamma tankar och beteenden kopplat till problemet som hon önskar få hjälp med. Kartläggningen använder man för att förstå varför oönskade beteenden och tankar vidmakthålls trots lidandet som de medför. Därefter gör kvinnan och behandlaren upp en plan över vilka saker man ska jobba med. Kvinnan ses som specialisten på sitt problem och behandlaren som en coach med kunskap om terapimetoden. Målinriktat närmar man sig sedan det önskade målet. Under terapisesioner får kvinnan information om hur olika psykologiska fenomen påverkar oss (s.k. psyko-
edukation), får lära sig om sitt eget problem och hur det påverkar just henne (ofta und-

vikandet av olika saker som påminner om det fruktade). Hon får också olika verktyg att hantera sina problem (exempelvis hur hantera kroppsliga symtom vid ångest? hur hantera bristen på impuls kontroll? hur ifrågasätta ohjälpsamma tankar och ersätta dem med hjälpsammare tankar? hur hantera det ovissa? hur förebygga återfall?). Själva arbetet görs till största delen mellan sessionerna i form av hemuppgifter som man har kommit överens om. Framsteg mäts oftast med olika veckomätningar, för att kunna följa terapieffekten, vilket i sig också kan ha förstärkande effekt för patienten.

Med en kvinna som är rädd p.g.a. andra personers dåliga erfarenheter, eller som tvekar när det gäller sin egen förmåga, skulle man t ex kunna arbeta med att hon föreställer sig en förlossning steg för steg och får hjälp att uttrycka alla känslor det medför. Hon kan även se en förlossningsfilm tillsammans med terapeuten eller med partnern i hemmet. Att besöka förlossningsavdelningen tillsammans med den även rädda partnern kan ingå i behandlingen och minska parets ångest. Under terapin kan man också ge kvinnan verktyg att hantera de kroppsliga symtom som rädslan väcker, och testa dessa verktyg i olika ångestframkallande situationer initialt under terapin, men senare även på egen hand hemma.

Med en kvinna med tanken: "Jag kommer inte att stå ut med förlossningssmärtan!" skulle man kunna hjälpa henne att känna igen sina automatiska tankar och pröva att ersätta dem med mera ändamålsenliga, hjälpsamma tankar för att så småningom revidera sin grundtanke att inte stå ut med smärtan. Hur mycket sanning finns det kvar i den tanken, skulle den kunna släppas helt?

Ofta är det effektivt att även ta med partnern (eller övriga familjen) i själva terapin, så att patienten kan få det stöd hon behöver i sin egen miljö.

FAKTARUTA**Tre nivåer av psykologisk hjälp**

- Alla kan lyssna och bekräfta (MVC)
- Rådgivningsnivå (Auroragruppen)
- Psykoterapi

Förutsättningar för psykoterapi vid förlossningsrädsla

- Kompetent terapeut
- Tillgänglighet
- Motiverad patient
- God terapeutisk allians

Referenser

1. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88: 807-13.
2. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Therapy* 2001;30:75-84.
3. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:56-62.
4. Sluijs A-M, Cleiren MP, Scherjon SA, et al. No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk Dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2012;33:99-105.
5. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, et al. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:288-95.
6. Nieminen K, Wijma K, Andersson LL, et al. POS-ARG-enkät 2000, SFOGs medlemsblad 2001;5:12-3.
7. Larsson, B, Karlström A, Rubertsson C, et al. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:629-36.
8. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. Depression in context. Strategies for guided action. New York: Norton, 2001.
9. Areskog-Wijma B. Treatment of fear of childbirth. In: Laysen B, Nijs P, Richter D (eds). *Res Psychosom Obstet Gynecol*. Leuven: Acco, 1985.
10. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280-5.
11. Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:819-25.
12. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E et al. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001;98:820-6.
13. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1315-9.
14. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen RM, Tokola MI, Saisto T. Promoting positive motherhood in nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol* 2012;17:520-34.
15. Rouhe H, Salmela-Aro, K, Toivanen R, et al. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG* 2013;120:75-84.

Sammanfattning

Studier om regelrätt psykoterapi vid behandling av förlossningsrädsla i sig är begränsade i antal, men olika behandlingsprogram som baserar sig på KBT visar lovande resultat (12-19, 23-24) (Evidensgrad 2 p.g.a. litet antal studier, varav två RCT). Flera behandlingsstudier är på gång både i Sverige och utomlands. Stödet för att allmänt använda KBT vid ångest och posttraumatisk stress är starkt och numera vedertaget inom psykologisk behandling (26).

16. Rouhe H, Salmela-Aro, K, Toivanen R, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2015;36:1-9.
17. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, et al. Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:527-33.
16. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, et al. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2016;37:37-43.
17. Nieminen K, Malmquist A, Wijma B, et al. Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after Internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *BJOG* 2015;122:1259-65.
18. Bastos MH, Furuta M, Small R, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Apr 10;(4): CD007194. doi: 10.1002/14651858.CD007194.pub2.
19. Sandström M, Wiberg B, Wikman M, et al. A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery* 2008; 24:62-73.
20. Stramrood CA, Van Der Velde J, Doornbos B, et al. The patient observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the treatment of post-traumatic stress following childbirth. *Birth* 2012;39:70-6.
21. Ayers S, McKenzie-McHarg K, Eagle A. Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2007;28:177-84.
22. Nieminen K, Berg I, Frankenstein K, et al. Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth – a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2016;45:287-306.
23. Petit, P. Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale: à propos d'un cas clinique. (Treatment of Tocophobia with Cognitive Behaviour Therapy: a case study). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2015;25:3-11.
24. Barlow, D. H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press, 2004.

6. Förlossningsrädsla – handläggning under förlossning

Lennart Nordström och Maria Hammarström

Bakgrund

Alla som arbetar inom förlossningsvården möter kvinnor med förlossningsrädsla. De som sökt hjälp i vården för sin rädsla är lätta att identifiera. Däremot finns en grupp av okänd storlek som lider av förlossningsrädsla men som inte omnämnt detta under sin kontakt med mödravården. Ibland uttrycker dessa kvinnor sin rädsla under pågående förlossning, ibland framgår detta av det beteende eller de reaktioner hon uppvisar i samband med värkarbetet. De flesta kvinnor kan hantera viss rädsla på egen hand, eller med stöd av partnern, medan andra kanske endast beskriver en "hemsk förlossningsupplevelse" efteråt. De råd som ges i detta kapitel kan därför i grunden appliceras vid alla möten med födande kvinnor.

Förlossningsrädsla har fått en allt större uppmärksamhet på senare år. Det vetenskapliga arbetet har i huvudsak fokuserats på att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla, utveckla interventionsprogram och utvärdera dessa efter förlossningen. Betydligt mindre forskning har gjorts utifrån följsamhet till förlossningsplaner eller faktiska åtgärder som vidtagits under förlossning för att stödja kvinnor med förlossningsrädsla i sitt födande, och nytan av dessa. Däremot har kunskap om risken att en kvinna som upplevt sin förlossning traumatisk kan utveckla Post Traumatiskt Stress Syndrom (PTSD) ökat (se kapitel 1). Man skattar att mellan 3 och 4 procent av alla kvinnor lider av detta efter förlossning (1,2).

Prenatala riskfaktorer för PTSD har identifierats, som t.ex. depression i tidig graviditet, stress och uttalad förlossningsrädsla i sen graviditet (3). Under förlossning har medicinska komplikationer och akuta interventioner befunnits vara associerade till PTSD, åtgärder som i allmänhet inte kan undvikas. Men även rädsla för sitt eget eller barnets liv, förlust av kontroll, känsla av brist på support och smärta (faktorer som vi i vården kan påverka) är associerade till PTSD (4). Vårdformen "Midwifery team care" och kvinnans möjligheter att ställa frågor befanns vara skyddande åtgärder (5).

Många kvinnor uppger lätta besvär månaderna efter förlossning som de på egen hand, eller med stöd av den etablerade vården, klarar att hantera. Det kan t.ex. handla om återupplevande av en skrämmande del av förlossningen. Endast en liten grupp får en kvarstående och allvarlig symtombild. Möjligen kan man vid tidig identifiering av dessa kvinnor förebygga utvecklingen till svår PTSD.

En annan viktig del i förberedelserna inför förlossningen är att avdramatisera akut kejsarsnitt. Även vid en planerad vaginal förlossning vet vi inte förrän efteråt hur kvinnan faktiskt födde. En utgångspunkt bör vara att kvinnan vid planerad vaginal förlossning får möjligheten att föda helt normalt, med alla dess fördelar. Om det uppkommer avvikelser i förloppet som kräver intervention bör det finnas en mental beredskap att detta var indicerat och värdefullt både för mor och barn. På vårt

sjukhus beskriver vi ofta likheten mellan akuta och planerade snitt, att det förra bara inte utförs på förutbestämd tid. De flesta akuta kejsarsnitt utförs i allmänhet inom 30 – 60 minuter efter beslut, med kvinnan vaken i spinal-/epiduralbedövning och med partnern närvarande. Dessutom kan man säga att indikationen i allmänhet är starkare vid akuta operationer än vid planerade sådana. Vi har ju inga bra instrument för att identifiera den kvinna som kommer att behöva ett kejsarsnitt i förväg, vi väljer ofta ut ”fel kvinna”.

På de flesta förlossningskliniker i Sverige finns särskilda mottagningar för förlossningsrädda kvinnor, där samtalskontakt bedrivs. Ofta upprättas förlossningsplaner som stöd för kvinnan inför den kommande förlossningen. Det är av största vikt att detta arbete är förankrat i kliniken och att upprättade förlossningsplaner respekteras när kvinnan kommer in för att föda.

FAKTARUTA I

Vanligt förekommande innehåll i förlossningsplaner

- Bekräftelse på att planen är känd
- Fortlöpande uppdatering av förlossningens progress och nästa planerade kontroll/åtgärd
- Att lyssna in de behov kvinnan uttrycker
- Frekvent närvaro av barnmorska/undersköterska om så önskas
- Eventuellt tidig förberedelse av smärtlindring (t.ex. inläggning av epidural-kateter)
- Begränsat antal personer närvarande

Vid förlossning

Telefonkontakt

De flesta kvinnor i Sverige som ska föda ringar till förlossningsavdelningen när värkar startar och/eller ”vattnet går”. För att inte missa viktig information som kan vara avgörande för bedömningen och den medicinska säkerheten finns på de flesta förlossningsavdelningar rutiner och checklistor för sådana samtal. En grundläggande rekommendation är att stärka kvinnan i att vara hemma och klara av sina värkar tills hon är i aktiv fas av förlossningen. Samtidig ska vi sträva efter ett positivt bemötande. Smärtlindringsbehov eller oro, liksom misstanke om medicinska komplikationer, kan emellertid vara skäl till att rekommendera kvinnan att komma in för bedömning i ett tidigare skede. Vetskap om att den aktuella kvinnan har en (primär eller sekundär) förlossningsrädsla kan påverka vårt bemötande så att vi därigenom kan undvika att hon känner sig avvisad. I dessa situationer är det mycket viktigt att lyssna in kvinnans behov och att vid tveksamhet välkomna henne in för bedömning. Samtidigt ska hon informeras om att hon möjligen kommer att få åka hem igen om allt är normalt. Det är viktigt att ta sig tid under samtalet att läsa journalen och bekräfta att man har vetskap om hur planeringen ser ut om sådan finns. Det är en fördel om det klart framgår när det finns en plan, t.ex. genom en patientnotering som visas då man öppnar journalen.

Bekräfta att det man kommer överens om känns bra för kvinnan innan man avslutar samtalet.

Första mötet på förlossningen

Att föda barn är en stor händelse för alla blivande föräldrar och en viss oro brukar höra till. En mindre del har en dokumenterad förlossningsrädsla och ibland finns journalanteckningar från ett eller flera samtal vid speciella mottagningar för kvinnor med förlossningsrädsla. Öppna alltid kvinnans MVC-journal eller anteckningar från sjukhusmottagningar. Där kan finnas viktig information

att ta del av, som t.ex. tidigare episoder av depression/ångest och om kvinnan uttryckt grunden för sin oro eller andra tecken på en ökad sårbarhet hos kvinnan. Ofta har även planer utarbetats och nedtecknats om vad som är viktiga punkter att uppmärksamma och följa. Dessa planer måste vårdgivaren ha tagit del av innan första mötet. Framgår det av samtalet att dessa planer inte är kända för barnmorskan kan det rubba förtroendet för både henne och vården som helhet och påverka både förlopp och upplevelse av förlossningen. Alla kvinnor med förlossningsrädsla har emellertid inte uppgivit detta i samband med sina kontakter på MVC, antingen som en del av sin rädsla eller på grund av bristande förtroende för vården som helhet. Vid förutsättningslösa möten och med medvetenhet om att alla kvinnor kan bära på denna rädsla utan att ha bekräftat den, kan man ofta nå en bra kontakt med möjlighet att skapa tillit och därigenom kunna stödja kvinnan i hennes process att föda. Man kan med fördel sammanfatta vad man talat om, vad som är viktigast för kvinnan och på så sätt bekräfta att man förstått varandra rätt. Några viktiga punkter att tänka på vid det första mötet finns angivet i Faktaruta 2.

FAKTARUTA II

Att tänka på vid första mötet på förlossningsavdelningen

- Bekräfta (medveten om hennes rädsla, läst förlossningsplanen)
- Fråga – vad är viktigast här och nu?
- Klargöra önskemål - om barnmorskans närvaro, information/uppdatering av förloppet, smärtlindring (om/när/tillfredsställande)
- Skapa tilltro till att organisationen kan uppfylla kvinnans förväntningar/önskemål

Kommentarer till några olika punkter i förlossningsplaner

Det finns starka skäl att lyssna på den gravida kvinnans rädsla, hur den uttrycker sig och vad hon har för önskemål för sin förlossning. Under senare år upplever vi att det finns en större öppenhet för kvinnans önskemål. Tidigare var det vanligt att man undvek att fråga efter kvinnans önskemål. Denna oro från vården byggde ofta på iden om ”ett sluttande plan”, det vill säga att om en kvinna t.ex. önskade kejsarsnitt på grund av sin oro och fick det skulle till slut alla kvinnor kräva kejsarsnitt. Någon sådan grund finns det inte (6). I en enkätundersökning på MVC i tidig graviditet angav 8,2 procent av kvinnorna att de troligen skulle vilja föda med kejsarsnitt (7). Andelen kejsarsnitt på icke medicinsk indikation har ökat, men är fortfarande en liten del av alla förlossningar (8). Några punkter är värda en egen kommentar:

Induktion för att förkorta väntan? Detta kan tyckas motsägelsefullt då tiden på förlossningsavdelningen, och därigenom känslan att ”vara i förlossning”, förlängs. Vid rådgivning till den förlossningsrädda kvinnan bör utgångspunkten vara att bekräfta det normala, inklusive att vänta in spontan förlossningsstart, och att stödja henne i att ”hon klarar av det”. Emellertid finns det kvinnor som har svårt att orka med att invänta spontan förlossningsstart, särskilt om hon passerar datum för beräknad förlossning. I dessa sammanhang kan önskan om kejsarsnitt som alternativ komma upp. Då kan induction av förlossningen sannolikt vara ett bättre medicinskt alternativ för kvinnan. Många känner sig nöjda med att få ett ”bortre datum” som inte bör ligga före tidpunkten för ett elektivt kejsarsnitt (39+v). Ofta fungerar en senare tidpunkt, t.ex 41+0v. Vi tycker det är angeläget att argumentera för möjligheter och positiva effekter än att försöka skrämja kvinnan med negativa argument. Kejsarsnitt medför fler medicinska komplikationer än normal vaginal förlossning. Dessa risker är emellertid små för den enskilda kvinnan och vi vet inte heller vid planering av

vaginal förlossning om hon faktiskt kommer att föda normalt. Dessutom saknas stöd för att induktion skulle öka risken för kejsarsnitt, ett argument som tidigare ofta framförts (9,10).

Man har sett att smärta och kontrollförlust bidrar till en negativ förlossningsupplevelse varför epiduralblockad (EDA) ofta rekommenderas (11). En känsla som vårdgivare har är att kvinnan får ett lugn och kan känna ett större mått av kontroll och närvaro i sin förlossning med en god smärtlindring.

Tidig epiduralblockad är ett bra sätt att ge kvinnan kontroll över sin smärta. Vid spontan värkstart kan EDA-katetern läggas in så snart kvinnan kommit in till förlossningsavdelningen. Föreligger inte behov av smärtlindring kan man avvakta aktivering av denna tills smärtlindring behövs. Samma förfarande kan göras vid induktion av förlossning. Föreligger inga medicinska kontraindikationer mot EDA finns inga hinder att lägga in bedövningskatetern, förutsatt att kvinnan förväntas föda under det vårdtillfället. Man har i en normalpopulation inte kunnat påvisa att smärtlindring i form av EDA ger någon positiv effekt på själva förlossningsupplevelsen (12). Smärta under förlossning är dock associerat till PTSD. Huruvida adekvat smärtlindring under förlossning minskar denna risk för kvinnor med förlossningsrädslo, (med eller utan antenatala riskfaktorer för PTSD), bör studeras i framtiden.

Regelbunden uppdatering av progressen rekommenderas ofta. God kommunikation och information bidrar till att kvinnan känner tillit och en större delaktighet i de åtgärder som vidtas. Den födande kvinnan är informerad om att förlossningens aktiva fas innebär progress – att modern munnen öppnar sig och att föregående fosterdel så småningom tränger ner. Förloppet kan skilja sig stort mellan olika födande kvinnor, men framförallt mellan först- och omfödorskör. I stället för att uppskatta när kvinnan kommer att föda är det troligen bättre att ange aktuellt status och tidpunkt när ny värdering av förloppet ska ske och eventuella åtgärder som kan behövas vid

avvikande progress.. För att kvinnan inte ska känna sig övergiven eller svävande i ett tomrum mellan åtgärder är det viktigt att informera om vad som är nästa steg och vad vi kan göra under tiden. Exempel på detta är att vara uppe och gå, duscha/bada eller lyssna på musik. Positiva tillmälen och uttryck om möjligheter, i stället för diskussion om risker, brukar ha stärkande effekt hos den födande kvinnan. Vi som arbetar i förlossningsvården har en skyldighet att visa tilltro till de åtgärder vi föreslår och vidtar fram till den tidpunkt när vi ändrar strategi och till exempel bryter för kejsarsnitt.

Barnmorskans eller annan stödpersons närvaro under förlossningen har i flera studier visat positiv effekt på både utfall av förlossningen och kvinnans upplevelse av densamma. Randomiserade studier har visat att kontinuerlig närvaro av barnmorska/annan sjukvårdspersonal, anhörig eller person utan särskild sjukvårdsutbildning med enda uppgift att stödja den födande kvinnan medför att fler kvinnor föder spontant, använder smärtlindring i mindre omfattning och är mer nöjda med sin förlossning jämfört med kvinnor som inte fått detta stöd. Mest framgångsrikt verkar det vara med en stödperson som inte tidigare är bekant med kvinnan som ska föda, men har en viss grundläggande utbildning för att kunna ge detta stöd, en så kallad ”doula”. Mekanismer som diskuteras är att ge emotionell support, att verka för ökad komfort och bekvämlighet, att bidra med information samt att vara kvinnans förespråkare vid vårdplaneringen (13). Dessa resultat har framkommit i studier av kvinnor utan känd förlossningsrädslo. Det kan dock vara rimligt att tro att kontinuerlig support kan ha positiva effekter även om de erbjuds kvinnor med stor rädslo inför sin förlossning. Det är viktigt att efterhöra om detta är ett önskemål för just denna kvinna och hur man på bästa sätt kan stödja henne. I många fall är en tyst närvaro med smärre omvårdnadsåtgärder lämpligt, särskilt om en medföljande partner utgör ett både fysiskt och psykologiskt stöd. I andra fall kan mer handfasta

åtgärder vara lämpliga såsom massage, stödjande småprat samt att lyssna och visa lyhördhet för vad kvinnan önskar här och nu. Att känna sig lyssnad på är av stor betydelse (11). Obstetrikern gör i allmänhet endast punktin-satser med enstaka kortvariga besök på förlossningsrummet. Även vid misstänkt komplikation som vid fosterljudspåverkan har man i allmänhet tid att hälsa på kvinnan och presentera sig. Om möjligt bör samma person göra dessa bedömningar under aktuellt arbetspass. Emellertid ska man undvika att knyta åtgärder till enskilda medarbetare, då det finns stor risk att planen inte går att genomföra vilket sannolikt medför en besvikelse hos den kvinna som lovats denna uppbackning. Organisationen måste kunna stå för föreslagen vård, och upprätthålla kontinuitet under arbetspassets längd.

Kvinnans inflytande över besluten blir allt viktigare och stöds i Hälso- och Sjukvårdslagen. I en svensk studie fann man att en av riskfaktorerna för att kvinnan inte var nöjd med sin vård under förlossningen var för litet inflytande över de beslut som togs i samband med vården (14). Som ovan beskrivits anser vi att man inte ska vara rädd för att fråga kvinnan om hennes uppfattning. Hon är bäst på att beskriva hur hon känner just nu, vad hon fruktar/räds och vad som skulle kunna lindra detta. Det är viktigt att stödja henne i den plan som ofta gjorts upp och bekräfta henne i vad hon hittills klarat av och hennes tilltro till att detta också fortsättningsvis ska gå bra. Med fortlöpande kommunikation kring åtgärder känner hon sig delaktig i vården. Vid till exempel långsam progress är det viktigt att hon får ett ”adekvat försök”. Undvik därför att i planeringen erbjuda ”ett kort försök”. Detta kan innebära att just som värbetendet tar fart, huvudet börjar rotera och tränga ner – positiva tecken på förlossningens progress – uppfattar kvinnan att det är dags att bryta för kejsarsnitt. Om hon fått uppfattningen att tiden är uppnådd för ett ”kort försök”, kan det vara svårt för henne att omorientera sig efter de positiva tecken vi försöker framföra. Vi kanske tvingas

bryta för kejsarsnitt just som förlossningen normaliseras. Alternativt känner sig kvinnan sviken från den förlossningsplan som upprättats.

Vad är målsättningen för kvinnan?

Hur formulerar vi vårdpersonal målsättningen?

I ”State of the Art – Normal förlossning” (15) formulerades målet vid förlossning som en frisk mamma, ett friskt barn och en positiv förlossningsupplevelse. Förlossningsupplevelsen är komplex och innefattar inte bara händelser under förlossningen utan sannolikt även existentiella frågor som moderskap, familjebildning och annat. Man kan fråga sig om den positiva upplevelsen är möjlig att uppnå för alla kvinnor? Sannolikt inte. Kanske födandet upplevs negativt oavsett förlossningssätt? Även om man strävar efter en positiv upplevelse är det kanske viktigare att med all kraft försöka undvika starkt negativa upplevelser eller sådant som leder till framtida sjuklighet, som ångest, fobi eller depression. Som tidigare nämnts finns risk för att vissa kvinnor med en ökad sårbarhet kommer att utveckla PTSD efter vad hon uppfattat som traumatisk förlossningsupplevelse. Det är därför av största vikt att kvinnor som upplevt sin förlossning negativt fångas upp redan på BB.

Uppföljning på BB/Återbesöksmottagning

Enkäter eller VAS-skattningar på BB-avdelningen över kvinnans upplevelse av sin förlossning används ofta. Fokus med dessa bör vara att fånga upp kvinnor med negativ förlossningsupplevelse. Post partum-samtal mellan ansvarig barnmorska vid förlossningen och den nyblivna modern är vanligt efter normal förlossning och sker som regel efter komplicerade förlossningar, där även obstetrikern ofta deltar. Det är särskilt angeläget för den kvinna som upplevt förlossningen negativt. Samtalet bör i första hand vara lyssnande, deltagande. Då har kvinnan möjlighet att uttrycka sin upplevelse. Genomgång av vad

som faktiskt hände känns angeläget för oss som arbetar i vården och bör göras, men detta är inte alltid kvinnans fokus. I de flesta fall räcker denna uppföljning men ibland kan senare telefonkontakt eller uppföljande besök vara av värde. Stressymtom under de första veckorna efter förlossningen förekommer i upp till 20 procent av alla förlossningar (5), men försvinner ofta därefter. Skulle stressymtomen kvarstå efter 4-6 veckor finns risk för kvarstående PTSD och dessa kvinnor är angelägna att fånga upp, antingen med planerade kontroller utifrån kända riskfaktorer eller att kvinnan själv hör av sig vid kvarstående symtom.

Vid uppföljning bör man bestämma vem som ska ringa och/eller vara närvarande. Ibland känner barnmorskor och/eller doktorer frustration efter en komplicerad förlossning, särskilt om barnet fötts medtaget. Då får den födande kvinnan inte bli ett medel för personalens krisbearbetning, utan detta måste finnas organiserat inom kliniken. Återbesöken kan med fördel planeras tillsammans med kvinnan och med den hon önskar träffa. Innehållet i uppföljning efter hemgång från BB beskrivs i kapitel 4.

Sammanfattning

- strategi vid möte med den förlossningsrädda kvinnan vid förlossning
- Ta del av den planering som finns angiven i journalen före första mötet
- Bekräfta att du tagit del av uppgjord plan inför förlossning
- Finns riskfaktorer för ökad sårbarhet och risk för PTSD hos just denna kvinna?
- Lyssna in kvinnans önskemål och behov
- Låt kvinnan vara delaktig vid planering och beslut om vården
- Planera uppföljning efter förlossning för kvinnor där risk för PTSD föreligger

FAKTARUTA III Uppföljning på BB

- Identifiera kvinnor med negativ förlossningsupplevelse (enkät, VAS-skattning)
- Underlätta för post partum-samtal
- Använd inte kvinnan för ”debriefing” av vårdpersonal
- Identifiera vilka som behöver uppföljning efter hemgång, särskilt med fokus på risk att utveckla PTSD och vem de ska träffa vid återbesöket

Referenser

1. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum ‘hotspots’. *Psychol Health* 2012;27:1166-77.
2. O’Donovan A, Alcorn KL, Dawe S. Predicting post-traumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery* 2014;30:935-41.
3. Soderquist J, Wijma B, Thorbert C, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *Int J Obstet Gynecol* 2009;116:672-80.
4. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Medicine* 2016;46:1121-34.
5. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, et al. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery* 2016;32:87-92.
6. Lynöe N, Nordström L. Kvinnan kan själv göra ett informerat val- Läkartidningen 2013;110:868-9.
7. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by cesarean section. *BJOG* 2002;109:618-23.
8. Florica M, Stephansson O, Nordström L. Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;92(2):181-5.
9. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatly E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term, *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jun 13;(6):CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub3.
10. Wood S, Cooper S, Ross s. Does induction of labour increase the risk of cesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG* 2014;121:674-85.
11. Howell Cj, Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour (Cochrane review). I: The Cochrane library, Issue 2. Oxford: Update Software, 2002.
12. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C Rådestad I. A negative Birth experience – prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31:17-27.
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jul 15;7: CD003766. doi: 10.1002/14651858. CD003766. pub5.
14. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women’s opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:551-60.
15. Nordström L, Waldenström U. Handläggning av normal förlossning – state of the art. 2001. Tillgänglig på: www.sfog.se

Svensk förening för Obstetrik & Gynekologi

Arbets- & Referensgrupper (ARG) rapportserie

Följande publikationer i serien har utgivits:

- Nr 1* **Perinatologi. Problem vid underburenhet: IRDS prenatal risk-bedömning, profylax och behandling** (ARG för Perinatologi 1980)
- Nr 2* **Sexuell olust hos kvinnan** (ARG för Psykosocial Obstetrik/ Gynekologi och Sexologi 1982)
- Nr 3* **Klimakteriet och dess behandling** (ARG för Perimenopausala problem 1982)
- Nr 4* **Utredning av ofrivillig barnlöshet** (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1983)
- Nr 5* **LGTI Lower Genital Tract Infections** (ARG för Gynekologiska Infektioner 1983)
- Nr 6* **Förebyggande Gynekologisk Hälsokontroll** (ARG för Gynekologisk Hälsovård 1983)
- Nr 7* **Behandling av Cervixcancer stadium IB och IIA** (ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1984)
- Nr 8* **Urininkontinens hos kvinnan** (ARG för Urogynekologi 1985)
- Nr 9* **Kejsarsnitt** (ARG för Perinatologi 1985)
- Nr 10* **Prematur vattenavgång** (ARG för Perinatologi 1986)
- Nr 11* **Genitala Chlamydia-infektioner** (ARG för Gynekologiska Infektioner, Familjeplanering & Ungdomsgynekologi 1986)
- Nr 12* **Behandling av ofrivillig barnlöshet** (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1986)
- Nr 13* **Infektioner i kvinnans nedre genitalvägar** (ARG för Obstetriska och Gynekologiska Infektioner 1987)
- Nr 14* **Ultraljudsmanual i Obstetrik och Gynekologi** (ARG för Ultraljudsdiagnostik 1988)
- Nr 15* **Manliga orsaker till ofrivillig barnlöshet** (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1988)
- Nr 16* **Ovarialcancer** (ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1988)
- Nr 17 **Prolaps** (ARG för Urogynekologi 1989)
- Nr 18* **Barriärmetoder som skydd mot STD och oönskad graviditet** (ARG för Tonårsgynekologi, Familjeplanering, Gynekologisk Hälsokontroll, Obstetriska & Gynekologiska Infektioner samt Psykosocial Obstetrik, Gynekologi & Sexologi 1989)
- Nr 19* **Infektioner under graviditet** (ARG för Obstetriska & Gynekologiska Infektioner 1990)
- Nr 20* **Tonårsgynekologi** (ARG för Tonårsgynekologi 1991)
- Nr 21* **Hälsoövervakning vid normal graviditet** (ARG för Mödrahälsovård 1991)
- Nr 22* **Gynekologisk ultraljudsdiagnostik** (ARG för Ultraljudsdiagnostik 1992)
- Nr 23* **Kroniska smärttillstånd inom gynekologin** (ARG för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi samt Sexologi 1992)
- Nr 24* **Utredning och behandling av ofrivillig barnlöshet** (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1993)
- Nr 25* **Klimakteriet och dess behandling** (ARG för Klimakteriella Problem 1993)
- Nr 26* **Cancer corporis uteri. Diagnostik och behandling** (ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1994)
- Nr 27* **Abort i Sverige** (ARG ad hoc för Abortvård 1994)
- Nr 28 **Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar** (ARG för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi samt Sexologi 1994)
- Nr 29* **Komplikationer vid Obstetrisk och Gynekologisk kirurgi** (ARG för Urogynekologi och Vaginal kirurgi 1995)
- Nr 30* **Genitala infektioner hos kvinnan** (ARG för Obstetriska och Gynekologiska Infektioner 1996)
- Nr 31* **Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige** (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1996)
- Nr 32* **Gynekologisk endoskopi, del 1** (ARG för Gynekologisk Endoskopi 1996)
- Nr 33* **Sexologi ur gynekologisk synvinkel** (ARG för Psykosocial Obstetrik, Gynekologi & Sexologi 1996)
- Nr 34* **Att förebygga cervixcancer** (ARG för Förebyggande Gynekologisk Hälsokontroll 1997)
- Nr 35* **Neonatal asfyxi** (ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 1997)
- Nr 36* **Obstetriskt ultraljud** (ARG för Ultraljudsdiagnostik 1997)
- Nr 37* **Ofrivillig barnlöshet** (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1998)
- Nr 38* **Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter** (ARG för Klimakteriella Problem 1998)
- Nr 39* **Kvinnlig urininkontinens. Utredning och behandling** (ARG för Urogynekologi och vaginal kirurgi 1998)
- Nr 40* **Ungdomsgynekologi** (ARG för Tonårsgynekologi 1999)
- Nr 41* **Cancer, Graviditet och Fertilitet** (ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1999)
- Nr 42 **Gynekologisk Ultraljudsdiagnostik** (ARG för Ultraljudsdiagnostik 2000)

Svensk förening för Obstetrik & Gynekologi

Arbets- & Referensgrupper (ARG) rapportserie

Fortsättning från föregående sida.

- | | | | |
|--------|--|-------|--|
| Nr 43 | Infektioner hos gravida kvinnor
(ARG för Gynekologiska Infektioner 2000) | Nr 60 | Prolaps
(ARG för Urogynekologi och Vaginal Kirurgi 2008) |
| Nr 44 | Vulvacancer
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 2000) | Nr 61 | Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd
(Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi 2009) |
| Nr 45 | Gynekologisk Endoskopi - Del 2
(ARG för Gynekologisk endoskopi 2001) | Nr 62 | Barnafödande och psykisk sjukdom
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi 2009) |
| Nr 46 | Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling
(ARG för Urogynekologi och Vaginal Kirurgi i samarbete med Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi 2001) | Nr 63 | Cervixcancerprevention
(ARG för Cervixcancerprevention 2010) |
| Nr 47 | Intrauterin fosterdöd
(ARG för Perinatologi 2002) | Nr 64 | Ofrivillig barnlöshet
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 2010) |
| Nr 48* | Vulvasjukdomar
(ARG för Vulva 2003) | Nr 65 | Kejsarsnitt
(ARG för Perinatologi 2010) |
| Nr 49* | Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi
(ARG för Hemostasrubbingar 2004) | Nr 66 | Hysteroskopi
(ARG för Minimalinvasiv Gynekologi 2010) |
| Nr 50 | Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi
(ARG för Evidensbaserad Medicin 2004) | Nr 67 | Hormonbehandling i klimakteriet
(ARG för Endokrinologi 2010) |
| Nr 51 | Förlossningsrädsla
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi, Perinatologi samt MÖL-gruppen 2004) | Nr 68 | Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi
(ARG för Hemostasrubbingar 2012) |
| Nr 52 | Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 2004) | Nr 69 | Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar
(ARG för Tonårsgynekologi 2013) |
| Nr 53 | Bröstet
(ARG för Bröstet 2005) | Nr 70 | Asfyxi och neonatal HLR
(ARG för Perinatalmedicin 2013) |
| Nr 54 | Inducerad abort
(FARG för Familjeplanering 2006) | Nr 71 | Vulvovaginala sjukdomar
(ARG för Vulvasjukdomar 2013) |
| Nr 55 | Obstetriskt ultraljud
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2007) | Nr 72 | Preeklampsi
(ARG för Perinatologi 2014) |
| Nr 56 | Endometrios
(ARG för Endometrios 2008) | Nr 73 | Obstetriskt ultraljud
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2014) |
| Nr 57 | Asfyxi och neonatal HLR
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 2008) | Nr 74 | Graviditetsimmunisering
(ARG för Perinatologi 2015) |
| Nr 58 | Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)
(ARG för Endokrinologi 2008) | Nr 75 | Endometrios
(ARG för Endometrios 2016) |
| Nr 59 | Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa
(Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG och Samordningsbarnmorskorna inom SBFi samarbete med MödraBarnhälsovårdspyskologernas Förening 2008) | Nr 76 | Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa
(Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG och Samordningsbarnmorskorna inom SBFi samarbete med MödraBarnhälsovårdspyskologernas Förening 2008) |
| | | Nr 77 | Förlossningsrädsla
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi 2017) |

Publikationerna kan beställas via hemsidan:

www.sfog.se/start/arg-rapporter

SFOG-kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm

