



SVENSK FÖRENING
FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI
ARBETS- OCH REFERENSGRUPPER
FÖR

psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi,
perinatologi samt möd-gruppen

Förlossningsrädsla

Rapport nr 51
2004

Arbets- och Referensgruppen för
PSYKOSOCIAL OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI SAMT SEXOLOGI,
PERINATOLOGI SAMT MÖL-GRUPPEN

Nr 51
2004

Förlossningsrädsla

Författare:

Elisabeth Almström	KK, NÄL, Trollhättan
Ulla Björklund	KK, Södersjukhuset, Stockholm
Joy Ellis	Enh f Mödravård, Gyn- och Ungdomsmottagn., Primärvården, Södra Bohuslän
Elsa Lena Ryding	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Gunilla Sundell	Obst enh, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, Göteborg
Agneta Werner	KK, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

Redaktör:	ARGUS Professor Nils-Otto Sjöberg Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Layout:	Marie-Louise Schyberg, SFOG-kansliet
Tryck:	Elanders Tofters, Östervåla 2004

Innehåll

FÖRORD.....	5
DEFINITIONER OCH DIAGNOSTIK	7
FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSEN	15
MÖDRAHÄLSOVÅRDENS ROLL	19
AURORAVERKSAMHETEN	25
PSYKOTERAPI VID FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ	31
OBSTETRIKERNS ROLL	39
KAN VI FÖREBYGGA FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ GENOM UTFORMNING AV VÅRDEN PÅ FÖRLOSSNINGSAVDELNINGEN OCH BB?	45
FÖRSLAG TILL VÅRDPROGRAM.....	51

Förord

Förlossning har i alla tider varit potentiellt farlig för kvinnor. Med ett allmänt gott hälsotillstånd hos kvinnor och med goda hälso- och sjukvårdsresurser har riskerna minimerats och vi har i ett internationellt perspektiv mycket låg mödradödlighet (< 5/100 000 födda). Däremot finns en mödrasjuklighet i samband med graviditet och födande. Även riskerna för barnen är mycket små i samband med förlossning i Sverige. Med vårt hälso-och-sjukvårdssystem har vi kunnat minimera risker för mor och barn och vi har också byggt upp omhändertagandet under graviditet och förlossning för att ge de blivande föräldrarna trygghet och tillit. Trots att den reella risken för kroppslig skada är låg möter vi en del kvinnor, som är mycket rädda för förlossningen. En del uttrycker att de alltid varit rädda inför tanken på födandet, andra drabbas av stark rädsla under pågående graviditet och ytterligare andra har fått en stark rädsla efter en tidigare förlossning. Det kan kännas provocerande att möta kvinnor som "inte vågar föda" och med det uttrycker bristande tillit till vår högkvalitativa förlossningsvård. Det kan också vara provocerande att ta emot deras missnöje med tidigare förlossningsupplevelser. Som vårdpersonal kan man känna sig ifrågasatt och kritiserad. När kvinnan och paret vill bestämma förlossningssätt kan vi som obstetrikere känna att vi blir fråntagna möjligheten till bra beslut grundade på vår professionella bedömning. De senaste åren upplever många att andelen kvinnor, som uttrycker sin förlossningsrädsla, har ökat. Många har känt osäkerhet i hur man hanterar problemet på ett professionellt sätt.

Det finns många frågor att söka svar på. Har förlossningsrädsla verkligen ökat eller är det samma rädsla som alltid funnits men som kvinnor idag uttrycker tydligare? Hur kan vi skilja lättare oro och rädsla från förlossningsrädsla, som är svår för patienten och som riskerar att störa den kommande förlossningen? Kan vi hjälpa patienten på annat sätt än att tillmötesgå eventuella önskemål om sectio och vilka behandlingsmöjligheter kan vi i så fall erbjuda? Finns det utifrån psykologiska aspekter fördelar med sectio för vissa patienter? Har stress och förlossningsrädsla ökat hos läkare och barnmorskor? Finns det i dagens förlossningsvård faktorer som skapar ökad rädsla hos patienterna och hur kan vi i så fall påverka såna faktorer? Har vi möjligheter att förebygga förlossningsrädsla genom att påverka förlossningsupplevelsen? Hur ska mödranhälsovård och förlossningsvård samarbeta och fördela insatserna för patienter med förlossningsrädsla?

I samband med Riks-Arg våren 2001 togs dessa frågor upp och man såg ett behov av en samsyn på förlossningsrädsla och förslag till ett vårdprogram. Representanter från MÖL-gruppen, Perinatal-ARG och POS-ARG bildade en tvärgrupp och bestämde att arbeta fram en ARG-rapport om förlossningsrädsla. Rapporten syftar till att ge ökad kunskap om förlossningsrädsla samt förslag till handläggning av patienterna och samarbete i vårdkedjan.

Ett varmt tack till alla medarbetare!

Stockholm i augusti 2004
Ulla Björklund, ordförande POS-ARG

Definitioner och diagnostik

Elsa Lena Ryding och Gunilla Sundell

Definition

Vad är förlossningsrädsla? I arbetet med förlossningsrädda kvinnor möter man två missuppfattningar: (1) att det är helt normalt att vara rädd och ingenting att pjåska med samt (2) 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 två svenska studier (n=1981, h=951) av gravida kvinnor i graviditetsvecka 32 var graden av förlossningsrädsla normalfördelad (1,2).

Anna 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..."

Berit 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. Berit ser fram emot att få lära sig mera om förlossningen på föräldrautbildningen.

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

Doris är en gift 38-årig förstföderska med en oplanerad graviditet. Hon har kommit 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. Doris första tanke är nu att hon måste göra abort om hon inte kan få kejsarsnitt.

Förlossningsrädsla kan förekomma inte bara före, utan också under (3) och efter (4) förlossningen. Förstföderskor rapporteras i vissa studier i genomsnitt mera rädda inför sin förlossning (4), men omföderskor står för majoriteten av de svårast förlossningsrädda (5,6,7).

Eva kommer till specialmödravården för ställningstagande till förlossningssätt. Ju längre graviditeten går, desto mera oro känner Eva 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 Eva 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 Erik berättar om hur maktlös han kände sig. Han vill helst inte vara med om en vaginal förlossning igen.

I forskningsssammanhang måste man bestämma sig för var gränsen går mellan en mera "normal" rädsla och en "sjuklig"

rädsla. I olika studier har man satt gränsen olika, t.ex. vid 90:e percentilen på en självskattningsskala (1,2). Var går då gränsen för en förlossningsrädsla av klinisk betydelse? Vanligen är det patienten som bestämmer sig för om hon har det tillräckligt besvärligt för att vilja söka hjälp. Människor har dock olika tröskel för att be om hjälp och en del gör det aldrig. Man kan också för kliniska 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 att en extrem rädsla för förlossning medför 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.

Förekomst

Areskog och medarbetare visade 1981 att sex procent av en population kvinnor i sen graviditet led av svår förlossningsrädsla (8). Vi har inga indikationer på att tillståndet ökat i frekvens, utan senare forskningsresultat tyder på att omkring fem procent har en klart behandlingskrävande förlossningsrädsla och att omfödelskor är överrepresenterade. Enligt en undersökning av över 8 000 schweiziska kvinnor 2002, rapporterade 5,3 procent en intensiv förlossningsrädsla (9). Enligt Zar och medarbetare hade 2,4 procent en klar förlossningsfobi (5).

Vad är kvinnor rädda för inför förlossningen?

Kvinnan som söker för förlossningsrädsla anger ofta oro för outhärdlig smärta, bris-

tande förtroende för personalen, bristande tilltro till den egna förmågan att kunna föda, rädsla för att gå sönder eller skräck för att dö, för att tappa kontrollen eller för att barnet skall skadas (7,10). Hos en genomsnittspopulation (kvinnor utan särskild rädsla för förlossningen, eller rättare sagt med alla grader av rädsla) angavs just barnets liv och hälsa som den vanligaste anledningen till oro under inför förlossningen (9).

Bakgrundsfaktorer

Förlossningsrädsla kan hänga samman med kvinnans personliga förutsättningar samt den sociala situation hon lever i. Kvinnans personliga egenskaper är betydelsefulla, som till exempel konstitutionell ångestbenägenhet, dålig självkänsla och förhöjt kontrollbehov (11,12). Dessa faktorer utgör grunden för hur man bemästrar svårigheter och motgångar i livet. I gruppen förstfödelskor finns en del kvinnor som tidigt under uppväxten hört om svåra förlossningsupplevelser samt kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp (7,13). Både först- och omfödelskor 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 (13). Förlossningsrädsla är vanligare hos kvinnor med psykiatriska diagnoser än hos psykiskt helt friska kvinnor (14). Hos omfödelskor anges i stor utsträckning en traumatisk upplevelse vid en tidigare födsel (6,7,10,15,16). De starkt förlossningsrädda omfödelskorna har faktiskt oftare upplevt mer komplicerade förlossningar, oftare med akut kejsarsnitt eller sugklocka, eller t ex svåra bristningar, blödningar >1 000ml och/eller placentaretention. Man måste dock komma ihåg att 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 smärtekänsliga, vilket verifierades av en experimentell studie (17).

I två studier kunde man konstatera att de förlossningsrädda kvinnorna hade fler spontana missfall samt att de hade längre intervall mellan sina graviditeter än de omföderskor, som inte uppvisade någon förlossningsrädsla (15,18).

I en stor finsk studie studerade man den sociala situationen hos kvinnor med förlossningsrädsla och deras partners (11). 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. Däremot inverkade inte partners personlighet på allvarlig rädsla hos den blivande modern. Arbetslöshet var ytterligare en faktor som ökade risken för förlossningsrädsla. I en svensk studie önskade under tidig graviditet åtta procent av populationen att förlösas med sectio. Dessa kvinnor bodde oftare i mindre städer och var oftare lågutbildade och mera allmänt oroliga och depressiva (16). Sectiofrekvensen är i slutändan dock inte högre i småstäder än i storstäder.

Ångestsyndrom

En del kvinnor som söker för rädsla inför förlossningen besväras också av ett annat ångestsyndrom (5,19) eller av depression. Ibland är det ångestsyndromet som presenteras som förlossningsrädsla, t ex måste en kvinna med injektionsfobi frukta även 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, även om de inte är mycket rädda för förlossningen i sig. Andersson och medarbetare fann en prevalens av ångestsyndrom hos gravida på 6,6 procent (14). Zar och medarbetare (5) visade i en mindre studie att 30 procent av gravida kvinnor utan svår förlossningsrädsla (n=375) led av ett eller flera ångestsyndrom, medan

70 procent av en liten grupp kvinnor (n=11) med förlossningsfobi fyllde kriterierna för minst en sådan diagnos.

Enligt den psykiatriska diagnosmanualen Diagnostik and Statistic Manual of mental Disorders (4th ed) (DSM IV) (20) indelas ångestsjukdomar på följande sätt (uppskattad frekvens i befolkningen): Panikångest, med och utan agorafobi eller torgskräck (3-6%), enkla fobier, t ex stick- och blodfobi, även förlossningsfobi kan räknas hit (11%), social fobi = sjuklig blyghet (13%), generaliserat ångestsyndrom (3%), tvångssyndrom (2%) och posttraumatiskt stressyndrom (beror på om man utsatts för ett svårt trauma).

Blod- och stickfobi är vanligt och kan vara handikappande inför en förlossning oavsett förlossningssätt. Sjukhusrädsla är jobbigt när kvinnan vet att det är på ett sjukhus hon måste föda. Fobi för gynekologisk undersökning är också ett bekymmer och 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.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) förekommer efter förlossningar i ca tre procent och 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 kvinnan i hennes liv, hon blir mycket orolig och försöker "stänga av" allt som påminner om förlossningen. I värsta fall är 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 visade i sin avhandling att pre-

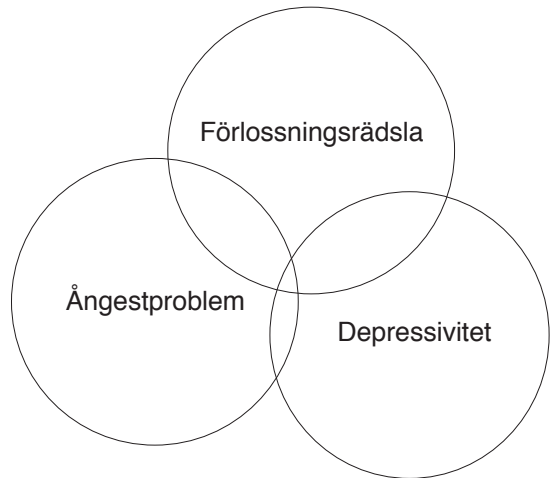
traumatisk stress ofta leder till posttraumatisk stress, d.v.s. en negativ förväntan infrias som en självuppfyllande profetia (21).

Depression

Depression under graviditet och post partum är vanligt (22,23). Det finns en korrelation mellan depression och förlossningsrädsla (11,21). 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. Till slut finns det säkert sårbarhetsfaktorer som är gemensamma för depression och förlossningsrädsla.

Frida har sökt flera gånger på gynakuten för hjärklappning 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. De senaste åren har hon känt sig bra under behandling med ett SSRI-preparat, som husläkaren skriver ut i standarddos. Frida och hennes sambo har därför tyckt att tiden var mogen för en graviditet, och hon avslutade behandlingen i god tid före denna. När symptomen på graviditet som illamående och 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 känns 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.

Figur. Det finns en korrelation mellan förlossningsrädsla, andra ångestproblem och depressivitet.



Psykofarmaka

Många unga kvinnor står idag på SSRI-preparat som har god effekt på både panikångest och depression. I vissa fall går det att sätta ut preparaten inför eller i början av en graviditet, men ibland finns det starka skäl att fortsätta medicinera. Psykoterapi kan ge bot eller bättring i bästa fall innan kvinnan planerar graviditet. (Se kapitel om psykoterapi!) Forskning bl a utifrån Medicinska Födelseregistret i Sverige har klarlagt att ett flertal antidepressiva medel under tidig graviditet **inte** ger fosterskador (se www.janusinfo.org!). Effekter på barnet på mycket lång sikt är inte fullt kartlagda. Man har observerat övergående abstinenssymptom hos nyfödda barn. Medicinering bör ske i samarbete mellan obstetriker och psykiater. Att en nybliven mamma plågas mycket svårt av psykiska problem är sannolikt sämre för det nyfödda barnet än att utsättas för de mediciner, som man vet inte ger uppenbar fosterskada.

Gabriella är en 30-årig förstgravida, somatiskt frisk, men hon tar sedan sju år 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 om förlossningssätt, eftersom patienten inte är i psykisk balans för detta. Samtidigt går hon hos en "Aurorabarnmorska". Gabriella återkommer vecka 30 klart förbättrad och vi kan diskutera förlossningssätt. Hon uttrycker stor ångest och oro inför en vaginal förlossning, över att inte orka och att försämras 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, genom att sectioförlösa henne. Här finns en klart ökad sårbarhet och stor risk för postpartumdepression. Man optimerar också patientens medicinering de sista veckorna inför förlossningen. Psykiatern följer upp patienten post partum och psykologkontakt via BVC har etablerats.

Diagnostik, forskning

För diagnos av förlossningsrädsla användes självskattningsskalor (vid ev screening av en population, samt vid klinisk diagnos) och intervju (anamnes) med kvinnan och ev med paret (vid klinisk diagnos). Många skalor 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. Pregnancy Anxiety Scale (PAS) mäter rädsla i förhållande till graviditet, förlossning och

sjukhusvård (24). Barbro Areskog-Wijma prövade 1982 ett frågeformulär som visade sig väl kunna mäta graden av förlossningsrädsla under graviditet (25). Det har senare använts och modifierats av flera forskare (11,26). Forskargruppen i Linköping har arbetat vidare och exporterar idag en väl validerad och reliabel självskattningsskala, Wijma Delivery Expectancy / Experience Questionnaire (W-DEQ) (27,28). Skalan innehåller 33 frågor och kan användas under (eller till och med före) graviditet (form A) och efter förlossning (form B). En förkortad skala (W-DEQ B 20) har använts även efter kejsarsnittsförlossning och korrelerar 0,96 med den ursprungliga skalan (29). För mätning av förlossningsrädsla under pågående förlossning finns Delivery Fear Scale (30).

Diagnostik, klinik

Även i det kliniska arbetet har psykologiska mätskalor 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 förstås 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. En mall för den som känner sig ovan i situationen finns i läroboken "Förlossningsrädsla" från 1998 (31), liksom en mall för genomgång av en traumatisk förlossning. Att visa empati och respekt, värna om en bra kontakt och försöka att inte själv dragas med i ångesten är bra ingredienser i alla patientsamtal.

Även en enkel fråga som till exempel: "Hur pass rädd är Du för Din förlossning på en skala från noll till tio, om 0 är inte det minsta

rädd och tio är så rädd man över huvud taget kan vara?" kan ha sitt värde när man ej har möjlighet eller kompetens att använda en självskattningsskala. Troligen indikerar ett värde på 8, 9 eller 10 en svår förlossningsrädsla som kräver åtgärd.

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 gärna fångas upp så tidigt som möjligt, före en planerad graviditet eller i början av graviditeten. Då finns tid för utredning, diagnostik och planering av behandling. Även i slutet av en graviditet finns anledning att vara så noga som möjligt med diagnostiken för att kunna ge så bra hjälp som möjligt efter omständigheterna. Också i processen att stödja "rätt" kvinna i hennes önskemål om kejsarsnitt behövs diagnostiken.

FAKTARUTA I DEFINITIONER

- Förlossningsfobi medför att kvinnan på grund av extrem rädsla undviker graviditet eller vaginal förlossning.
- Svår förlossningsrädsla medför psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret.
- 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.

FAKTARUTA II RISKFAKTORER FÖR FÖRLOSSNINGSRÄDSLOR

- Ångestbenägenhet, ångestsjukdomar
- Depression
- Bristande socialt stöd
- Dålig relation med partnern
- Ökad smärtkänslighet
- Tidigare komplicerad eller traumatisk förlossning

FAKTARUTA III
ÅNGESTSJUKDOMAR

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

FAKTARUTA IV
RISKFAKTORER FÖR POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM EFTER FÖRLOSSNING

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

FAKTARUTA V
DIAGNOSTIK

Anamnes

- Vad är hon rädd för?
- Hur påverkar rädslan henne?
- Tidigare trauma?
- Psykisk hälsa i övrigt?
- Socialt stöd?

Självskattningsskalor ev.

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;61:127-42.
3. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:315-20.
4. 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.
5. Zar M, Wijma K, Wijma B. M Relation between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002;9(2): 122-30.
6. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section – a retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:47-9.
7. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:280-5.
8. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;12:262-6.
9. 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.
10. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:266-72.
11. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E and Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing childbirth *BJOG* 2001;108:492-8.

12. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E and Halmesmäki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:39-45.
13. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *Br J Psychiatr* 2000;176:83-5.
14. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Strom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:148-54.
15. Saisto T, Ylikorkala O and Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679-82.
16. Hildingsson I, Rådestad I, Rupertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002;109:618-23.
17. 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.
18. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Br J Obstet and Gynecol* 2002;109:254-60.
19. Ryding EL. Förlossningsrädsla och ångestsyndrom. I: Sjögren B (red.). Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington DC 1984.
21. Söderquist J. Posttraumatic stress after childbirth. Linköping University Medical Dissertations No. 761. Linköping 2002.
22. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:62-6.
23. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;80:251-5.
24. Levin JS. The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *J Health Soc Behav* 1991;32:368-81.
25. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Identification of women with significant fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;13:98-107.
26. DiRenzo GC, Polito PM, Volpe A, Anceschi MM, Guidetti R. A multicentric study of fear of childbirth in pregnant women at term. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1984;3: 155-63.
27. 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.
28. Zar M. Diagnostic aspects of fear of childbirth. Linköping Studies in Education and Psychology No. 78. Linköping 2001.
29. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental, and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19:135-44.
30. Alehag S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80: 315-20.
31. Sjögren B, Ryding EL, Magnusson B. Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B (red.). Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.

Förlossningsupplevelsen

Ulla Björklund

Sekundär förlossningsrädsla kan uppstå efter svåra och traumatiska förlossningsupplevelser.

Förståelsen av vad som påverkar förlossningsupplevelsen och hur den uttrycks är därför viktigt vid handläggning av förlossningsrädda kvinnor.

Upplevelsen av födandet och förlossningen är för många kvinnor en central upplevelse som står kvar under lång tid. Förlossningen är en stor livshändelse för både kvinnan och mannen och i vår tid också en livshändelse där sjukvårdens insatser är mycket väsentliga och delvis avgörande. Starkt negativa eller traumatiska förlossningsupplevelser kan leda till stark rädsla inför en kommande förlossning och ibland orsaka posttraumatiskt stressyndrom (PTSS). Kvinnor och män för också vidare sina förlossningsupplevelser till sin omgivning. I en svensk studie har man funnit att kvinnor födde färre barn och hade ett längre intervall till nästa barn efter en negativ upplevelse av en förlossning (1). I ett "state of the art" dokument om handläggning av den normala förlossningen anges som målsättning för förlossningsvården att den ska minimera sjuklighet hos mor och barn och bidra till att förlossningen blir en så positiv upplevelse som möjligt. Denna målsättning ska uppnås med minsta möjliga intervention i det naturliga förloppet.

Det är inte lätt att fånga förlossningsupplevelsen med några få ord. Den är sammansatt av många olika komponenter och kan

samtidigt rymma både positiva och negativa erfarenheter och känslor. För att förstå, beskriva och jämföra kvinnors förlossningsupplevelser har det gjorts studier där man först utgått från kvinnors egna beskrivningar och utifrån dessa fått fram några betydelsefulla komponenter, exempelvis förväntan, delaktighet, förlossningsförlopp, kontroll, smärta och stöd av personal. Utifrån dessa komponenter har man sedan försökt värdera och jämföra förlossningsupplevelsen (4).

Kvinnans förväntan, eventuella oro och rädsla inför förlossningen är betydelsefulla för förlossningsupplevelsen. Det finns bland förlossningspersonal attityden att kvinnor, just på grund av en mycket positiv förväntan, kan hamna i en stor besvikelse och på grund av det få en negativ förlossningsupplevelse. Detta motsägs i stort sett av forskning. De kvinnor som uttrycker en positiv förväntan inför förlossningen får också i högre grad en positiv förlossningsupplevelse. Det förekommer dock en liten grupp som haft en realistiskt positiv förväntan och som riskerar att hamna i en stark besvikelse och därmed en mycket negativ förlossningsupplevelse. Negativ förväntan, stark oro eller rädsla leder i högre grad till negativ förlossningsupplevelse (3).

Delaktighet i förlossningsprocessen och stöd av barnmorskan eller annan person är viktiga komponenter och i många studier framstår dessa som de viktigaste (3,5,6,8,10).

För att känna delaktighet i förlossningsprocessen behöver kvinnan kunskap och insikter om hur förlossningsförloppet kan te sig. Hon behöver också ges möjlighet till delaktighet i beslut som rör behandlingar och åtgärder. Kontinuerligt stöd under förlossningsförloppet från barnmorska eller annan vårdgivare har visat sig ge en mer positiv förlossningsupplevelse (Cochrane) (9).

Förlossningsförloppet och förlossningsutfallet har betydelse för förlossningsupplevelsen, men sambanden är inte entydiga. Långdragna förlossningar och instrumentella förlossningar är faktorer, som kan försämra förlossningsupplevelsen, men även vid en medicinskt sett helt normal förlossning kan förlossningsupplevelsen bli mycket negativ.

Kontroll kan sägas ha både negativ och positiv inverkan på förlossningsupplevelsen. Kontroll är inte något enhetligt begrepp. Det kan stå för självkontroll, kvinnans krav på sig själv att uppnå kontroll och exempelvis kontrollera sina egna reaktioner. Då kan det innebära egna krav på prestation och en svårighet att anpassa sig till det oförutsedda i förlossningsförloppet. Ett annat sätt att beskriva kontroll är att se det som en känsla av kontroll där delaktighet och tillit till sig själv, sin kropp och vården är viktiga inslag. Kvinnor som beskriver den känslan av kontroll får i större utsträckning en positiv förlossningsupplevelse.

Smärta är en annan viktig komponent i förlossningsupplevelsen men det är inte alltid som stark smärta ger en negativ förlossningsupplevelse. Huruvida stark smärta ger en negativ förlossningsupplevelse eller inte kan bero på vilken typ av stöd och smärtlindring kvinnan fått och det kan också bero på hur mycket oro och ångest som är kopplad till smärtan. I en översiktsartikel (10) där man gått igenom 137 artiklar om faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen fann man att attityder och uppträdande hos vårdpersonalen i högre grad påverkade

förlossningsupplevelsen än smärtintensitet, smärtlindring och medicinsk förlossningsintervention (11,7).

Utformningen av vården har betydelse för förlossningsupplevelsen, framför allt i vad mån vårdgivarna gett stöd till, visat respekt för och kommunicerat med kvinnan (9). Den fysiska miljön har däremot inte visat sig ha så stor betydelse (12). Upplevelsen av vården ska dock inte sammanblandas med förlossningsupplevelsen. Det är också stor skillnad mellan andelen nöjda med vården och andelen med övervägande positiv förlossningsupplevelse. Betydligt fler är nöjda med vården (90%) än med förlossningsupplevelsen (60-70%).

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. Men det finns idag inte något validerat sätt att mäta förlossningsupplevelsen. Den är komplex och inte samma sak som hur nöjd man är med vården. I förlossningsupplevelsen 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 ca 6-10 veckor efter partus och eventuellt ett år efter partus. Det

finns idag kliniker som i sitt kvalitetsarbete använder vårdkedjejournal för att kontinuerligt återkoppla förlossningsupplevelsen till förlossningsavdelningen. Ytterligare forskning behövs dock för att hitta bra sätt att mäta och värdera förlossningsupplevelsen.

FAKTARUTA

- Förlossningsupplevelsen består av många komponenter och påverkas av faktorer före graviditeten, under graviditeten och under förlossningen.
- Förlossningsrädsla kan uppstå som en följd av en svår förlossningsupplevelse.
- Förlossningsrädsla innebär också en risk för svår förlossningsupplevelse.
- För att förebygga förlossningsrädsla är det viktigt att förlossningsvården utformas med målsättningen att förlossningen ska bli en så positiv upplevelse som möjligt.
- Barnmorskans eller vårdgivarens stöd och närvaro vid förlossningen är en viktig faktor, som påverkar förlossningsupplevelsen.

Referenser

1. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002; Mar;109(3):254–60.
2. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecol Obstet Invest* 1983;16:1-12.
3. Green J M. (UK) Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth a prospective study of 825 women. *Birth* 1990;17:1.
4. Salmon P. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth, relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Psychosom Research* 1992;36:317-27.
5. Bramadat Ina J, Canada. Satisfaction with childbirth, theories and methods of measurement. *Birth* 1993;20:1.
6. Waldenström U. The childbirth experience, a study of 295 new mothers. *Birth* 1996;23:3.
7. Waldenström U. The complexity of labor pain, experiences of 278 women. *Psychosom Obstet Gynecol* 1996;17:215-28.
8. State of the Art: Handläggning av normal förlossning. Soc.styrelsen (MARS) 2001.
9. (Cochrane Review): Caregiver support for women during childbirth. In the Cochrane Library) 2002; Volume (Issue 2).
10. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;may;186 (5 Suppl Nature):6–72.
11. Nettelbladt, Uddenberg. The significance of reported childbirth pain. *J Psychosom Research* 1976;20:215-21.
12. Hodnett ED (Cochrane Review); Home-like versus conventional birth settings; In the Cochrane Library, 1998; Issue 4 Oxford: Update Software.
13. Wijma K, Ryding EL, Wijma B. Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *J Reprod and Infant Psychology* 2002; Vol. 20:No 1.

Mödravårdens roll

Joy Ellis

På preventivmedelsmottagningen

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

På mödravårdscentralen (MVC)

Det är på MVC som de flesta gravida kvinnor ger uttryck för sin förlossningsrädsla. Läkaren och barnmorskan på MVC är därför oftast de som bedömer graden av rädsla. Lätt förlossningsrädsla behandlas på MVC enligt nedan; kvinnor som lider av mer uttalad rädsla hänvisas till Auroramottagning eller motsvarande. En graviditet som kompliceras av förlossningsrädsla kan inte skötas enligt basprogrammet och vårdplan skrivs i MVC-journalen. Det är viktigt att genom frågor och öppenhet försöka upptäcka förlossningsrädsla hos både först- och omfödskor så tidigt som möjligt i graviditeten för att möjliggöra tidig behandling på rätt vårdnivå.

Barnmorskan frågar den blivande mamman om hennes tankar och strategier rörande

akuta obstetriska situationer och åtgärder (se nedan) och smärta samt uppmuntrar henne att utforska icke-farmakologiska smärtlindrings- och avslappningsmetoder.

Omfödskor med komplicerade förlossningar bakom sig går igenom förlossningsjournalen med MVC-läkaren.

Det är värdefullt för många kvinnor att skriftligen sammanfatta sina tankar och önskemål om förlossningen. MVC-barnmorskans hjälp kan behövas så att det blir så realistiskt som möjligt. I en studie fann man att en sådan så kallad förlossningsplan, kanske något oväntat, inte förbättrade förlossningsupplevelsen (1). Ett papper som underlättar kommunikationen mellan den födande kvinnan och förlossningspersonalen kan vara värdefullt om alla parter är införstådda med dess begränsningar.

Föräldrautbildningen (FU)

Förstfödskan behöver information om förlossningen, om vilken hjälp hon kommer att få av barnmorskan och om smärtlindring. De blivande föräldrarna kan behöva ett forum för att berätta om sin oro och lyssna på andra (2).

En av föräldrautbildningens 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 paret förberedas för att alla förlossningar är smärtsamma och att akuta förlossningssituationer kan uppstå,

t ex påverkade fosterljud, sugklocka, oplaneerat kejsarsnitt eller kvarhållen moderkaka. Här finns en möjlighet att påverka framtida uppkomst av förlossningsrädsla. Målsättningen är att göra informationen i FU realistisk och lätt att ta till sig utan att onödigtvis medikalisera förlossningsförberedelsen. Det är viktigt med tät kontakt mellan MVC och förlossningsavdelningen så att informationen till blivande föräldrar är så vederhäftig som möjligt.

Innehållet i FU har under årens lopp varierat med varierande tonvikt lagd vid förlossningsförberedelse. Bör behovet av förlossningsförberedelse i högre grad?

Det är svårt att med hjälp av den vetenskapliga litteraturen bekräfta antagandet att information om förlossningen lindrar och förebygger förlossningsrädsla. I en review (3) fanns bara sex randomiserade, kontrollerade studier om FU; rädsla var inte ett studerat utfall i någon av dem. Ingen studie var heller svensk; innehållen i olika länders FU är sannolikt inte jämförbara. Några nyare finska studier berör FUs effekt på förlossningsrädsla, med varierande resultat. I en studie (4) fann man att FU kunde väcka/framkalla förlossningsrädsla som sedan försvårade inlärning. I en annan (5) var förstfödernas som ännu ej deltagit i FU räddare för förlossningen och förlossningspersonalen, jämfört med de som hunnit delta. I en tredje studie (6) hade både förlossningsrädda omfödernas och kontrollgruppen deltagit i FU under den första graviditeten; fynden i denna studie talar inte för att FU förebygger förlossningsrädsla vid nästa graviditet.

Gravida med speciella behov

Psykisk ohälsa

Upptäckt och behandling av psykisk ohälsa bör prioriteras inom mödravården. Barnmorskan tar en noggrann anamnes, ställer riktade frågor och bokar täta återbesök för att upptäcka psykisk ohälsa och skapa ett tryggt samtalsklimat där kvinnan vågar uttrycka

sina känslor och farhågor. Läkaren bedömer graden av psykisk ohälsa. Behandling sker i samarbete mellan mödravårdsvårdpsykiolog (MHV-psykiolog), obstetriker och psykiater.

Tidigare sexuella och andra övergrepp

Kvinnor som utsatts för sexuella och andra övergrepp är ofta extra sårbara inför gynekologiska och andra undersökningar där de kan känna sig blottade och utelämnade. De kan ha svårt att tolerera ovisshet och känslan av bristande kontroll och behöver särskilt mycket stöd under graviditeten och förlossningen. Om den blivande mamman berättar för sin MVC-barnmorska om att hon utsatts för övergrepp, finns förutsättningar att ta reda på vilket stöd som erfordras och att utforska hennes behov och rädslor inför förlossning och moderskap. Kvinnor berättar sällan spontant om svåra tidigare upplevelser. Ovilja att bli gyn-undersökt, anamnes på åstörningar eller på självdestruktivt beteende kan vara signaler till MVC-barnmorskan att den blivande mamman varit utsatt för något övergrepp.

Fall

Eva ber att få tid hos MVC-läkaren för att diskutera förlossningssätt. Hon är förstföderna 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 gyn-undersökning vid första 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 sköte 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 övervakningselektroder 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 givit 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.

Singelmamman

Information om faderskapsutredning, kontakt med försäkringskassa och, vid behov, socialassistent 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. MVC-barnmorskan kan också ta upp en diskussion 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 behand-

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

MVC-barnmorskan får, när rädslan framkommit, snarast möjligt ordna besök på Auroramottagning eller motsvarande för planering även om egentlig behandling inte hinns med.

Sociala problem

Missbruk

Barnmorskan spelar en unik 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 prostitution kan höra samman med missbruk. Om det inte finns en specialenhet för kvinnor med missbruksproblem, blir det MVC-barnmorskan som oftast har den mest långvariga kontakten med kvinnan och som väcker hennes förtroende. Barnmorskan blir därvid en länk mellan den gravida missbrukarens värld och omvärlden, inklusive sjuk- och förlossningsvården, socialkontor och försäkringskassa.

Våld och hot

Många kvinnor är utsatta för våld eller hot under graviditeten (7, 8). Barnmorskan kan fungera som stödjande samtalspartner och länk till myndigheter, kvinnohus 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 MVC och upplevelsen av stöd under förlossningen kan minska eller ersättas av motsatsen. Många

MVC uppmuntrar partnern att delta så mycket som möjligt vid barnmorskebesök. Om barnmorskan träffar alla blivande mödrar ensamma åtminstone en gång under graviditeten, ökar dock möjligheten att diskutera om hot, misshandel eller rädsla förekommer i relationen.

Oro och rädsla hos den blivande fadern/partnern

Makens (eller annan närståendes) närvaro är till glädje för de flesta födande kvinnorna och de flesta fäderna/partners har glädje av att närvara under förlossningen. Detta gäller dock inte alla. Kvinnor/par som väljer att någon annan ska stötta under förlossningen skall respekteras. Det är viktigt att MVC-barnmorskan uppmärksammar även pappans/partners reaktioner, farhågor och rädslor, utan att släppa fokus på mamman. MVC-barnmorskan kan utforska partners tankar om hur den blivande mamman kan stöttas under och efter förlossningen och även ge råd. Den förlossningsrädda kvinnan kan ibland medvetet eller omedvetet uttrycka oro för vad partnern skall klara av. Hon kan också härbärgera eller förmedla partners 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 pappan/partnern bäst hjälp för sin förlossningsrädsla? Man får överväga remiss till Auroramottagning eller motsvarande, även i fall där mamman inte är rädd, eftersom det ofta inte finns annan hjälp tillgänglig.

Fall

Jenny har fött ett barn tidigare. När hon skrivs in vid MVC, 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. Jag ber Jenny 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 han upplevde situationen i samband med blödningen som helt kaotisk, med personal som inte hade kontroll. Denna upplevelse vill han absolut inte upprepa. Han tycker att det är tråkigt om Jenny får föda utan hans sällskap men en vaginal förlossning vill han inte vara med om. Han kommer inte heller till sjukhuset medan Jenny föder utan han får träffa sitt barn när hon kommit hem. Vi diskuterar 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 samtals slut har ingen av parterna ändrat inställning; Jenny och Johan remitteras till Auroramottagningen.

Uppföljning efter förlossningen

Alla nyblivna mödrar erbjuds efterkontroll efter förlossningen. MVC-barnmorskan ställer frågor i syfte att upptäcka psykisk ohälsa såsom postpartumdepression och post-traumatiskt stressyndrom (PTSS). Påträngande ovälkomna minnesbilder, mar- drömmar, undvikande av tankar eller samtal om förlossningen, känslor av avstängdhet, nedstämdhet eller en nästan ständig oro kan vara symtom på PTSS. Brist på glädje eller anknytning till barnet eller en negativ förlossningsupplevelse, som ej börjat lindras efter några veckor kan vara varningssignaler för post-partum depression. Barnmorskan kan hjälpa mamman att komma i kontakt med förlösande personal, MHV-psykolog, MVC-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 föräldrarna för smärtan samt akuta situationer och åtgärder i samband med förlossningen.
- bidra till tidig diagnostik.
- bedöma graden av förlossningsrädsla och att hänvisa till rätt vårdgivare.
- behandla lätt till måttlig förlossningsrädsla.
- vid efterkontrollen söka upptäcka kvinnor som har eller riskerar utveckla förlossningsrelaterad PTSS och hänvisa till rätt vårdgivare.

Referenser

1. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is childbirth experience improved by a birth plan? I: Lundgren I. Releasing and relieving encounters-experiences of pregnancy and childbirth. Uppsala: Acta Univ.Upsaliensis, 2002.
2. Sjögren B, Ryding EL, Magnusson B. Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B (red). Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.
3. Gagnon AJ. Individual or Group Antenatal Education for Childbirth/ Parenthood (Cochrane Review). I: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, Issue 1, 2003.
4. Melender H. Fears and Coping Strategies Associated with Pregnancy and Childbirth in Finland. *J Midwif. and Women's Health* 2002;47:256-63.
5. Melender H. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth, a Study of 329 Pregnant Women. *Birth* 2002;29(2):101-11.
6. Saisto T. Factors Associated with Fear of Delivery in Second Pregnancies. *Obstet and Gynecol* 1999;94:679-82.
7. Widding Hedin L. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet et Gynecol Scand* 1999;78:310-15.
8. Grimstad, H. Interpersonal Conflict and Physical Abuse in Relation to Pregnancy and Infant Birth Weight. *J Women's Health and Gender-Based Medicine* 1999; 8:847-53.

Auroraverksamheten

Agneta Werner

I slutet av 80-talet fick förlossningsrädsla ökad uppmärksamhet och inom förlossningsvården såg man ett behov av bättre omhändertagande av kvinnor med stark förlossningsrädsla. Några kliniker startade speciell verksamhet för dessa kvinnor och en benämning som valdes var Auroraverksamhet. Aurora, som är namnet på morgonrodnadens gudinna, anspelar på att man ville att förlossningsrädda kvinnor skulle få ljusare tankar kring födandet. Under 90-talet har liknande verksamhet etablerats på de flesta av landets kvinnokliniker 1,2,3.

Syftet med Auroraverksamheten

Verksamhetens syfte är att minska förlossningsrädslan och att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt oavsett förlossningssätt. Det försöker man uppnå genom stödjande samtal, förlossningsförberedelse och terapi (vissa enheter). Behandlingen syftar till att ge kvinnan ökad trygghet, kunskap och att stärka hennes tro på sig själv och sin förmåga att föda barn. En del kvinnor behöver hjälp med bearbetning av tidigare förlossningsupplevelser för att kunna förbereda sig för kommande förlossning.

Sammansättningen av Auroragruppen

Gruppens sammansättning och kompetens är viktig. Den bör bestå av erfarna förlossningsverksamma barnmorskor och obstetrikere med tillgång till psykolog, kurator och om möjligt psykiater med intresse för obstetriska frågor. Barnmorskorna och obstetrikerna bör ha regelbunden kvalificerad handledning tillsammans i grupp.

Arbetsätt

Från Mödrahälsovården remitteras kvinnor med måttlig till svår förlossningsrädsla. Remisserna bör bedömas gemensamt av barnmorska och läkare och patienten bör få tid för samtal inom 2-3 veckor. Vid remissbedömningen bestäms vilken yrkeskategori som patienten ska få träffa initialt. De kvinnor som redan har en etablerad kontakt med psykolog, kurator eller psykiater rekommenderas fortsätta med den. För verksamhets och kvalitetsuppföljning registreras alla remisser. En del kvinnor tar själva kontakt med Auroragruppen och kan efter brev eller telefonkontakt få tid för ett första samtal. Det finns en fördel med att alla kontakter går via mödrahälsovården. Den egna barnmorskan får då en chans att försöka hjälpa om hon har möjlighet. Att kvinnan själv ringer och lägger fram sitt problem underlättar å andra sidan prioriteringen av insatser. Man kan or-

ganisera på olika sätt beroende på enhetens storlek och resurser.

Första besöket blir ett bedömnings- och planeringsbesök. Oftast är det barnmorskan som tar det första samtalet. Det fortsatta antalet samtal varierar beroende på kvinnans/parets behov. Det finns inte någon evidens för lämpligt antal besök. Vid det första samtalet får kvinnan beskriva vad hon är rädd för, gärna så konkret som möjligt. Hon får också berätta om sin sociala situation inklusive relationen till mannen. Man frågar efter tidigare skadande eller kränkande händelser, tidigare sjuklighet, både somatisk och psykisk, och eventuella tidigare sjukvårdserfarenheter. Vad gäller rädslan försöker man bedöma svårighetsgrad från måttlig till svår till fobi. En modell för ett inledande samtal finns i Sjögrens lärobok "Förlossningsrädsla" sid 106-8 (3).

Vid bedömningssamtalet kan det komma fram att kvinnan har behov av hjälp utöver vad Auroragruppen kan erbjuda, exempelvis remiss till psykolog, psykiater eller speciell enhet för psykosocial obstetrik och gynekologi, där sådan finns. Men oftast kan patienten handläggas inom gruppen och bedömningssamtalet avslutas med en planering för fortsatta samtal och eventuellt teamsamarbete.

Handläggning av förstföderskor

Förstföderskor med livslång förlossningsfobi eller avsevärda psykiska problem bör tidigt få tala med gruppens läkare i diagnostiskt syfte. Även om terapi påbörjas kan det finnas behov av förlossningsförberedande samtal och vårdplanering hos barnmorska och eller läkare.

Samtal hos Aurorabarnmorskan fokuseras på rädslan och förlossningsförberedelse anpassad efter kvinnans/parets behov. Kvinnan beskriver sin rädsla och sina egna tankar om varför hon känner så. När hon beskriver vad hon är rädd för och varför

kan det visa sig att det finns kopplingar till tidigare erfarenheter. Det kan vara intressant för kvinnan att försöka förstå varför hon är så rädd, men det är inte alltid man får någon tydlig bild av skälen till hennes rädsla. Även om man inte förstått orsaken till rädslan kan man gå vidare och arbeta med hennes tankar och föreställningar om den kommande förlossningen. Man bör inte lägga för mycket samtalstid på att försöka förstå rädslan, utan framför allt ägna tid åt att öka kvinnans tillit till sin förmåga och möjlighet att föda. Det är också viktigt att skapa trygghet i omhändertagandet.

Kvinnan har ofta en mycket negativ föreställning om vad en förlossning kan innebära. Om hon kan sätta ord på sina känslor och på vad som är det värsta som skulle kunna hända löser sig ibland en blockering och hon kan öppna sig för andra och mera positiva möjligheter. Barnmorskan har en viktig uppgift i att avdramatisera förlossningen.

En del kvinnor kan ha nytta av att skriva ner sina värsta farhågor och även drömbilden av en bra förlossning. Om kvinnan kan föreställa sig en rimligt bra förlossning är troligen prognosen bättre än om hon inte för sitt liv kan tänka sig en sådan.

Avslappningsövningar kan hjälpa den kvinna som är spänd och lättstörd. En del kvinnor skulle kunna ha nytta av andningsövningar i stil med dem som användes under "psykoprofylaxens" tid. Många kvinnor är sjukhusrädda och behöver "träna" på att vara i sjukhusmiljö. Besök på förlossningsavdelningen brukar vara bra för att både konkretisera och bearbeta rädslan samt tydligare kunna arbeta med förlossningsförberedelse. Om besöket väcker stark ångest bör man försöka att stanna kvar en stund tillsammans med kvinnan, varefter ångesten i allmänhet minskar. Kvinnor (och män) med stark sjukhusrädsla kan behöva mer än ett besök för att bli lugnare på avdelningen. Enligt vår kliniska erfarenhet är skrällen för vissa kvinnor så stor att den blockerar förutsättningarna för samtal om kvinnan inte lovas

att det blir kejsarsnitt om skrällen kvarstår i slutet av graviditeten. Först då vågar hon ibland börja bearbeta sin rädsla och öppna vägarna för samtal.

Handläggning av omfödelskor med traumatisk förlossning tidigare

Det är viktigt att i första hand ge utrymme för kvinnans och parets egen upplevelse och uppfattning om den genomgångna förlossningen. Många beskriver svår smärta, bristande förtroende, ensamhet, förlust av kontroll och utdragna förlopp. Ge extra tid för det speciellt svåra och känslor i samband med det. En modell för genomgång av en traumatisk förlossning finns i Sjögrens lärobok "Förlossningsrädsla" sid 78-9 (3).

Hur har den tidigare upplevelsen påverkat förväntningarna på kommande förlossning?

Efter att kvinnan/paret beskrivit sin upplevelse och uppfattning om förloppet är det lämpligt med en noggrann genomgång av journal och förlopp. Genomgång av de medicinskt komplicerade förlossningarna bör göras av obstetriker. Samtalet måste föras professionellt, öppet och med respekt för att kunna återskapa förtroende och tillit. Även omfödelskor kan behöva "återbesök" på förlossningsavdelningen för att göra bilden av den tidigare förlossningen tydligare och för att förbereda kommande förlossning. Se i övrigt under "Förstfödelskor" vad gäller tidiga löften om sectio.

Förlossningsplanering

När kvinnan vågar tänka sig in i den kommande förlossningen gör barnmorskan/läkaren en individuell planering med hänsyn till kvinnans önskemål och den obstetriska situationen. Om kvinnan önskar någon åtgärd som är ovanlig eller kontroversiell är det viktigt med en förankring hos obstetriker. Planen måste vara realistisk och inte lova mer än vad förlossningsavdelningen

kan hålla. Planen dokumenteras tydligt i mödrahälsovårdsjournalen och det är viktigt att ta med de till synes små detaljer, som kan vara speciellt viktiga för kvinnan. Vid ankomsten till förlossningen, kanske i fullt värkarbete, har hon oftast inte kraft att uttrycka sina önskemål och därför är det viktigt att de finns nedskrivna. Förlossningsavdelningens personal ska sträva efter att i möjligaste mån följa den nedskrivna planeringen både vad gäller ordinationer och dokumenterade önskemål. Många timmars tillitsskapande arbete kan gå förlorade om förlossningsplanen inte respekteras. Naturligtvis kan den födande kvinnan ändra uppfattning om sina önskemål under förlossningens gång och via samtal med den förlösande barnmorskan välja en annan väg än den planerade. Vid komplikationer med fara för kvinnans eller barnets liv måste kvinnan vara införstådd med att åtgärder kan vidtas som hon inte annars skulle ha önskat.

Ibland bedömer obstetrikeren i Auroragruppen att ett planerat kejsarsnitt är det bästa för kvinnan av psykologiska skäl. Ett alternativ till ett planerat kejsarsnitt kan i vissa utvalda fall vara en planerad induktion i fullgången tid (4).

Utvärdering

Det finns ingen randomiserad kontrollerad studie som gäller Aurorabarnmorskors arbete. Ur etisk synvinkel är det endast möjligt att göra en randomiserad kontrollerad studie om en ny verksamhet startas vid en klinik där man tidigare inte haft något omhändertagande av förlossningsrädda. De allra flesta kliniker i Sverige har idag ett organiserat omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor och par (1). Vad som finns är en jämförande studie mellan 53 kvinnor som sökt för svår förlossningsrädsla i Helsingborg och 53 kvinnor med samma ålder, paritet, förlossningssätt (akut sectio, elektivt sectio, vaginal förlossning) och födelsetid (8). Kvinnorna fick mellan 1-14 (genomsnitt 4) samtal hos en specialutbildad förlossningsbarnmorska,

plus ett uppföljningsbesök post-partum. Läkarbesök för obstetrisk planering behövdes i en tredjedel av fallen.

Man fann att "Auroramammorna" ca sju månader efter förlossningen rapporterade något mera kvarstående förlossningsrädsla samt mera symptom på posttraumatisk stress än "genomsnittsmammorna". Auroramammorna var samtidigt mycket mera nöjda med förlossningsförberedelsen och vården än genomsnittsmammorna. Bara tre av 53 var mer eller mindre missnöjda: en ung depressiv kvinna som förlöstes prematurt, en kvinna som fick uppleva att jourhavande personal inte respekterade den uppgjorda förlossningsplanen och en kvinna som upplevt försök till övertalning till vaginal förlossning som kränkande. Tjugo kvinnor hade initialt önskat kejsarsnitt, varav åtta sattes upp för det. Sex akuta kejsarsnitt utfördes också inom gruppen på 45 kvinnor som gick in i en vaginal förlossning (13%). Alltså fick de förlossningsrädda kvinnorna inte en lika lugn och trygg förlossning som normalpopulationen, vilket kanske inte heller kan förväntas. Vi vet inte hur deras förlossningar hade blivit utan Aurora. Vi vet att kvinnorna var mycket glada för det stöd de hade fått, vilket även framgår av flera lokala utvärderingar från Auroragrupper i landet.

Fall 1:

28-årig 2-föderska som redan vid inskrivnings-samtalet graviditetsvecka 12 berättar för sin barnmorska att hon upplevde förlossningen för fyra år sedan som mycket jobbig. Hon omtalar även att hon haft tankar att avstå från fler graviditeter pga av den skräck som hon upplever då hon tänker på förlossningen. Är intresserad av att få samtalsstöd under den aktuella graviditeten och remitteras därför till Auroragruppen för samtal.

Vid första besöket hos barnmorska berättar patienten om sin första förlossning som efter en okomplicerad graviditet startade spontant och i fullgången tid. Patienten hade ingen speciell

rädsla inför förlossningen utan var förväntansfull. Hon upplevde förlossningen som väldigt långdragen, tyckte att hon blev lämnad ensam utan övervakning hela natten vilket skapade stor ångest och rädsla för barnets välbefinnande. Upplevde även att beslutet om epiduralanestesi (EDA) dröjde länge och att hon fick utstå smärta alltför länge. Sedan avtog värkarna och man tvingades lägga en sugklocka då hon inte orkade krysta. Barnet var initialt lite taget men återhämtade sig snart och kunde gå med föräldrarna till BB.

Kvinnan träffar vid de nästkommande besöken sin Aurorabarnmorska samt, vid ett tillfälle, obstetriker knuten till Auroraverksamheten. Den tidigare förlossningsjournalen genomläses gemensamt vilket upplevs som positivt av patienten. Hon börjar kunna tänka på sin förestående förlossning utan att få ångestattacker och de sömnbesvär hon lidit av tidigare under graviditeten minskar.

I journalen dokumenteras att kvinnan haft dessa samtal och att hon har stort behov av stöd under förlossningen. Då förlossningen startar skall värksvaghet åtgärdas och patienten önskar få EDA tidigt, dvs så snart förlossningen startat.

Inkommer sedan till förlossningen i fullgången tid pga av värkar var 10:e minut. Vid undersökning är cervix öppen 5 cm. Amniotomi göres och EDA lägges. Föder två timmar efter ankomsten till avdelningen ett piggt flickebarn.

Vid enkätförfrågan två månader efter förlossningen anger patienten att hon genom samtalen vågade gå vidare och föda barn igen. Hon upplevde att hon blivit respekterad, tagen på allvar och kände sig trygg i sitt födande vilket ledde till en fin upplevelse.

Fall 2:

34-årig förstföderska med flerårig ångestproblematik, dock ingen aktuell medicinering. Omtalar vid inskrivningen att hon av för henne oklar anledning känner skräck vid tanken på förlossningen. Vill ha hjälp med att bearbeta sin rädsla varför remiss skrivs till Auroragruppen.

Kvinnan träffar under graviditeten Aurorabarnmorska samt kurator med Steg 2 utbildning i psykoterapi. Hon får enskild undervisning på förlossningen och tycker i början av tredje trimestern att rädslan känns hanterbar. Vid läkarbesök i graviditetsvecka 36 avtalas om vaginal förlossning. Dock uttrycker patienten viss oro för att få panikångest under förlossningen. Graviditeten kompliceras de sista veckorna av en besvärande klåda men är i övrigt normal. Patienten inkommer graviditetsvecka 41+6 med vattenavgång och värkar. Öppningsskedet förlöper normalt och patienten har god hjälp av en EDA. En terapiresistent värksvaghet uppstår då cervix är retraherad och ledande parti står vid spinae. Man beslutar efter två timmar att avsluta förlossningen med medelhög sugklocka. Efter fyra dragningar framföds ett stort piggt barn, dock sitter placenta och det har uppstått en vaginalbristning. Patienten tas pga blödning snabbt till operation för placentalösning samt suturering. Sammanlagd blödning uppskattningsvis 2000 ml och Hb dagen efter förlossningen är 71. Går hem från BB efter två dagar. Vid telefonkontakt med barnmorska dagen efter hemgången börjar patienten att tala om hur hemskt hon upplevde förlossningen. Återkommer till BB efter en vecka pga endometrit och får behandling med antibiotika. Samtalar då med en Auroraläkare om hur fruktansvärt hon upplevde förlossningen och man planerar för uppföljning vid efterkontrollen.

Vid enkätförfrågan två månader efter förlossningen beskriver kvinnan att ingen lyssnade på henne på förlossningen vilket var särskilt svårt eftersom hon upplevde att hon fått förståelse för sin situation på mödravården. Hon skriver att hon upplevde allt dåligt på förlossningen och att hon kände sig nonchalant samt hårdhänt bemött. Tyckte inte att förlossningspersonalen tog hänsyn till hennes tidigare anamnes och det som fanns nedskrivet i mödravårdsjournalen. Var även besviken på BB-vistelsen då hon inte upplevde sig få någon som helst hjälp.

FAKTARUTA
AURORAGRUPPENS FRÄMSTA
UPPGIFTER ÄR

- via stödjande samtal under graviditeten behandla medelstark och stark förlossningsrädsla så att paret får en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt oavsett förlossningssätt.
- tillgodose kvinnans olika behov genom en tvärprofessionell sammansättning av gruppen, som bör bestå av erfarna förlossningsverksamma barnmorskor och obstetriker med tillgång till psykolog, kurator och gärna psykiater.
- hänvisa kvinnor med stark förlossningsrädsla/fobi till psykoterapeut om motivation finns.
- efter samtal i slutet av graviditeten göra en realistisk planering inför förlossningen och tydligt dokumentera den i mödravårdsjournalen.

Referenser

1. Nieminen K, Wijma K, Andersson LL, Björklund U, Norbeck M, Ryding EL, Sjögren B: POS-ARG-enkät 2000 SFOGs medlemsblad 2001;5:12-3.
2. Gustavsson Stein L: Aurorahjälp för förlossningsrädda kvinnor. *LT* 93:41: 3557-8.
3. Sjögren B, Ryding E L, Magnusson B. Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B (red). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur, 1998:88-110.
4. Ekman-Ordeberg G, Irestedt L, Olofsson C, Sjögren B, Wirefeldt E. Rädd att föda, rädd för smärta-individuell behandling krävs. *Läkartidningen* 1999;96:2322-4.
5. Saisto, T, Halmesmäki, E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;3:201-8.
6. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1983;2:102-8.
7. Melander HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a Study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:2:101-11.
8. Ryding EL, Persson Å, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;1:10-7.

Psykotering vid förlossningsrädsla

Elsa Lena Ryding

Den psykologiska behandlingen av kvinnor och par med rädsla för förlossningen kan bestå av insatser på olika nivå. Första nivån innebär det stöd som alla som möter kvinnan/paret kan ge. Att bli lyssnad på och accepterad sådan som man är hjälper många alldeles tillräckligt; se kapitlet om mödrahälsovård. I bemötandet ingår också att inte genast komma med lösningar samt att inte låta sig dragas med i ångesten. När förlossningsrädslan är stark och stör kvinnan i hennes graviditet bör nästa instans kopplas in: barnmorskor och läkare med specialintresse. Se kapitel om Auroragrupperns arbete, sid 25. När inte stöd av mödrahälsovården (nivå 1) eller Aurorapersonal (nivå 2) är tillräckligt kan kvinnan eller paret erbjudas psykotering (nivå 3) om resurser finns. Med psykotering menas behandling av person med psykoteringutbildning. Psykotering kan bedrivas i grupp eller enskilt och med olika metoder. En föreställning om att psykotering skulle vara farligt eller ineffektivt om patienten är gravid dementeras av dem som har goda erfarenheter (1). En grupp som man skulle kunna prioritera är fysiskt friska förstföderskor med normal personlighet och svår förlossningsrädsla eller förlossningsfobi. Kejsarsnitt blir kanske annars enda möjligheten vid varje förlossning i den kvinnans liv.

Resurserna varierar mycket i Sverige (2). Vid ett fåtal kliniker finns en psykosocial enhet med möjligheter till psykotering. Psyko-

loger inom mödrahälsovården kan ibland åta sig sådan behandling. Det är en 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 (psykotering)?

Helen, 24-årig förstföderska, kommer på åtta samtal före förlossningen och besöker dessutom förlossningsavdelningen tillsammans med en Aurorabarnmorska. Hon önskar kejsarsnitt sedan hon under graviditeten börjat drömma mardrömmar om förlossningen. Hon upplever sig som en extremt smärtekänslig person. Maken Håkan ska inte vara med p.g.a. att han har lätt att svimma på sjukhus. Helen är mycket positiv till samtalen och visar stort intresse för att förstå varför hon fått så svårt att tåla smärta. Hennes mor är precis likadan och har haft svåra förlossningar, värre för varje gång. Helen är 3/5 syskon och var minsta barn i 8 år. Blev mycket ompysslad av modern eftersom hon var ett sjukligt barn med allergi, luftvägsbesvär, upprepade lunginflammationer och njurbäckeninflammationer. Stod närmast fadern i skolåldern fram till tonåren då denne hade svårt att acceptera att hon fick pojkvänner och t o m agade henne om hon kom för sent hem. Blev åter mer beroende av modern och har som vuxen stora behov av mannens hjälp och stöd.

Helen har alltid upplevt sig som klen och sökt mycket på sjukhus. Får hon ett moderligt omhändertagande känns besvären uthärdliga.

Efter några möten kommer Helen fram till att hon inte behöver ett sectio utan ett varmt

omhändertagande och sällskap av Håkan vid förlossningen. God smärtlindring är ett önskemål men inte det viktigaste. Vi planerar nu hennes förlossning vilket inkluderar besök av Håkan, som mycket gärna vill vara med, också för sin egen skull. Barnmorskan försäkrar honom att det är tillåtet för fäder att svimma, det händer ibland och föranleder ingen uppståndelse. Helen menar också att han är fri att gå ut när han vill, hon känner att hon klarar sig med en bra barnmorskekontakt i så fall.

Sex veckor före beräknad förlossning känner Helen sig nöjd med samtalen och vi ses först efter födseln. Hon är lycklig mor till en gosse. En ganska tidig epiduralbedövning släppte timmen före förlossningen och Helen har upplevt det som särskilt positivt; hon stod ut med de svåra smärtorna och var fullt medveten om hela det normala förloppet.

Vid efterbesöket två månader senare förvånar Helen genom att förklara att hon har ändrat sitt smärtupplevande. Hon känner sig vuxnare gentemot Håkan, kan själv klara sig även om hon skulle vara trött, infekterad eller få migrän. Hon har talat mycket med modern och nu tycker hon t o m att denna börjat bli mindre kinkig!

Forskning

Internationellt har man inte fokuserat på rädslan just för förlossningen, utan mera på kvinnans personliga problem och anpassning till moderskapet (3). Förlossningsrädsla som begrepp har betonats i Skandinavien och det är också framför allt här som vi börjat beskriva våra behandlingsmetoder (Tabell I). Nedan beskrives de studier som publicerats.

Tabell I. Studier av behandling av förlossningsrädsla.

Studie	Design & deltagare	Intervention	Mätmetod	Timing av follow-up	Resultat
Lukesch (4) 1980	38 gravidae jämförande studie	beteendeterapi med biofeedback resp. kognitiva inslag	Angstfragebogen	BB	ångst-reduktion i båda grp
Areskog-Wijma (5) 1985	32 gravidae beskrivande studie	existentiell terapi	intervju	2 mån post partum	nöjda pat 46% ändrade snittönskan
Ryding (6) 1993	33 gravidae beskrivande studie	psykodynamisk terapi o rådgivn.	intervju	2 mån post partum	nöjda 52% ändrade snittönskan
Sjögren (7,8) 1997, 1998	200 kvinnor fall-kontroll-studie	psykosomatiskt stöd	eget frågeformulär	1-3 år post partum	lika nöjda med förlossningen som icke rädd kvinna 60% ändrade snittönskan
Saisto och medarb. (9) 2001	176 gravidae Randomised controlled trial	kognitiv terapi vs rådgivning	Bech Depression Inventory Pregnancy Anxiety Scale eget formulär	3 mån post partum	62% ändrade sectionönskan i båda grp ångstreduktion samt kortare förlossningar i studiegrp

Beteendeterapi

Lukesch (4) beskrev behandling med två beteendeterapeutiska metoder. Resultaten tyder på att båda typerna av terapi uppskattades av kvinnorna och successivt gav en väsentlig ångestreduktion. Antalet deltagare är litet och kontrollgruppen dåligt definierad.

Existentiell terapi

Areskog och Wijma (5) har beskrivit samtalsbehandling av 32 gravida kvinnor med stark förlossningsrädsla. I samtalet lades vikt vid existentiella frågor, dvs att förlossningen är en övergångshändelse i livet och hur kvinnan måste passera gränserna för vad hon normalt kan stå ut med eller kontrollera. Ingen jämförelsegrupp.

Psykodynamisk terapi och rådgivning

Ryding (6) beskrev en studie av att bedriva psykodynamisk samtalsterapi med förlossningsrädda gravida kvinnor som krävde kejsarsnitt 1988-90. Ingen jämförelsegrupp.

Sjögren (7,8) jämförde 72 kvinnor, som fått psykosomatiskt stöd under graviditet på grund av svår förlossningsrädsla, med 72 kvinnor som inte sökt för sådan rädsla. 52 kvinnor i studiegruppen önskade initialt kejsarsnitt. 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.

Kognitiv terapi – evidens för effekt på förlossningsrädsla

Saisto och medarbetare (9) har utfört en randomiserad kontrollerad studie av effekten av kognitiv psykoterapi för gravida med förlossningsrädsla. Etthundrasjuttiosex finska kvinnor i graviditetsvecka 26 enrullades med ledning av ett frågeformulär utvecklat av Areskog-Wijma och medarbetare 1982

(10). Etthundrasjutton kvinnor önskade initialt kejsarsnitt. Behandlingsgruppen fick fem sessioner med en psykoterapiutbildad obstetriker samt en session med en barnmorska med erfarenhet av förlossningsrädda. Kontrollgruppen fick 2 sessioner med samma obstetriker. Frågeformulär fylldes i före randomisering, 4 veckor före beräknad partus och 3 månader post partum. Man använde bl.a. Beck's Depression Inventory (BDI) och Pregnancy Anxiety Scale (PAS).

Resultaten var att kvinnorna i behandlingsgruppen rapporterade en klar minskning av ångest efter behandlingen, vilket inte kontrollgruppen gjorde. Dessutom hade de behandlade kvinnorna kortare förlossningar ($6,8 \pm 3,8$ vs $8,5 \pm 4,8$ timmar, $p=0,02$). Kvinnorna i båda grupperna ändrade sin önskan om sectio lika ofta (62%), och var deprimerade post-partum i samma grad. Förlossningarna hade upplevts positivt i båda grupperna, med en liten skillnad till behandlingsgruppens nackdel; de hade känt sig mindre trygga under förlossningen.

Detta är den enda randomiserade kontrollerade studien och även den största. Antalet kejsarsnitt minskade lika mycket efter två timmars rådgivning. En större, men begränsad, insats av kognitiv psykoterapi gav mätbara resultat i form av ångestreduktion och kortare förlossningstid. Man kunde av etiska skäl inte lämna kontrollgruppen helt utan vård, vilket kan ha påverkat resultatet. Flera typer av terapi prövades inte. Ej heller fanns det flera terapeuter med samma metod.

Ingen evidens för bästa metod

Sammanfattningsvis finns ingen evidens för bästa behandlingsmetod vid förlossningsrädsla. Vilken metod man än använder (även rådgivning) ändrar sig ca hälften av antalet kvinnorna som initialt önskat kejsarsnitt på grund av rädsla. Kognitiv terapi förefaller lovande eftersom en sänkning av ångestnivå och kortare förlossningar kunnat påvisas efter behandling. Vi vet dock inte om andra psykoterapimetoder ger lika bra

resultat. Fortsatt forskning behövs liksom resurser i det kliniska arbetet runt om i landet. Som slutpunkt bör man inte endast använda sectiofrekvens utan också t ex graden av förlossningsrädsla post-partum liksom symptom på posttraumatisk stress (PTSS). Det kunde även vara intressant att studera hur anknytningen till det nyfödda barnet eventuellt påverkas. Forskningsområdet är nytt och en etisk svårighet är att man knappast kan randomisera skräckslagna gravida kvinnor till ingen behandling, eller randomisera mellan kejsarsnitt och psykoterapi. Man kan dock randomisera mellan psykoterapi och en mindre insats. Bristen på evidens får inte utesluta satsningar på psykoterapi vid förlossningsrädsla, men då i form av forskningsprojekt.

Behandling av ångestsyndrom och depression

Evidens finns för bra behandlingsresultat vid stick- och blodfobi (11), paniksyndrom (12) och PTSS (13) samt vid depression (14) – alla tillstånd, som i vissa fall utgör bakgrunden till det som uppfattas som kvinnans förlossningsrädsla. Ingen av dessa behandlingsmetoder har testats speciellt på gravida. Klinisk erfarenhet talar för att metoderna fungerar även under graviditet och kan göra skillnad inför förlossningen.

Förutsättningar för psykoterapi

Två grundförutsättningar behövs alltid: en motiverad patient och ett bra samarbete (allians) mellan terapeut och patient. När det gäller förlossningsrädsla är det en fördel om terapeuten är "kulturkompetent", dvs anställd vid eller i samarbete med kvinnokliniken och med relevanta kunskaper. Vilken metod man än använder måste en psykoterapi med en gravid kvinna som lider av förlossningsrädsla av naturliga skäl vara en fokuserad korttidsterapi. När en kvinna som ej vågar bli gravid vill arbeta med sin problematik finns inte samma begränsningar.

Terapin inledes alltid med bedömningssamtal för att terapeuten och även patienten ska ta ställning till om psykoterapi är möjlig och önskvärd. Sedan följer en arbetsfas och en avslutningsfas. Olika typer av psykoterapi skiljer sig åt i arbetssättet men, när det gäller förlossningsrädsla, inte så mycket i målsättningen. Olika typer av terapi kan "låna" inslag från varandra, eller snarare använda samma interventioner baserade på olika synsätt.

Psykoterapi för gravida med förlossningsrädsla bör också vara kostnadsfri eller billig och snabbt tillgänglig för de utvalda fall som behöver det. Kvinnan ska inte kunna fortsätta i terapin för att bearbeta andra problem som inte har med förlossningen att göra.

Motiverande samtal

Barnmorskor och läkare inom obstetrikern kan utföra ett avgörande motiveringsarbete när man själv anser att kvinnan skulle behöva psykoterapi men hon själv inte är så angelägen (14). Det gäller att mobilisera individens egna skäl för att gå i terapi. Fyra principer är grundläggande: att uttrycka empati för kvinnan, att titta på hur 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, 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 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 rådet som du fick... Hur skulle det vara om du inte var så rädd för födandet?... 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 bilden 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.

Hur går det till?

Ramarna för en psykoterapi vid förlossningsrädsla kan se olika ut, men vanligtvis träffas kvinnan och terapeuten en gång i veckan på ett ostört rum under en i förväg bestämd tid, t ex 45 minuter, vid ett begränsat antal tillfällen.

En *psykodynamisk* terapi utgår ifrån erfarenheten att det kvinnan förstår kan hon bättre handskas med. Familjebakgrund såväl som traumata i anamnesen är viktiga inslag i samtalet om hur förlossningsrädslan uppstått. Kvinnans nära relationer såväl som relationen till terapeuten kan ge exempel på hur hon fungerar. Kvinnans drömmar och spontana tankar kan användas för att utforska hennes inre verklighet. Terapeuten kan ge tolkningar av materialet som arbetshypoteser för hur kvinnans bakgrund påverkar hennes förlossningsrädsla. Terapin kan vara av insiktskaraktär, dvs syfta till att förstå och förändra utifrån vad man förstått, eller av stödjande karaktär, dvs syfta till att hjälpa en skör person eller en person i kris att komma igenom en svår period. Gravida för-

lossningsrädda kvinnor behöver oftast just stöd från terapeuten och trygghet omkring sig för att våga använda sina egna resurser i en förlossning. Helen i fallbeskrivningen ovan fick stöd av sin terapeut men även hjälp att förstå hur hon påverkats av relationen till de egna föräldrarna.

En *existentiell* terapi fokuserar på det okontrollerbara i själva livet och också förlossningen. I samtalen får kvinnan hjälp att sätta ord på sin rädsla, vilket hjälper många. Kvinnan får hjälp att se på födandet som en process att lämna över sig till och att låta gränsöverskridandet ske. I Helens fall kunde man ha arbetat mera med smärta som en del i mänskligt liv, med vad födandet innebär av att komma nära döden och förändras från flicka till mor.

En *kognitiv* terapi arbetar med kvinnans tankemönster utifrån att människor tidigt lär sig en del grundantaganden om sig själva (som t ex ”Jag kan inte fungera när jag har ont”). Kvinnans bakgrund och inte minst hennes eget anknytningsmönster påverkar hur hon tänker i nutid. I samband med det dagliga livets händelser dyker det upp automatiska tankar (t ex vid en svag livmoderssammandragning: ”Jag kommer inte att stå ut med förlossningssmärtan!”). Tillsammans med Helen ovan kunde man arbeta med hennes tankar om vad som kan hända när hon får ont – hon kanske springer ut från förlossningen, barnet dör - eller andra sk katastroftankar. Man kan även kartlägga hur hon tänker och känner i förhållande till annat i det dagliga livet och sätta det i samband med hennes förlossningsrädsla. Helen skulle kunna känna igen sina automatiska tankar och pröva att ersätta dem med mera ändamålsenliga tankar och så småningom revidera sina grundantaganden varefter ångesten minskar.

En *beteendeterapi* fokuserar på att hjälpa kvinnan ändra de beteenden som hon vill modifiera. Idag användes sällan ren beteendemodifikation utan samtidigt arbete med patientens tankar och känslor. *Kognitiv*

beteendeterapi (KBT) är en modern form av psykoterapi där man arbetar med både tankar, känslor och beteenden. Inledningsvis gör terapeuten och patienten en sk beteendeanalys, vilket innebär en kartläggning av bakgrund, uppväxt, tidigare psykiska besvär, samt en noggrann analys av tankar, känslor och beteenden i samband med det problem som hon vill ha hjälp med. Därefter arbetar man målinriktat med att sluta undvika det man är rädd för, och då användes bl a hemläxor och övningar tillsammans med terapeuten. I Helens fall 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. Man kan även se förlossningsfilm, tillsammans med terapeuten och hemma. Att besöka förlossningsavdelningen tillsammans med den även rädda partnern ingick i behandlingen och minskade parets ångest.

Andra terapiformer som t ex *hypnoterapi* kan också användas av den kulturkompetenta och välutbildade terapeuten. Inslag av t ex avslappning finns i flertalet terapiformer. Man skulle kunna arbeta med Helen i ett tillstånd av avslappning eller hypnos vid samtalen. Hon skulle kunna ha nytta av goda suggestioner.

Sammanfattning

Psykoterapi vid förlossningsrädsla är inte evidensbaserad, förutom att det finns en randomiserad studie som stöder kognitiv terapi. Det är angeläget att beskriva psyko-terapeutiska behandlingsmetoder med effekt i fall där Aurorasamtal inte är tillfyllest vid svår förlossningsrädsla. Psykoterapi borde därför erbjudas i form av forsknings- och utvecklingsprojekt. En lämplig grupp kan vara förstföderskor som är motiverade att arbeta med sin rädsla för att föda vaginalt.

FAKTARUTOR

TRE NIVÅER AV PSYKOLOGISK HJÄLP

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

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PSYKOTERAPI VID FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ

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

Referenser

1. Nieminen K, Wijma K, Andersson L, Björklund U, Norbeck M, Ryding EL, Sjögren B. Omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor i Sverige 1999. Svensk Förenings för Obstetrik och Gynecologi Medlemsblad 2001;5:12-3.
2. Raphael-Leff J. Psychotherapeutic needs of mothers-to-be. *J Child Psychother* 1982; 8:3-13.
3. Raphael-Leff J. Fears and fantasies of childbirth. *J Pre- and Perinat Psychol* 1985;1:14-8.
4. Lukesch H. Therapeutische Interventionen die erstgebärenden mit geburtsängsten. *Z Geburt u Perinat* 1980;184:303-9.
5. Areskog-Wijma B. Treatment of fear of childbirth. In: Leysen B, Nijs P, Richter D (eds). *Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Leuven: acco, 1985.
6. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280-85.
7. Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:948-52.
8. Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:819-25.
9. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Könönen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001;98: 820-6.
10. Areskog B, Kjessler K, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1982;13:368-81.
11. Öst L, Sterner U. Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behavior Research and Therapy* 1984;25:25-30.
12. Chambless DL, Gillis MM. A review of psychosocial treatments for panic disorder. In: Wolfe BE, Maser JD (Eds). *Treatment of panic disorder: A consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1994.
13. Marks J, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:317-25.
14. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context. Strategies for guided action*. New York: Norton, 2001.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. New York: The Guilford Press, 2002.

Obstetrikerns roll

Elisabeth Almström och Gunilla Sundell

I tidigare kapitel beskrivs hur barnmorskan och obstetrikern tillsammans handlägger förlossningsrädda kvinnor. Den uppgift som faller på obstetrikern i Auroragruppen eller på spec-MVC är att bedöma och planera förlossningssätt från obstetrisk synvinkel med hänsyn tagen till kvinnans speciella förutsättningar (1). Kvinnan ser ofta planerat sectio som enda möjlighet, men det kan finnas andra lösningar som är bättre ur medicinsk synpunkt och som samtidigt kan tillgodose kvinnans önskemål. För att kunna diskutera förutsättningslöst kan "en dörr lämnas öppen" för kejsarsnitt. Det innebär att kvinnan försäkras om möjlighet till sectio om man efter samtalen finner att detta är den bästa lösningen. Ett för snabbt beslut om planerat kejsarsnitt kan däremot innebära att patienten aldrig bearbetar sin rädsla, utan operationen blir ett sätt att fly undan problemet. Kvinnan måste få tillgång till obstetrisk bedömning där man jämför för- och nackdelar utifrån hennes förutsättningar. Mer än hälften av kvinnorna som initialt önskar sectio på grund av förlossningsrädsla, önskar vaginal förlossning efter olika typer av samtalsbehandling.

Ibland behövs konsultation hos annan kollega, t ex ortoped, eftersom patienten tidigare kan ha fått höra att hon inte kan eller bör föda vaginalt.

Efter samtal och eventuell undersökning beslutar obstetrikern om förlossningssätt i samråd med patienten. Det krävs att den

obstetrikern som beslutar om förlossningssätt är fast knuten till förlossningsenheten där kvinnan ska föda.

Vaginal förlossning med speciell planering.

Målet är att kvinnan kan känna trygghet och få en bra förlossningsupplevelse med minsta möjliga intervention i det normala förloppet. Vad kan kvinnan själv tänka sig för hjälp för att våga föda vaginalt? Finns det risk för upprepning av tidigare komplikationer eller ogynnsamt förlopp? Planeringen kan innebära avsteg från vanliga rutiner, där man som obstetrikern måste bedöma och väga fördelar mot risker.

Kvinnans egna önskemål ska ligga till grund för planeringen, som samtidigt måste vara realistisk. Planen skall skrivas ner och finnas i patientens mödravårds- eller förlossningsjournal.

Obstetrikerns andra uppgift vid förlossningsrädsla är att som jourhavande förlossningsläkare tillsammans med barnmorskan följa förlossningsförloppet och besluta om eventuella interventioner. Uppgiften att stödja kvinnan, baserad på uppgjord planering, faller på den personal som är i tjänst när kvinnan ska föda. Det är då viktigt att denna planering inte ifrågasätts och att förlossningspersonalen har kunskap om hur man bemöter och stödjer kvinnor med förlossningsrädsla.

Tidig epidural- eller spinalbedövning

Oro för smärta är ofta central vid förlossningsrädsla och planering av smärtlindring blir därför viktig (5,6). Epidural- och spinalbedövning är de metoder som ger den effektivaste smärtlindringen. För att metoderna ska fungera optimalt krävs ett bra samarbete mellan barnmorskor/obstetiker och anestesioleger. Tidpunkten för bedövningen är viktig och tillgång dygnet runt en förutsättning. En epiduralkateter kan anläggas tidigt, även innan etablerat värkarbete eller amniotomi, och sedan aktiveras då kvinnan önskar smärtlindring. Utveckling av metoderna med lägre dos lokalanestetika och tillägg av opioid, Sufenta^R, har inneburit mindre risk för värksvaghet och immobilisering. Förlossningsförloppet ska följas med partogram så att värkstimulerande behandling kan ges vid behov. Speciellt för omfödskor med tidigare snabba men smärtsamma förlossningar är det viktigt att planera för att ge smärtlindring i tid.

Induktion

Igångsättning av förlossningen på grund av förlossningsrädsla är liksom kejsarsnitt en kontroversiell åtgärd, som kräver obstetrikerns bedömning där medicinska och psykologiska faktorer ska vägas in. En del i förlossningsrädslan kan vara oron för det plötsliga och osäkra i det spontana förlossningsarbetet och rädslan att tappa kontrollen eller att inte "bli sedd" vid inkomsten till förlossningsavdelningen. Omfödskan med tidigare snabb men smärtsam förlossning kan vara rädd att inte hinna i tid för smärtlindring. Ett alternativ till kejsarsnitt kan i vissa fall vara att med hjälp av induktion erbjuda en "kontrollerad" vaginal förlossning med god smärtlindring (7). Mot detta ska vägas medicinska nackdelar med induktion och svårighet att förutsäga förloppet. Förutsättning för att igångsättning av förlossningen ska lyckas

är att cervix är "mogen". Metoden lämpar sig bäst för omfödskor med tidigare vaginal förlossning.

Från Karolinska universitetssjukhuset, Solna rapporteras goda resultat med en modell för induktion som alternativ till sectio vid förlossningsrädsla. Kvinnan kommer upprepade gånger i sen graviditet för undersökning och induktion görs då cervix är eller börjar bli mogen. Baserat på tidigare anamnes och aktuellt cervix-status bestäms induktionsmetod – prostaglandin eller amniotomi. Av 61 kvinnor som 1999 inducerades på grund av förlossningsrädsla blev 54 vaginalförlösta och 7 (11,5%) förlösta med akut sectio (8). Ytterligare studier behövs dock innan metoden att inducera förlossningen på denna indikation kan bli evidensbaserad.

Fall

Carina är en 32-årig 2-para som söker med önskemål om planerat sectio. Hon upplevde sin första förlossning smärtsam och långdragen trots EDA, men det är den andra, snabba, förlossningen som givit upphov till den skräck hon nu känner inför tanken på att föda vaginalt. Den förlossningen startade abrupt med mycket smärtsamma värkar. Vid inkomsten till förlossningen var cervix öppen fem cm och när barnmorskan tagit håll på hinnorna blev värkarna än mer intensiva. Carina bad om smärtlindring men fick besked att det var för sent för EDA. Lustgasen hjälpte något men hon kände det som hon helt tappade kontrollen över sig själv. Hon minns ej så mycket mer av förlossningen, men fyra timmar efter inkomsten föddes en fin flicka som vägde 4,3 kg.

Nuvarande graviditet är oplanerad, Carina hade inte tänkt skaffa fler barn. Efter viss ambivalens bestämmer hon sig för att fortsätta graviditeten men begär tidigt på MVC att få kejsarsnitt. Tanken på förlossning väcker stark ångest. Hon och maken får träffa en barnmorska i Auroragruppen och de går igenom tidigare förlossningsupplevelser. Därefter känner Carina sig lugnare, och börjar så småningom kunna tänka sig att föda vaginalt med löfte om tidig EDA.

Nu kommer hon halvvakut i vecka 38+4 till obstetrikern i Auroragruppen. De senaste dagarna har hon känt mer sammandragningar och då återfått sin ångest och sitt önskemål om sectio. Hon orkar inte gå hemma med sin oro och hon vågar inte tro att hon ska få hjälp när hon kommer in. Det är inget pågående värkarbete men cervix är förkortad och öppen två cm. Efter samtal planeras igångsättning av förlossningen nästa dag med löfte om att övergå till sectio om induktionen eller smärtlindringen inte lyckas.

Förlossningen induceras med amniotomi, men redan innan dess är EDA-kateter inlagd. Barnmorskan har satt sig in i patientens oro och har möjlighet att ge extra stöd och närvaro. Värkarna stimuleras med Syntocinon[®], och bedövning ges så snart värkarna blivit smärtsamma och cervixstatus börjat påverkas. Förlossningen går fint framåt och Carina känner sig lugn. Efter förlossningen är hon mycket nöjd och hon är tacksam för att man tagit hennes rädsla på allvar och lyssnat på henne trots att lösningen inte blev kejsarsnitt som hon själv trott vara enda möjligheten.

Konvertera till sectio

I en förlossningsplanering kan ingå ett löfte om konvertering till sectio om kvinnan inte upplever sig "orka med" förlossningen, om den blir långdragen eller alltför smärtsam trots planerade åtgärder. För att patientens förväntningar skall vara realistiska måste förutsättningar och begränsningar förklaras vad gäller att övergå till sectio under pågående förlossning. Att när som helst infria ett löfte om kejsarsnitt, kanske mitt i ett utdrivningsskede, innebär en alltför stor risk för komplikationer. Kvinnan måste veta att det är jourhavande läkare som har ansvar för beslut om kejsarsnitt. Man kan däremot utlova sectio i samråd med patienten om förlossningsförloppet blir långdraget eller om uppgjord planering med smärtstillning eller induktion inte fungerar. Med realistiska förväntningar kan kvinnans önskemål respekteras och barnmorskan och läkaren har lättare att möta kvinnans behov.

Fall

Patienten Eva har tidigare beskrivits i definitions-kapitlet. Hon har en tidigare svår förlossningsupplevelse från första barnets födelse. Det blev då ett långdraget utdrivningsskede, avslutning med sugklocka och en stor bristning. Eva kommer till specialmödravården för ställningstagande till förlossningssätt. Hon är rädd för en upprepning och vill inte vara med om en lika jobbig förlossning igen. Även maken känner oro och vill helst inte vara med om en vaginal förlossning igen.

Genomgång av journal ger ingen misstanke om trängsel utan orsaken bedöms som värksvaghet, således god prognos att den kommande förlossningen ska få ett normalt förlopp. Efter samtal kan Eva tänka sig vaginal förlossning med löfte om att övergå till sectio om det trots allt åter skulle bli ett långdraget förlopp. Hon vill inte att det ska sluta med sugklocka. Förbehållen och Evas oro dokumenteras i journalen.

Förlossningen startar spontant med normalt öppningsskede fram till sju cm, men därefter avstannad progress trots Syntocinondropp. Huvudet står ovan spinae. I samråd med patienten beslutas då om sectio i spinalbedövning i enlighet med planeringen. Patienten är ledsen över att det blev en komplicerad förlossning igen, men både hon och maken kände sig delaktiga i förlossningen och de är nöjda med att det blev kejsarsnitt som lovat när förlossningen åter blev långdragen.

Planerat sectio

En intensiv debatt pågår bland gynekologer och i samhället om kvinnans rätt att välja förlossningssätt, inklusive sectio. Bakgrunden är en stigande sectiofrekvens i hela västvärlden, där ett ökat önskemål om sectio utan obstetrisk indikation är en av orsakerna.

Diskussionen om "sectio on demand" går utanför denna rapport men har beröringspunkter när det gäller planerat sectio på grund av förlossningsrädsla. Åtta komma två procent av blivande mödrar i Sverige uppgav vid förfrågan i tidig graviditet att de skulle föredra att förlösas med kejsarsnitt (9). De viktigaste orsakerna var tidigare förlossning med sectio, tidigare negativ för-

lossningsupplevelse och förlossningsrädsla. Den relativt låga andel kvinnor som önskar kejsarsnitt, och att den vanligaste orsaken till önskemålet är tidigare sectio, talar emot att "sectio on demand" förklarar dagens stigande sectiofrekvens.

Det är svårt att följa och jämföra sectiofrekvens på indikation förlossningsrädsla på grund av oklarheter i diagnosättning. Enligt ICD10 ska diagnosen vara O 82.8 + Z 91.8. Ett annat sätt att följa och analysera sectiofrekvensen är att dela in alla förlossningar i definierade grupper enligt Robson (10). Det ger en möjlighet att analysera sectiofrekvensen i de olika grupperna och se hur dessa bidrar till den totala sectiofrekvensen.

Obstetrikerns restriktiva inställning till kejsarsnitt på indikation förlossningsrädsla beror på medvetenheten om ökade risker vid sectio och erfarenhet av nöjda patienter som övervunnit sin förlossningsrädsla och upplevt en vaginal förlossning positivt. De förlossningsrädda kvinnor som förlöst med planerat kejsarsnitt är också mycket nöjda med sin förlossningsupplevelse. De missnöjda patienterna är de som känt sig övertalade till en vaginal förlossning, som sedan blivit just så svår som de fruktat. En studie som följde 26 gravida med tokofobi visade att de som vägrades sectio led av högre psykisk morbiditet postpartum än de som fick det förlossningssätt de själva önskade (11).

Lika viktigt som att inte göra kejsarsnitt "i onödan" är det att skilja ut de kvinnor som löper risk för allvarlig psykisk belastning - posttraumatiskt stressyndrom - efter vaginal förlossning (12). Riskfaktorer för sådan sårbarhet beskrivs i tidigare kapitel. En psykiatrisk konsultation kan underlätta bedömningen.

Sectiobeslutet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har en patient rätt att vägra en av läkare ordinerad åtgärd. Däremot har hon inte rätt att få utfört en åtgärd som läkaren utifrån sin övertygelse inte kan ordinera. Vården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Då en kvinna önskar kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla måste flera etiska principer beaktas (13). Autonomiprincipen, som innebär att kvinnans egen uppfattning väger tungt, kan kollidera med nyttoprincipen där läkaren ska göra gott och inte skada. Vinsterna med ett planerat sectio för en förlossningsrädd kvinna måste vägas mot riskerna. Även rättvisep principen och principen om kostnadseffektivitet kan återopas.

Inställning till planerat sectio vid förlossningsrädsla, liksom resurser för behandling, varierar mellan olika kliniker i Sverige. Obstetrikerns förhållningssätt beror på förutsättningar och egen övertygelse. På kliniken, och helst inom regionen, bör finnas en gemensam policy så patienterna inte bollas mellan läkare och sjukhus.

Exempel på indikationer för kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla är:

- behandling av rädslan har misslyckats vid 36 – 37 graviditetsveckor
- det är omöjligt att motivera kvinnan för behandling
- samtidig psykisk sjukdom eller uttalad sårbarhet
- relativ obstetrisk indikation för sectio
- rädslan hindrar kvinnan att knyta an till fostret
- djup misstro mot sjukvården vilket ej kunnat bearbetas.

FAKTARUTA

- Obstetrikern planerar förlossnings-sätt, baserad på sin obstetriska be-dömning, i samråd med patienten.
- Obstetrikern bedömer och informerar om risker/möjligheter för den enskilda kvinnan.
- "Planerad" vaginal förlossning kan vara ett alternativ till sectio.
- Kejsarsnitt bör väljas vid svår för-lossningsrädsla om det bedöms som det bästa för den förlossningsrädda kvinnan.
- Endast löften som är väl förankrade på kliniken ska ges.

Referenser

1. Hanson U. Kvinnors förlossningsrädsla i obstetrikerns vardag – några personliga reflektioner. Ryding EL. Planerat kejsarsnitt och andra obstetriska åtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B editor. Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.
2. Olofsson N. Förlossningssmärta – och dess behandling. Lund: Studentlitteratur, 2003.
3. Olofsson N, Irestedt L. Anestesiologens roll vid behandling av förlossningsrädda kvinnor. I: Sjögren B editor. Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.
4. Ekman-Ordeberg G, Irestedt L, Olofsson C, Sjögren B, Wirefeldt E. Rädd att föda, rädd för smärta-individuell behandling krävs. Läkartidningen 1999;96:2322-4.
5. Ekman-Ordeberg G. Förlossningens fysiologi och igångsättning av förlossning. In: Olofsson N editor. Förlossningssmärta – och dess behandling. Lund: Studentlitteratur, 2003.
6. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to deliver by caesarean section. Br J Obstet Gynecol 2002;109:618-23.
7. Robson M. Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology 2001;15: 179-94.
8. Hofberg K. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. Br J Psychiatry 2000;176:83-5.
9. Söderström J. Posttraumatisk stress efter childbirth. Avhandling. Linköping univers. 2002.
10. Ryding EL. Kejsarsnitt – kvinnans val eller läkarens ansvar? Läkartidningen 1999;96: 4549-53.

Kan vi förebygga förlossningsrädsla genom utformning av vården på förlossningsavdelningen och BB?

Elisabeth Almström och Gunilla Sundell

I definitionskapitlet framgår det att förlossningsrädsla till en del har sitt ursprung i tidigare förlossningsupplevelser. Tänk om det i högre grad gick att undvika den traumatiska första upplevelsen, och därmed kanske förebygga uppkomsten av rädsla inför kommande förlossningar! Kunskap om orsaker till förlossningsrädsla och kvinnors upplevelse av förlossning (1,2,3,4) kan hjälpa oss att utveckla omvårdnaden och förbättra förlossningsvården.

Stöd och bemötandet från personalen

Mötet med personalen är grundläggande för en positiv förlossningsupplevelse. På kort tid ska barnmorskan kunna se kvinnans individuella behov och ge stöd och styrning under förlossningen på kvinnans villkor. Till hjälp finns anteckningar från MVC-journal med tankar och önskemål som föräldrarna uttryckt. Viktigast är dock det unika personliga mötet där en lyssnande och bekräftande barnmorska kan hjälpa kvinnan att finna sin egen förmåga under förlossningsprocessen (5,6).

Många kvinnor med negativ förlossningsupplevelse har känt sig övergivna under förlossningen. Sammanställning av randomiserade studier visar att kontinuer-

ligt stöd under förlossningens aktiva fas av barnmorska eller annan stödperson utöver närstående ger en mer positiv förlossningsupplevelse, mindre behov av smärtstillning och mindre operativa förlossningar (7). Det är därför viktigt att barnmorska och undersköterska kan vara hos kvinnan under aktivt värkarbete i den utsträckning hon önskar.

Komplicerad förlossning

Komplicerad förlossning med akut kejsarsnitt eller sugklocka ökar risken att mamman utvecklar förlossningsrädsla (8,9), och det blir då än viktigare med personalens stöd. Rädslan kan uppstå ur starka upplevelser av ångest, med rädsla för att barnet ska skadas eller att själv dö (10). En viktig uppgift för såväl läkare som barnmorska är att även vid akuta komplikationer inge lugn och trygghet. Fortlöpande information och delaktighet i beslut under förlossningens gång gör det lättare för föräldrarna att förstå ett akut ingripande.

Fallbeskrivning:

Anna väntar sitt andra barn och kommer tillsammans med sin sambo Martin till mig på specialist-MVC med önskemål om sectio pga rädsla för förlossningen. Förra förlossningen var utdragen med värksvaghet och avslutades

med en utgångs-VE. Men det är inte själva förlossningen som Anna är rädd för utan hon tycker det gick ganska bra och hon hade god hjälp av bedövning med EDA. Det som gett henne skräck inför förlossningen är den rikliga blödning som startade i samband med placentas avgång. Det hon minns är att det rann blod, hur det svartnade för ögonen och allt blev en dimma med röster som ropade hennes namn. Hon upplevde att det blev kaotiskt runt henne med en massa folk som kom in i rummet och hon kördes till operationsalen. Den ångest hon upplevde är svår för henne att beskriva men hon var övertygad om att hon skulle dö och att hennes nyfödda dotter skulle förlora sin mamma.

Vi går igenom journalen som beskriver en riklig atonisk postpartumbldning som behandlades med farmaka och uterusmassage. På grund av fortsatt riklig blödning och misstanke om cervixruptur eller placentarest gjordes en undersökning och uterusexploration i narkos. Först efter evakuering av koagler blev uterus riktigt kontraherad och blödningen upphörde. Sammanlagd blödning bedömdes till ca 3 l och flera enheter blod och plasma gavs. Det visar sig att jag själv var med vid behandlingen och jag var också inne på BB efteråt och talade med Anna, som då verkade ha hämtat sig väl efter förlossningen. Hon berättar nu att hon mätte dåligt lång tid efteråt med mardrömmar. När hon nu blivit gravid igen har ångesten återkommit och hon känner skräck inför tanken att överhuvudtaget komma till förlossningsavdelningen. Martin upplevde hela förlossningen jobbig och långdragen med sugklocka och sedan uppståndelse pga blödningen och operationen. Han upplever ändå att han fick bra information och kände sig aldrig rädd.

Vi planerar fortsatta samtal och besök på förlossningsavdelningen. Efter besöket tänker jag tillbaka på Annas förlossning som jag nu minns. Kunde jag förebyggt Annas rädsla då när det hände? Kanske hade det räckt om jag ägnat mer tid och uppmärksamhet åt Anna och kunnat förmedla att det faktiskt inte var någon allvarlig risk för henne även om blödningen var riklig. Kanske hade hon då inte behövt uppleva den dödsångest som hennes förlossningsrädsla

bottnar i. Och varför uppfattade inte jag eller någon annan på BB att Anna mätte dåligt och behövde uppföljning?

Smärtlindring

Förlossningssmärtan och våra aktuella metoder för smärtlindring har nyligen beskrivits i en bok av Nina Olofsson (11). Mer än hälften av alla kvinnor upplever svåra eller outhärdliga smärtor under sin förlossning (12). Smärtintensiteten i sammandragningarna mätt med VAS är lika hög hos omföderskor som hos förstföderskor (13), även om förlossningen kan upplevas som lindrigare eftersom den ofta tar kortare tid. Föräldrautbildning som är viktig för information och kunskap om smärtlindring minskar obetydligt den upplevda förlossningssmärtan (14). Många kvinnor uppger att de inte fått tillräcklig smärtlindring under sin förlossning och en del av dessa utvecklar stark förlossningsrädsla. Samtidigt finns många studier, som belyser komplexiteten i förlossningssmärtan, och att den subjektiva smärtupplevelsen påverkas av andra faktorer än farmakologisk smärtlindring (4).

Trots att förlossningsavdelningarna sedan många år lagt ökad vikt vid att tillgodose behov av smärtlindring, så behövs fortsatt utveckling för att kunna ge optimal analgesi under förlossningen. Personalen ska vara lyhörd för kvinnans behov av olika former av smärtlindring. Epidural- och spinalanestesi har vetenskapligt säkerställt analgetiskt effekt på förlossningssmärtan, övriga metoder påverkar främst genom att ge avslappning, lugn eller sedering. Idag ges epidural- eller spinalanestesi vid ca 29 procent (15) av vaginala förlossningar. Det är viktigt att alla kvinnor som önskar ryggbedövning får tillgång till det. En fortsatt utveckling av metoderna och ett samarbete mellan anestesioleger, obstetriker och barnmorskor behövs för att ytterligare förbättra smärtlindringen under förlossningens olika skeden och vid eventuell suturering.

Obstetrisk handläggning

Kan dagens förlossningsvård skapa rädsla? Den tekniska apparaturen på förlossningsavdelningen kan verka skrämmande. För mammor med sjukhusrädsla och stickrädsla underlättar det ofta med Aurorakontakt och besök på avdelningen innan det är dags för förlossning. Fosterövervakning med CTG används under stor del av aktiv förlossning. Vid granskning och tolkning av CTG-kurvan på förlossningsrummet är det viktigt att inte skapa onödigt oro hos föräldrarna.

En långdragen förlossning upplevs ofta negativt. Det gäller såväl smärtsam och utdragen latensfas som värksvaghet under den aktiva fasen av förlossningen. Det underlättar handläggningen om förlossningsavdelningen har definierat kriterier för "förlossningens start" och med hjälp av partogram bedömer när värkarbetet ska stimuleras. Studier om intervention vid värksvaghet tyder på att kvinnorna är mer nöjda vid aktiv handläggning (4). På MVC behöver man informera ingående om förlossningens start och om vad latensfas innebär, så att förlossningen inte "förlängs" i föräldrarnas uppfattning. I latensfasen bör man undvika sjukhusvård och onödiga ingrepp, men vid behov ge omvårdnad och stöd och ibland även smärtlindring.

Postpartumsamtal och återbesök efter traumatiska förlossningar

Postpartumsamtalet innebär att förlösande barnmorska söker upp den nyblivna mamman på BB, hör efter hur hon mår och om hon har frågor, samt ger sin feedback på förlossningen. I samband med en komplicerad förlossning hör det också till god ton att inblandad läkare besöker sin patient, ger sin version av händelseförloppet och tar reda på hur kvinnan mår fysiskt och psykiskt. Hur mycket tid som läggs ned och hur ofta postpartumsamtalet kommer till stånd varierar. I tider då resurserna minskar hinner kanske barnmorskan endast med att söka upp de

kvinnor vars förlossningar hon anser varit särskilt besvärliga, eller undrar över. I och med att många familjer väljer tidig hemgång kommer en hel del postpartumsamtal att ske per telefon, eller endast på patientens begäran. Postpartumsamtal brukar uppskattas mycket av våra patienter, och även av inblandad personal. Det är en sedan länge inarbetad praxis som det inte finns någon anledning att ta bort. Det finns dock ingen evidens för hur mycket nytta de gör. Vad man vet är att ett s.k. debriefing-samtal med en specialutbildad barnmorska, som inte förlöst kvinnan, inte påverkar frekvensen depression efter operativ förlossning (16), eller frekvensen traumatisk stress eller depression efter förlossning över huvud taget (17). Begreppet debriefing är omdiskuterat (18). Alexander McFarlane, en känd forskare inom området traumatisk stress, kommenterade nämnda studier (19): "Although there is a need to offer care and psychological first aid to survivors of traumatic events, we should not be fooled into believing this has any substantial long-term effect. However, contact soon after an event can provide a bridge for later screening and treatment, if required."

Det postpartumsamtal som många kvinnor får del av i Sverige kan inte anses vara ett samtal som för djupt in i eventuella svåra känslor i förbindelse med förlossningen. Det bör, liksom utskrivningssamtal och samtal på återbesöksmottagning och "efterkontroll" på MVC, vara ett tillfälle till information och stöd. Man bör informera om förlossningen, men också om att en del mammor inte mår så bra efter en svår förlossningsupplevelse, att man inte blir tokig av detta, och att det finns hjälp om problemet håller i sig. Kända riskgrupper för posttraumatisk stress postpartum (20,21,23) bör bli föremål för uppföljning. Akut kejsarsnitt och instrumentell förlossning, svår förlossningsrädsla och depression under graviditeten, tidigare psykisk sjuklighet och symptom på akut stress kort efter förlossningen är sådana

riskfaktorer. Att även missnöje med förlossningspersonalen är en riskfaktor (23, 24) talar för att man bör anstränga sig att hjälpa de kvinnor och par som känner sig kränkta/överkörda/felbehandlade till någon form av möjlig upprättelse, förståelse och i bästa fall försoning med vad som hänt. Tredje part måste engagera sig i denna process.

Kvinnor (och män) med symptom på post-traumatisk stress (se kap. om diagnostik!) efter en förlossning bör erbjudas kvalificerad hjälp så snart som möjligt, eftersom tillståndet vanligtvis står kvar i minst ett år och vållar stort lidande för både kvinna, man och familjen (21).

Organisatoriska aspekter

Att kunna erbjuda en god omvårdnad ställer krav på förlossningsvårdens organisation och resurser. Bemanning och arbetsrutiner ska vara sådana att barnmorska och undersköterska kan ge kontinuerligt stöd under förlossningens aktiva fas (6, 4). BB bör ha möjlighet att erbjuda individuell vårdtid utifrån mammans och barnets behov. En förutsättning är att det finns tillräckligt med platser på förlossnings- och BB-avdelningar. Personalen behöver fortbildning och handledning i hur man möter kvinnor med förlossningsrädsla samt möjlighet till bearbetning för att kunna inge det lugn och den trygghet som stödet kräver.

Ett samarbete bör finnas mellan förlossningsavdelning, mödravård och Aurora-grupp för att sprida kunskap och erfarenhet om förlossningsrädsla, och för att samma synsätt ska finnas i hela vårdkedjan.

Uppföljning

Uppföljning med återkoppling av patienternas upplevelser av vården, t ex. genom en vårdkedjelogger, är ett sätt för personalen att få kontinuerlig feedback. Önskvärt vore en mer standardiserad uppföljning där förlossningsupplevelsen kunde användas som kvalitetsindikator för förlossningsvården och olika interventioner. För det krävs att förlossningsupplevelsen kan mätas. Det finns mätinstrument som använts i den nationella studien KUB (Kvinnors upplevelse av barnafödande). Resultaten vad gäller förlossningsupplevelse är hittills inte presenterade. Komponenter som är viktiga att värdera är: förväntad förlossningsupplevelse, stöd av barnmorska, delaktighet i förlossningsförloppet, smärtintensitet, värbarnarbetets längd, kirurgisk intervention samt barnutfall. Se diagnoskapitlet och förslag till vårdprogram.

FAKTARUTA

- Uppkomst av förlossningsrädsla kan till en del påverkas av förlossningsvården.
- Förlossningsvårdens organisation och resurser bör vara sådana att personalen kan ge kontinuerligt stöd till mamman under förlossningens aktiva fas.
- Föräldrarna ska få information och känna delaktighet i beslut under förlossningens gång.
- Barnmorskan ska vara lyhörd för kvinnans behov av smärtlindring.
- På BB och vid efterkontroll på MVC kan mammor med negativa förlossningsupplevelser fångas upp, så att de kan erbjudas ytterligare uppföljning.

Referenser

1. Ryding EL. Vad är kvinnor rädda för inför förlossningen? I: Sjögren B editor. Förlossningsrådsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.
2. Saisto T and Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003Mar;82(3):201-8.
3. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J. Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:266-72.
4. State of the art; Handläggning av normal förlossning: 36-45; Soc.styrelsen (MARS)2001.
5. Magnusson B. Barnmorskan och förlossningsrådsan. I: Sjögren B editor. Förlossningsrådsla. Lund: Studentlitteratur;1998:27-33.
6. Lundgren I. Midwives' experience of the en-counter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 2002 Jun;18(2):155-64.
7. Hodnett ED. Caregivers support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 3, 1999. Oxford. Update software.
8. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19(3):135-44.
9. Jolly J, Walker J, Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106(3): 227-32.
10. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth* 1998;25(4):246-51.
11. Olofsson N. Förlossningssmärta – och dess behandling. Studentlitteratur, Lund; 2003.
12. Ranta P et al. Maternal expectations and experiences of labour pain – options of 109 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995;39:60-6.
13. Ranta et al. The intensity of labour pain in grand multiparas. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:250-4.
14. Melzack R et al. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J* 1981;125:357-63.
15. EpC, Socialstyrelsen, MFR från år 2000.
16. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ* 2000 28;321:1043-7.
17. Priest SR, Henderson J, Evans FE, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomized controlled trial. *Med J Aust* 2003;178:542-5.
18. Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of systematic reviews Issue 2, 2004.*
19. McFarlane AC. Debriefing: care and sympathy are not enough. *Med J Aust* 2003; 178(11):533-4.
20. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11(6):587-97.
21. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000 Mar;39 (Pt 1):35-51.
22. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000 Jun;27(2): 104-11.
23. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30(1):36-46.
24. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:351-2.

Förslag till vårdprogram

Ulla Björklund

Bakgrund

Förlossningsrädsla är inte vanligare idag än för 20 år sedan men kvinnor har troligen lättare att uttrycka rädslan. Forskning har visat att förlossningsrädsla är normalfördelad på en skala från ingen rädsla till en oerhört stark ångest.

Förlossningsrädsla kan förekomma före, under och efter förlossningen. Bland förstföderskor beskriver något fler förlossningsrädsla, men omföderskor står för majoriteten av de svårt förlossningsrädda. Fem till sex procent av gravida har en behandlingskrävande svår förlossningsrädsla. Det finns en korrelation mellan ångesttillstånd och förlossningsrädsla och mellan depression och förlossningsrädsla.

Vi behöver utveckla kunskap och kompetens för att försöka förebygga förlossningsrädsla, ta hand om förlossningsrädda och följa upp de som haft svåra förlossningsupplevelser.

Det är också viktigt att stärka vårdkedjan MVC- Förlossning- Eftervård- MVC-BVC. Genom tydligare återkopplingar kan vi mäta och förbättra kvaliteten i vården.

Mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård kan delvis se olika ut i olika delar av landet och kring varje förlossningsenhet finns behov av att utforma egna program. Vårt förslag ansluter till innehållet i rapporten och ska ses som ett sätt att skilja upp olika typer av förlossningsrädsla, olika vårdnivåer

och olika behandlingsmöjligheter. Förhoppningen är att det ska stimulera er att utforma lokala vårdprogram utifrån de resurser och den organisation ni har.

Definition Diagnosen Z91.8 bör användas vid måttlig till svår förlossningsrädsla.

Mödrahälsovården

Förebygga

Alla förstföderskor erbjuds förlossningsförberedelse inom föräldrautbildningen. Även omföderskor kan ha behov av förlossningsförberedelse. Det är önskvärt att MVC-barnmorskan vid behov även kan ge mer individuellt utformad förlossningsförberedelse

Vid eftervård är det viktigt att uppmärksamma patientens förlossningsupplevelse. Efter svåra förlossningsupplevelser bör man erbjuda patienten återbesök hos förlossningsbarnmorska, förlossningsläkare, MHV-psykolog, eller Auroraenhet.

Upptäcka och bedöma

Det är viktigt att redan tidigt i graviditeten fråga om patientens tankar och känslor inför förlossningen och upplevelse av eventuell tidigare förlossning. Den rädsla patienten uttrycker bör graderas i lätt till måttlig eller måttlig till svår. Rädsla som stör patientens vardagsliv, exempelvis mardrömmar, kon-

centrationssvårigheter och som är förenad med ångestkänslor betecknas som svår.

Förlossningsrädslan kan också skiljas upp i primär förlossningsrädsla som finns före första graviditeten eller sekundär efter tidigare förlossning.

När det gäller sekundär förlossningsrädsla är det viktigt att värdera rädslan för sig och risken för eventuell upprepning av tidigare komplicerad förlossning för sig. Beroende på svårighetsgrad får man ta ställning till om patienten kan handläggas inom MVC eller om det finns behov av remittering. Barnmorska och läkare bör samverka i bedömning och vårdplanering.

Det är viktigt att se till kvinnans sociala situation t ex familjesituation, arbetsliv, erfarenheter av våld, tidigare skadande händelser och missbruk. Finns det faktorer där som kan bidra till hennes oro och rädsla inför förlossningen? Hos de som uttrycker svår rädsla är det viktigt att fråga efter symptom på psykisk sjuklighet som depression, ångesttillstånd och fobier. Eventuella kontakter med psykiatrin bör noteras.

Handlägga

Primär förlossningsrädsla

Lätt till måttlig rädsla

- Samtal med barnmorskan
- Förlossningsförberedelse inom föräldrautbildning, eventuellt enskild förlossningsförberedelse
- Eventuell födelseplan ska vara realistisk
- Vid frågor om förlossningssätt i första hand till obstetriker inom MHV, därefter remiss till Auroraverksamhet eller Special-MVC

Måttlig till svår rädsla

- Läkbesök med bl a bedömning av psykisk sjuklighet och andra medicinska omständigheter och vårdplanering i samråd med barnmorskan

- Remiss tidigt i graviditeten till Auroraverksamhet eller MHV-psykolog

Sekundär förlossningsrädsla

Lätt till måttlig rädsla

- Om tidigare partus normalis, förlossningsgenomgång med MVC-barnmorska
- Om tidigare komplicerad förlossning till obstetriker, i första hand inom MHV
- Vid frågor om förlossningssätt i första hand till obstetriker inom MHV, därefter eventuell remiss till Auroraverksamhet eller Special-MVC
- Eventuell födelseplan ska vara realistisk

Måttlig till svår rädsla

- Läkbesök, bedömning av eventuell tidigare komplicerad förlossning och psykisk sjuklighet samt vårdplanering
- Remiss tidigt i graviditeten till Auroraverksamhet
- Vid behov, remiss till MHV-psykolog

Krisreaktion efter svår förlossningsupplevelse

- Remiss till Auroraverksamhet eller MHV-psykolog
- Förlossningsgenomgång med barnmorska eller obstetriker

Auroraverksamheten

Sammansättning

Inom kvinnokliniken organiserad grupp med speciellt ansvar för omhändertagande av förlossningsrädda.

Inom Auroragruppen bör det finnas förlossningserfarna barnmorskor, obstetriker, psykolog och kurator. Det är en fördel om det även finns etablerat samarbete med psykiater.

Arbetsätt

Remisser som ställts till Auroragruppen bör bedömas gemensamt i gruppen och fördelas eller hänvisas till lämplig yrkeskategori. Vid första besöket görs en bedömning av patienten och en planering av insatser.

Arbetsättet är stödsamtal, förlossningsförberedelse, vårdplanering och eventuell terapi.

Det är viktigt att den vårdplanering som görs är realistisk och förankrad inom förlossningsavdelningen.

Samtliga patienter följs upp genom återbesök eller telefonkontakt efter förlossningen.

För de som fortlöpande arbetar med förlossningsrädda behövs handledning

Handläggning inom Auroraverksamhet

Primär förlossningsrädsla

Måttlig

- Oftast flera barnmorskebesök Barnmorskesamtalen fokuseras på rädslan och förlossningsförberedelse, avslutas med sammanfattning och vårdplanering inför förlossningen.
- Läkarbedömning vid behov av ställningstagande till förlossningssätt eller annan obstetrisk vårdplanering

Svår rädsla / fobi

- Primärt läkarbedömning
- Eventuellt remiss för terapi om sådan finns att tillgå och patienten kan motiveras
- Stödsamtal hos barnmorska och eller obstetriker samt vårdplanering
- Psykiaterkontakt om samtidig psykisk sjukdom
- Samråd mellan terapeut och Auroraenhet inför vårdplanering

Sekundär förlossningsrädsla

Måttlig

- Om tidigare partus normalis erbjuds patienten barnmorskebesök för bearbetande samtal om tidigare förlossning och förlossningsförberedelse. Avslutas med sammanfattning och vårdplanering inför förlossning.
- Om tidigare komplicerad förlossning eller uttalade önskemål om sectio, till läkaren för bedömning. Därefter samtalskontakt med barnmorska eller läkare och avslutande vårdplanering inför förlossning.

Svår rädsla / fobi

- Primärt bedömning av läkare
- Remiss för terapi om sådan finns att tillgå och patienten kan motiveras
- Stödsamtal hos barnmorska eller läkare och vårdplanering i samråd med läkaren
- Psykiaterkontakt om samtidig psykisk sjukdom

Krisreaktion efter förlossning

- Primärt bedömning och vårdplanering av läkare

Förlossningsavdelningen

Den förlossningsrädda kvinnan har stort behov av barnmorskans stöd under förlossningen. Det är viktigt att man försöker respektera vårdplaneringen och noga informerar om man bedömer att man måste gå ifrån planeringen.

Förutom barnmorskans viktiga stöd och närvaro finns det några andra faktorer som är särskilt angelägna för den rädda kvinnan: hjälp till pappan att stödja och medverka, tydlig information om händelseförlopp och eventuella åtgärder, smärtlindring så långt som möjligt efter kvinnans behov, försöka undvika långdragna utmattande förlopp. Om det uppstår akutsituationer sträva efter att upprätthålla nära kontakt med kvinnan.

Inför urakut sectio i narkos försök nå fram med ord som "det här kommer att gå bra". Vid sectio på grund av förlossningsrädsla blir diagnosen O82.8 + Z 91.8, dock viktigt att dokumentera om det även finns medicinska indikationer på grund av ökad risk för förlossningskomplikation. I så fall bör diagnosregistreringen kompletteras.

BB-vård/Eftervård/MVC

Vårdplaneringen från MVC eller Aurora-verksamhet kan innefatta särskilda åtgärder och omhändertagande under eftervårdstiden. Oftast har man i vårdplaneringen skrivit om hur man tänkt sig uppföljningen. Försök att fullfölja vårdplaneringen.

Uppföljning av förlossningsrädda kvinnor

Det är extra viktigt att följa upp förlossningsupplevelsen för dessa kvinnor. Redan första veckan finns behov av uppföljning men om allt verkar bra då bör man också ta upp förlossningsupplevelsen vid efterkontroll på MVC 6 – 10 veckor efter förlossningen. För de som handlagts vid Auroraverksamhet kan uppföljningen ske där. Förlossningsrädda kvinnor löper större risk att få en negativ förlossningsupplevelse och att utveckla post-traumatiskt stress-symptom (PTSS).

Uppföljning av övriga kvinnor

1. Kvinnor som genomgått akut sectio bör följas upp inom de första tio dagarna efter partus och därefter vid efterkontroll på MVC 6-10 veckor efter partus. Uppföljningen bör innefatta att efterfråga kvinnans förlossningsupplevelse, ge svar på hennes frågor om förlossningen, bedöma hennes psykiska hälsa och ge konkret information om vilken hjälp som finns att erbjuda. Om det finns tecken till akut stressyndrom/krisreaktion eller PTSS bör kvinnan erbjudas hjälp. Uppföljning av och hjälp till dessa kvinnor skulle förhoppningsvis kunna förebygga eller lindra sekundär förlossningsrädsla.
2. Liknande uppföljning skulle kunna erbjudas de som genomgått instrumentell vaginal förlossning eller annan förlossning som kvinnan upplevt traumatisk.
3. Det vore önskvärt att utveckla rutiner för uppföljning i vårdkedjan så att kvinnors förlossningsupplevelse kunde följas upp. På så sätt skulle förlossningsupplevelse kunna utvecklas till en kvalitetsindikator för förlossningsvården. Kvalitetsarbete med syfte att ge så många som möjligt en positiv förlossningsupplevelse skulle också kunna bidra till att förebygga förlossningsrädsla.
Se underkapitel förlossningsupplevelse som kvalitetsindikator, sid 16.