

SBU BEREDER • RAPPORT 332/2021

Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser

Introduktion

Publicerad på SBU:s webbplats 2021-09-08.



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK OCH SOCIAL
UTVÄRDERING

Bakgrund

Ett förlossningsförlopp kan innebära flera mer eller mindre dramatiska händelser, som i sin tur kan upplevas av de inblandade på olika sätt. Internationella studier tyder på att så många som 9 till 64 procent av födande kvinnor beskriver sina förlossningserfarenheter som negativa eller traumatiska under veckorna närmast efter en förlossning [1-5]. Bland dessa kvinnor uppvisar många också symptom på akut stress [2, 3, 6]. Svenska studier tenderar att finna en betydligt lägre förekomst av negativa eller traumatiska förlossningsupplevelser, troligtvis då andra sätt att identifiera sådana upplevelser använts. I Sverige skattar vanligen födande kvinnor sin förlossningsupplevelse innan hemgång från förlossning/BB eller vid återbesöksmottagningen. Skattningen görs utifrån en visuell analog skala (VAS) där 1 står för sämsta möjliga och 10 för bästa möjliga upplevelse. År 2016 skattade mellan 1,4 och 5,9 procent av födande kvinnor i Sverige sin förlossningsupplevelse som 3 eller lägre på denna skala [7]. Liknande resultat har identifierats av Nystedt och Hildingsson [8] som utifrån en Likertskala fann att 6 procent av kvinnor som nyligen fött barn skattade sin förlossningsupplevelse som negativ.

Händelser som ligger till grund för traumatiska förlossningsupplevelser kan vara allt ifrån rutinemässiga kontroller till akuta obstetriska händelser, där tolkningen av händelsen som hotfull blir avgörande för om den uppfattas som ett psykologiskt trauma [9-11]. En mängd olika riskfaktorer har beskrivits. Dessa kan vara relaterade till själva förlossningen (exempelvis akuta obstetriska ingrepp), men också till individens tidigare livshändelser (exempelvis tidigare traumatiska upplevelser eller psykisk ohälsa) eller vara faktorer efter förlossningen som förstärker upplevelsen av förlossningen (såsom bristande socialt stöd eller ytterligare stressorer, exempelvis att barnet vårdas på neonatalavdelningen) [9].

För några individer kan en traumatisk förlossningsupplevelse, i kombination med individuella sårbarhetsfaktorer och vidmakthållandefaktorer efter födseln, bidra till utvecklande av mer allvarliga psykiska tillstånd, såsom akut stressyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) [3, 9]. Metaanalyser indikerar att förekomsten av förlossningsrelaterad PTSD är omkring 3 till 4 procent [12, 13]. Förlossningsrelaterad PTSD verkar vidare vara förknippat med ökad förekomst av andra psykiatriska diagnoser, däribland depression [9].

Även partners kan ge uttryck för traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress efter en förlossning. Förekomsten tycks lägre än bland de födande kvinnorna, och varierar stort mellan olika studier. Medan Schobinger et al.[3] visat att 63,9 procent av födande kvinnor och 51,7 procent av partners uppvisade akuta stressymtom en vecka efter förlossningen och 20,7 procent av kvinnorna och 7,2 procent av partners möjlig PTSD en månad senare, har man i en svensk kontext visat en förekomst på 6 procent av negativa förlossningsupplevelser bland födande kvinnor och 3 procent hos deras partners två månader efter födseln [8].

Traumatiska förlossningsupplevelser kan vidare leda till påfrestningar i partnerrelationen, exempelvis i form av negativa känslor, minskad intimitet och sexualitet, och upplevelsen att partnern inte förstår eller ger tillräckligt stöd [14]. Resultat från enskilda studier tyder också på ett möjligt negativt samband mellan posttraumatisk stress efter förlossningen och barnets socioemotionella utveckling [15] samt kvinnans bindning till barnet i en efterföljande graviditet [16]. Traumatiska förlossningsupplevelser kan också påverka kvinnans fortsatta reproduktiva bana. Det dröjer i genomsnitt längre tid innan kvinnor som skattat sin förlossningsupplevelse som mycket negativ föder barn igen, och sannolikheten att de blir gravida under en tioårsperiod är lägre än för kvinnor som skattat sin förlossningsupplevelse som positiv [17]. Fler uttrycker också förlossningsrädsla [18-20] och önskan om kejsarsnitt vid efterföljande graviditet [21].

Sammantaget kan traumatiska förlossningsupplevelser få stora konsekvenser för både den födande kvinnan och hennes närstående. Att följa upp och samtala om förlossningsupplevelser är därför en naturlig del i barnmorskans arbete. Enligt rapporten Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa [22] ingår i mödrahälsovårdens uppdrag att vid eftervårdsbesöket samtala om kvinnans och partners förlossningsupplevelse. Dokumentet fastslår att rutiner för handläggning av krisreaktion efter svår förlossningsupplevelse ska finnas, och att även partners upplevelse av förlossningen ska uppmärksammas för att vid behov kunna hänvisa eller remittera för stöd.

Rutiner för hur traumatiska förlossningsupplevelser ska identifieras är däremot inte lika tydliga. På många av landets kvinnokliniker används en visuell analog skala (VAS-skala) för skattning av förlossningsupplevelser, oftast inför hemfärden från BB-avdelningen. Även om man i enstaka studier uppfattat VAS-skalan som användbar [23, 24] har den inte validerats i någon större utsträckning. På svenska finns också ett antal andra självskattningsinstrument avsedda att fånga kvinnors förlossningserfarenheter, däribland den reviderade versionen av The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2); [25] och The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R); [26]. I dagsläget finns internationellt sett endast en självskattningsskala som baseras på diagnoskriterier för PTSD enligt DSM-5 och specifikt fokuserar på traumatiska förlossningsupplevelser. Denna skala, the City Birth Trauma Scale [27], finns ännu inte översatt till svenska och validerad för svenska förhållanden. För mer specifika frågor gällande möjlig förlossningsrelaterad PTSD används istället vanligen skalor och diagnostiska intervjuer avsedda för den allmänna populationen. En utmaning i den kliniska vardagen är också att kvinnan sällan har kontinuerlig kontakt med vare sig mödrahälsovård eller förlossningsvård/BB under de veckor som följer efter hemgång från BB och fram till att efterkontroll genomförs inom mödrahälsovården (vanligen åtta till tolv veckor efter förlossningen). Det faller sig därmed inte naturligt var och när eventuell identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser skulle äga rum. Undantag med telefonuppföljningar, hembesök och upprepade eftervårdsbesök förekommer, men inte på nationell basis.

Även om vi på ett effektivt sätt *skulle kunna* identifiera individer med traumatiska förlossningsupplevelser, krävs för att undvika framtida negativa utfall att identifierade individer kan erbjudas effektiva insatser eller behandling. När det gäller PTSD i allmänpopulation finns visst stöd för att preventiva insatser kan vara hjälpsamma, men underlaget anses fortfarande för litet för att kunna ge några tydliga rekommendationer om detta [28]. I en översikt över metoder för att förebygga traumatiska förlossningsupplevelser och förlossningsrelaterad PTSD [29] identifierades inga studier av interventioner som före eller under förlossningen avsåg att förebygga traumatiska förlossningsupplevelser. Däremot identifierades 13 studier som beskrev och utvärderade interventioner för att förebygga PTSD eller symptom på posttraumatisk stress efter förlossningen. De beskrivna interventionerna var dock alltför olika för att möjliggöra

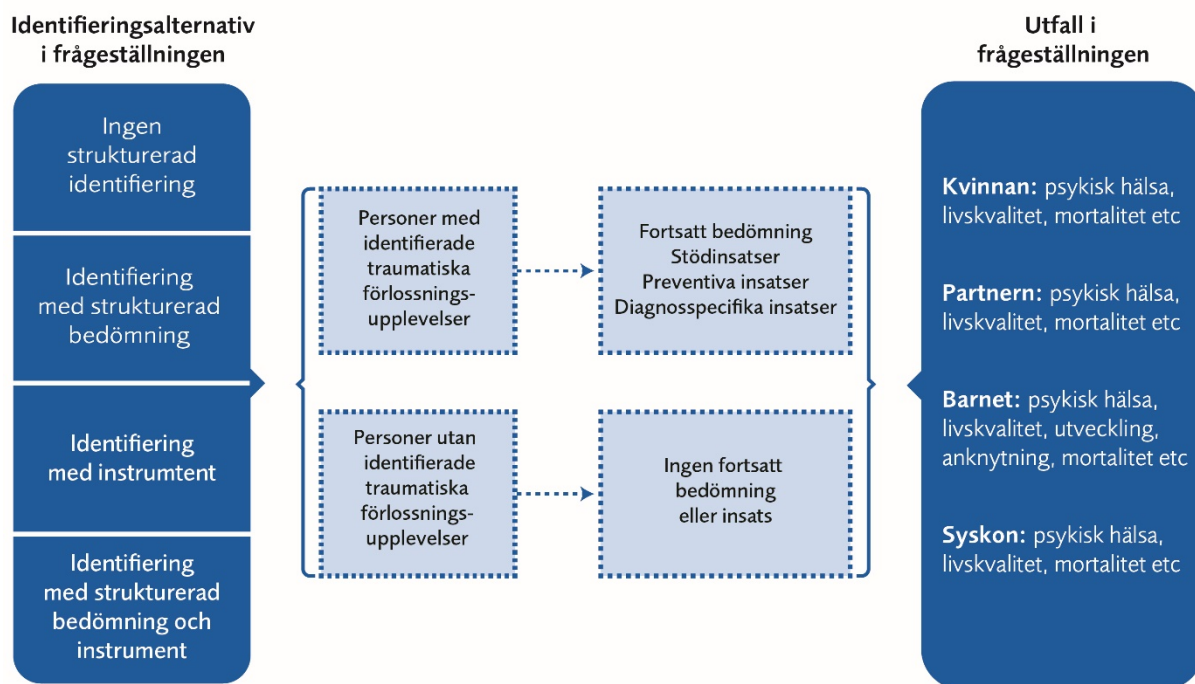
sammanvägning av data och forskargruppen konstaterar att det saknas underlag för att avgöra interventionernas effekt. En annan metaanalys som specifikt undersökte effekten av traumafokuserade psykologiska interventioner för kvinnor som fött barn visade däremot att denna typ av interventioner överlag tycks vara effektiva i att reducera PTSD-symtom i upp till 6 månader, även om tydlig evidens saknas för om interventionerna kan underlätta återhämtning från kliniskt signifikant PTSD [30].

Frågor

Även om det inom svensk mödra- och förlossningsvård redan idag bedrivs arbete för att identifiera och stötta kvinnor och i viss utsträckning partners med traumatiska förlossningsupplevelser, är det utifrån ett vetenskapligt perspektiv fortfarande oklart vilken effekt systematisk identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser kan tänkas ha när det gäller att minska eller förbygga negativa utfall för födande kvinnor och deras familjer.

Syftet med denna systematiska översikt var därför att undersöka effekter av olika strategier för att identifiera traumatiska förlossningsupplevelser, med efterföljande systematiskt omhändertagande. När vi i denna rapport använder termen *traumatisk förlossningsupplevelse* syftar vi på födande kvinnors och partners subjektiva erfarenhet av en förlossning. Eftersom begreppet därmed innefattar alla de händelser som individen kan ha upplevt som traumatiska i samband med en förlossning, behöver händelsen i sig inte vara obstetriskt traumatisk eller uppfylla diagnostiska kriterier för akut stressyndrom eller PTSD i enlighet med DSM-5 eller ICD-10.

Figur 1 illustrerar översiktens primära frågeställning. Vi sökte efter randomiserade kontrollerade studier som jämförde olika strategier för att identifiera kvinnor och partners med negativa förlossningserfarenheter. De strategier för identifiering vi avsåg jämföra illustreras till vänster i figuren. Längst till höger illustreras de utfall som inkluderades i översikten. Dessa utfall var medvetet allmänt hållna, för att kunna inkludera så många identifierade studier som möjligt. Som rutorna i mitten av figuren illustrerar (markerade med ljusare färg), förväntades inte identifiering *i sig* vara associerat med utfallen. Istället förväntades att de inkluderade studierna följde upp individer som identifierats ha traumatiska förlossningsupplevelser med någon form av fortsatt uppföljning, stöd eller andra insatser. Formerna för dessa insatser preciserades inte i frågeställningen och var inte avgörande för inkludering av studier.



Figur 1. Schematisk bild över de strategier för identifiering och utfall som ingick i översiktens primära frågeställning, samt hur dessa antogs kopplas samman genom exempelvis fortsatt bedömning, stödinsatser, preventiva insatser, eller diagnosspecifika insatser för individer som identifierats ha traumatiska förlossningsupplevelser.

Referenser

1. Alcorn KL ODA, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. . A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events Psychol Med 2010;40:1849-59. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
2. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth. 2000;27(2):104-11. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>.
3. Schobinger E, Stuijzand S, Horsch A. Acute and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers and Fathers Following Childbirth: A Prospective Cohort Study. Front Psychiatry. 2020;11:562054. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562054>.
4. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003;30(1):36-46. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>.
5. Stramrood C PK, Huis In'tVeld E, Berger L, Vingerhoets A, Weijmar Schultz W, et al. . Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2011;32:88-97.
6. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. Clin Obstet Gynecol. 2004;47(3):552-67. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>.
7. Graviditetsregistret. Årsrapport 2016, Tema: psykisk ohälsa. 2016.

8. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth-A cross-sectional survey. *Women Birth*. 2018;31(2):103-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.002>.
9. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*. 2016;46(6):1121-34.
10. Garthus-Niegel S, von Soest, T., Vollrath, M.E. et al. . The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013;16:1-10.
11. Susan A, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):200-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>.
12. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(5):389-401. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>.
13. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;208:634-45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>.
14. Delicate A, Ayers S, Easter A, McMullen S. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol*. 2018;36(1):102-15. Available from: <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>.
15. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med*. 2017;47(1):161-70. Available from: <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>.
16. Garthus-Niegel S, Horsch A, von Soest T, Haga SM, Drozd F, Ayers S, et al. Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(4):547-55. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01011-0>.
17. Gottvall K, Waldenstrom U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*. 2002;109(3):254-60. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x>.
18. Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Bidens Study G. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5(3):99-106. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>.
19. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth*. 2012;25(3):114-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>.
20. Storksén HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318-24. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>.
21. Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B, Bidens study g. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth - a six-country cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2016;37(3):75-83. Available from: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1181055>.
22. Berglund AS. Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport 76. 2016.

23. Johansson C, Finnbogadottir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience - a cross-sectional study. *Midwifery*. 2019;79:102540. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>.
24. Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I, Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sex Reprod Healthc*. 2011;2(2):83-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.11.003>.
25. Dencker A, Bergqvist L, Berg M, Greenbrook JTV, Nilsson C, Lundgren I. Measuring women's experiences of decision-making and aspects of midwifery support: a confirmatory factor analysis of the revised Childbirth Experience Questionnaire. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):199. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02869-0>.
26. Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*. 2014;30(6):610-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006>.
27. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry*. 2018;9:409. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>.
28. Bisson JI, Wright LA, Jones KA, Lewis C, Phelps AJ, Sijbrandij M, et al. Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2021;86:102004. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>.
29. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018;97(6):648-56.
30. Furuta M, Horsch A, Ng ESW, Bick D, Spain D, Sin J. Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*. 2018;9:591.