



# Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet

En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter

SBU UTVÄRDERAR | SYSTEMATISK KUNSKAPSÖVERSIKT MED ETT SAMLAT VETENSKAPLIGT UNDERLAG

FEBRUARI 2021 | WWW.SBU.SE/322

## Sammanfattning

### Syfte och bakgrund

I denna rapport utvärderar SBU identifiering och behandling av förlossningsrädsla samt behandling av lindrig till måttlig depression och ångestsjukdom under graviditeten. Utvärderingen är ett regeringsuppdrag och gäller behandlingseffekter samt hälsoekonomi och etik. Rapporten fokuserar på mödrahälsovårdens uppdrag och behandlar inte svår depression, läkemedelsbehandling eller kejsarsnitt.

Förlossningsrädsla i denna rapport refererar till förlossningsrädsla av klinisk relevans. Den kan beskrivas som så stark oro och rädsla inför barnets födelse att

det allvarligt stör personens dagliga liv. Det finns inte någon generell rutin inom mödrahälsovården för att identifiera förlossningsrädsla. Vid förlossningsrädsla ges individualiserat stöd vid specialenheter, som ofta kallas Auroramottagningar.

Symtomen vid depression eller ångestsjukdomar är inte annorlunda under graviditeten, även om situationen är speciell. Vid lindrig depression eller ångestsjukdom erbjuds oftast stödsamtal med barnmorska, kurator eller psykolog. Vid säkerställd eller misstänkt måttlig depression eller ångestsjukdom erbjuds oftast korttidspsykoterapi, läkemedelsbehandling eller båda.

### Slutsatser

- ▶ En självskattning med visuellt analog skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare (låg tillförlitlighet).
- ▶ Effekten av behandling av förlossningsrädsla kan inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet.
- ▶ Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression (låg tillförlitlighet). Vi bedömer minskningen som kliniskt relevant och måttligt stor. Effekten av KBT för gravida med ångestsjukdomar kan dock inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet.
- ▶ Psykoedukation\* kan minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda (låg tillförlitlighet). Vi bedömer dock minskningen som för liten för att vara kliniskt relevant.

\* Utbildning som syftar till att ge kännedom, kunskap och strategier för att kunna hantera känslomässiga reaktioner.

- ▶ Effekten av behandling med interpersonell terapi (IPT), beteendeaktivering eller mindfulness för gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda kan inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet. Inga inkluderade studier har undersökt effekten av stödsamtal eller psykodynamisk terapi (PDT).

I fråga om identifiering av förlossningsrädsla ger studierna ingen vägledning för hur skattningsskalorna ska vara utformade eller vilket tröskelvärde som är kliniskt relevant. Studierna visar att skalorna är bättre på att identifiera personer som har förlossningsrädsla än på att utesluta personer som inte har det (sensitivitet 85–98 %, specificitet 65–80 %). Därför behövs fördjupad anamnes.

För att studera behandling av förlossningsrädsla behövs specifika behandlingsstudier av gravida med förlossningsrädsla av klinisk relevans. Det behövs även behandlingsstudier som tar hänsyn till orsaker bakom och till innehållet i rädslan.

Slutsatserna fortsätter på nästa sida

Det behövs även fler studier om behandling av depression och ångestsjukdomar specifikt under graviditeten. Att underlaget är bristfälligt ska inte likställas med att åtgärderna inte har någon effekt. För att bedöma hälsoekonomiska aspekter behövs dels studier av behandlingseffekter och resursförbrukning, dels längre tidsperspektiv för att fånga alla relevanta effekter för kostnadseffektiviteten.

Identifierade etiska problem handlar om tillgången till en effektiv vård och om den blir ojämlig på grund av stigmatisering eller bristande kontinuitet och samverkan inom vården. Vid identifiering av förlossningsrädsla blir det etiskt problematiskt ifall gruppen ses som enhetlig då en utebliven fördjupad anamnes kan hindra anpassning av eventuell behandling.

## Metod

Den systematiska översikten genomfördes enligt SBU:s metod<sup>1</sup>. För förlossningsrädsla innefattar utvärderingen alla test som jämförts med självskattningstestet W-DEQ<sup>2</sup> och alla behandlingar med syfte att minska förlossningsrädsla. För depression och ångestsjukdomar innefattar utvärderingen behandlingar med stödsamtal, psykoedukation och psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT) och psykodynamisk terapi (PDT). Behandlingsstudierna ska ha haft en kontrollgrupp, minst en uppföljning under graviditeten

och tillräckligt låg risk för snedvridning av resultatet (bias). Utvärderingen innefattar även behandlingarnas kostnadseffektivitet. Bedömningen av behandlingseffekternas storlek och kliniska relevans gjordes i projektgruppen baserat på klinisk erfarenhet samt uppskattningar av mätinstrumentets träffsäkerhet (reliabilitet) och minsta kliniskt relevanta skillnad.

## Resultat

Resultaten redovisas i tabellen nedan. På grund av att det fanns för få studier går det inte att bedöma kostnadseffektiviteten av behandlingarna.

<sup>1</sup> SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok. Tillgänglig från [www.sbu.se/metodbok](http://www.sbu.se/metodbok).

<sup>2</sup> Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.

**Tabell 1** Resultat för identifiering och behandling av förlossningsrädsla samt behandling av depression och ångestsjukdomar under graviditet.

Behandling och tillstånd	Sammanfattning av resultat Antal deltagare (antal studier); Effekt (95 % KI) Bedömd effektstorlek	Resultatets tillförlitlighet
Identifiering av förlossningsrädsla	Självskattning med VAS kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare. FOBS*: n= 1 383 (1); Vid ett tröskelvärde på FOBS ≥54: sensitivitet** = 85 % (75 % till 93 %), specificitet** = 80 % (78 % till 82 %) VAS***: n=1 348 (1); Vid ett tröskelvärde på VAS ≥5: sensitivitet = 98 % (na), specificitet = 66 % (na), vid ett tröskelvärde på VAS ≥6: sensitivitet = 89 % (na), specificitet = 76 % (na)	⊕⊕○○
Behandling av förlossningsrädsla	Det går inte att bedöma effekten av behandling på förlossningsrädsla, förlossningssätt, psykiskt mående, upplevelse av behandling, livskvalitet, komplikationer vid förlossning eller smärtlindring och annan medicinering vid förlossning.	⊕○○○
Stödsamtal vid depression, ångestsjukdom eller båda	Inga inkluderade studier har undersökt effekten på något av utfallsmåtten.	–

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 1** fortsättning

Behandling och tillstånd	Sammanfattning av resultat Antal deltagare (antal studier); Effekt (95 % KI) Bedömd effektstorlek	Resultatets tillförlitlighet
Psykoedukation vid depression, ångestsjukdom eller båda	Psykoedukation kan minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda. N=557 (3); MD= -1,51 (-2,61 till -0,42) på skalan EPDS (min =0; max =30; högre = sämre; minsta reliabla skillnad =4) Effekten är bedömd som inte kliniskt relevant.	⊕⊕○○
	Det går inte att bedöma effekten på depressiva symtom enligt symptomskattningsskalor, sannolikhet för en egentlig depression, generell ångest enligt symptomskattningsskalor eller livskvalitet	
	Inga inkluderade studier har undersökt effekten på ångestbenägenhet eller ångestrelaterad diagnos.	
KBT vid depression	KBT kan minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression. N=132 (3); SMD= -0,87 (-1,25 till -0,48); Med en standardavvikelse på 8,26 motsvarar effekten -7,15 (-10,35 till -3,95) på skalan BDI-II (min=0; max=63; högre = sämre; minsta reliabla skillnad = 6) Effekten är bedömd som måttligt stor.	⊕⊕○○
	KBT kan minska generell ångest hos gravida med lindrig till måttlig depression. N=196 (2); SMD= -0,753 (-1,199 till -0,307); Med en standardavvikelse på 7,62 motsvarar effekten -5,74 (-9,14 till -2,34) på skalan BAI (min=0; max=63; högre = sämre; minsta reliabla skillnad = 11) Effekten är bedömd som inte kliniskt relevant	⊕⊕○○
	Det går inte att bedöma effekten på depressiva symtom enligt screening-instrument, sannolikhet för en egentlig depression eller livskvalitet.	⊕○○○
	Inga inkluderade studier har undersökt effekten på ångestbenägenhet eller ångestrelaterad diagnos.	-
KBT vid depression och ångestsjukdom.	Det går inte att bedöma effekten på depressiva symtom eller ångest.	⊕○○○
Beteendeaktivering vid depression, ångestsjukdom eller båda.	Inga inkluderade studier har undersökt effekten på sannolikhet för en egentlig depression, ångestbenägenhet, ångestrelaterad diagnos eller livskvalitet.	-
Mindfulness vid depression, ångestsjukdom eller båda		
IPT vid depression, ångestsjukdom eller båda	Det går inte att bedöma effekten på depressiva symtom, ångest eller sannolikhet för en egentlig depression.	⊕○○○
	Inga inkluderade studier har undersökt effekten på ångestbenägenhet, ångestrelaterad diagnos eller livskvalitet.	-
PDT vid depression, ångestsjukdom eller båda	Inga inkluderade studier har undersökt effekten på något av utfallsmåtten.	-

**BDI-II** = Beck depression inventory II; **EPDS** = Edinburgh postnatal depression scale; **FOBS** = Fear of birth scale; **IPT** = Interpersonell terapi; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **KI** = Konfidensintervall; **MD** = Medelvärdeskillnad; **PDT** = Psykodynamisk terapi; **SMD** = Standardiserad medelvärdeskillnad; **VAS** = Visuellt analog skala.

\* 2 VAS-skalar 1-100: Hur känner du inför den kommande förlossningen – lugn till oroad samt ingen rädsla till stark rädsla?

\*\* Resultaten är uträknade från värden i artikeln för att få ett konfidensintervall vilket inte rapporteras i studien.

\*\*\* På en skala från 0 till 10: Hur rädd är du inför förlossningen?

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)
- Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)
- Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)
- Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)  
(Det går inte att bedöma om resultatet stämmer)

När det helt saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan gradering av tillförlitligheten.

### Innehållsdeklaration

- ✓ Strukturerad litteratursökning
- ✓ Strukturerad och uttömmande litteratursökning
- ✓ Granskning av studiernas relevans
- ✓ Bedömning av risk för snedvridning
- ✓ Sammanvägning av resultaten
- ✓ Tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten bedömd av SBU  
Tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten bedömd av annan aktör än SBU  
Granskning av andras systematiska översikter  
Prioritering utförd med hjälp av konsensus
- ✓ Medverkan av ämnessakkunniga
- ✓ Patient- eller brukarmedverkan
- ✓ Etiska och sociala aspekter ingår
- ✓ Ekonomiska aspekter ingår
- ✓ Granskning utförd av externa ämnessakkunniga
- ✓ Granskning utförd av SBU:s kvalitetsgrupp
- ✓ Granskning utförd av SBU:s vetenskapliga råd
- ✓ Slutsatser godkända av SBU:s nämnd

---

Rapport nr 322 (2021) • [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se)  
Rapporten kan laddas ner från [www.sbu.se/322](http://www.sbu.se/322)  
Grafisk produktion: Anna Edling, SBU

Denna rapport ingår i serien SBU Utvärderar (ISSN 1400-1403). Rapportserien baseras på systematiska litteraturgenomgångar av forskningsartiklar. Rapporten har utarbetats av en grupp sakkunniga inom ämnesområdet. De sakkunniga har bland annat preciserat frågeställningen, bedömt forskningens kvalitet och diskuterat de sammanvägda resultat som framkommit. Frågeställningen belyses ur ett etiskt och hälsoekonomiskt perspektiv och rapporten omfattar även en evidensgradering som visar hur starkt det samlade vetenskapliga underlaget är. Rapporten har granskats såväl internt inom SBU som av externa granskare inom området.

### Projektgrupp

#### Sakkunniga

- Ann Josefsson (talesperson), professor, överläkare obstetrik och gynekologi
- Marie Bendix, med dr, överläkare
- Ida Flink, phd, docent, leg psykolog
- Christina Nilsson, barnmorska, docent
- Christine Rubertsson, barnmorska, professor
- Lars Sandman, professor
- Gunilla Sydsjö, professor, leg psykoterapeut

#### SBU

- Nathalie Peira (projektledare)
- Naama Kenan Modén (biträdande projektledare)
- Caroline Jungner (projektadministratör)
- Jenny Berg (hälsoekonom)
- Maja Kärrman Fredriksson (informationsspecialist)