

Peter Thomassen, docent, överläkare (*peter.thomassen@sos.sll.se*)

Majlis Lundwall, leg barnmorska

Eva Wiger, leg barnmorska

Lena Wollin, leg barnmorska; samtliga kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Kerstin Uvnäs-Moberg, professor, institutionen för djurfysiologi, Sveriges lantbruksuniversitet, Uppsala, och institutionen för fysiologi och farmakologi, Karolinska institutet, Stockholm

Doula – ett nytt begrepp inom förlossningsvården

I Sverige avslutas numera en femtedel av förlossningarna instrumentellt (kejsarsnitt, sugklocka eller tång). En stor del av dessa ingrepp förorsakas av utdragen förlossning eller värk-svaghet. Det vanliga sättet att påskynda förlossningsarbetet är att tillföra oxytocin. Tyvärr ger detta kroppsegna ämne i många fall ingen effekt, i andra fall kan det åstadkomma ett kraftigt, okoordinerat och för fostret potentiellt farligt värkarbete.

De amerikanska pediatrikerna John Kennell och Marshall Klaus studerade under 1970-talet effekten av nära fysisk kontakt mellan mor och barn direkt efter förlossningen. Studierna gjordes bl a i Guatemala och omfattade oftast socialt utsatta familjer [1]. Kennell och Klaus tyckte sig observera att förlossningarna i dessa fattiga miljöer förlöpte lättare och snabbare än vad de var vana vid från USA. De fann också att vid sjukhusfödslar brukade kvinnan följa traditionen att vid sin sida ha en nära vän eller släkting som stöd. Antropologiska studier visade att bland mer än ett hundratal jägar- och samlarkulturer fanns det bara en kultur där man inte hade den traditionen [2]. Kennell och Klaus trodde att närvaron av en stödperson (förutom make och professionell födselhjälpare) kontinuerligt under hela förlossningens gång var viktig. De kallade denna stödperson doula (från grekiska: kvinna som sköter om eller passar upp en annan kvinna). Hennes uppgift var att minska ångest och spänning genom emotionellt stöd och fysisk beröring (massage). Doulan skulle själv ha erfarenhet av förlossning och måste självklart ha empatisk förmåga.

Doula-idén har sedan testats i ett antal randomiserade studier [3-5]. Resultaten av dessa har sammanfattats i en metaanalys [6], som visar att närvaron av en doula under hela förlossningen minskar behovet av smärtlindring och oxytocinstimulering samt reducerar antalet akuta kejsarsnitt och instrumentella förlossningar.

Vårt syfte med studien var att få svar på följande frågor:

- Fungerar doula-modellen i vår svenska förlossningsmiljö? Här har ju barnmorskan av tradition en hög medvetenhet om vikten av emotionellt stöd och uppmuntran.
- Går det, rent praktiskt, att organisera doula-verksamhet i Sverige?

Sammanfattat



Förlossningsvården i Sverige är av tradition sjukhusbunden. Barnmorskan har ett eget professionellt ansvar för övervakning av mor och barn under förlossningen. Barnmorskan ser det som helt naturligt att hon/han är den födande kvinnans emotionella stöd.

Systematiska observationer, framför allt på den amerikanska kontinenten, har visat att ett ytterligare stöd i form av en icke-professionell kvinna, en doula, kan förkorta förloppet, minska behovet av ryggbedövning, antalet kejsarsnitt och instrumentella förlossningar.

Denna rapport beskriver ett försök att införa doula-stöd i svensk förlossningsmiljö.

Se även artikeln på sidan 4272 och medicinsk kommentar i detta nummer.

- Hur fungerar samarbetet mellan doula och barnmorska?

Metod och material

Vi avsåg att prospektivt studera doula-effekt på förlossningstid, frekvens instrumentella förlossningar och kejsarsnitt samt eventuella effekter på smärtlindring, framför allt epiduralanestesi. Blivande friska förstföderskor fick i graviditetsvecka 36 information om studien på sin mödravårdscentral. De som önskade delta fick reda på att lottning skulle ske och att varannan sålunda riskerade att »lottas ut«. Statistisk analys visade att över 200 kvinnor i varje grupp skulle behövas för att med 80 procents styrka säkerställa en halvering av kejsarsnittsfrekvensen (då cirka 14 procent) och 30 procents minskning av

antalet epiduralanestasier (cirka 30 procent hos förstföderskor).

Kriteriet för att bli doula var frivillighet och genomgången vaginalförlossning. Vi använde Amningshjälpen som rekryteringskanal, cirka 20 kvinnor anmälde sitt intresse. Alla dessa intervjuades av författarna. Vi upplyste om vad som förväntades av en doula och betonade det ansvar som låg i att genomföra uppgiften. Någon ersättning, utöver ett månadskort för lokala kollektiva transportmedel, utgick inte. Ett 10-tal omföderskor, som ansågs väl lämpade, fick därefter genomgå en kortare utbildning i förlossningens kliniska och psykologiska förlopp. Samtliga fick också gå bredvid en barnmorska på förlossningsavdelningen. Den första lottningen ägde rum i mars 1998. Projektet fick stor massmedial uppmärksamhet under en kortare period, vilket ökade antalet intresserade föräldrapar såväl som hägade doulor.

Utvärderingen skedde i form av ett protokoll med 72 variabler. Sedan 1973 används i Sverige en standardiserad förlossningsjournal, varifrån uppgifter går till medicinska födelserregistret vid Socialstyrelsen. Från denna journal hämtades 23 variabler. Moderns upplevelser efterfrågades genom 34 frågor, delvis i form av skalor graderade från 1 till 5, dessutom efterfrågades faderns, doulans och barnmorskans åsikter. I protokollet ingick en uppföljning 6 månader efter förlossningen. Inom ramen för ett 10-poängsarbete i beteendevetenskap utfördes djupintervjuer med 10 mödrar [7]. Studien godkändes av den lokala forskningsetiska kommittén (diarienumr: 48/98); Södersjukhusets juridiska avdelning granskade och godkände uppläggning vad gäller sekretess och integritetsaspekter.

På grund av den pressade situationen på Stockholms förlossningskliniker under 2000–2001 måste projektets barnmorskor delta fullt ut i vården, vilket kraftigt försejade projektet. En helt oväntad effekt blev dessutom att urvalet till studien alltmer bestämdes av att bliivande mödrar genom att delta i projektet ville tillförsäkra sig en garanti att slippa bli hänvisade till annan förlossningsklinik. Problemet med försejningen var att om vi hade fortsatt lottningen skulle studien sträckt sig över så lång tid att ett antal variabler skulle ha förändrats. Vi beslöt därför våren 2000 att avsluta arbetet innan vi hade uppnått det avsedda antalet lottningar.

II Resultat

Från mars 1998 till mars 2000 erbjöds 198 förstföderskor att delta i studien (Figur 1). Sammanlagt 54 avböjde. Av de 144 som deltog i lottningen födde slutligen 55 med doula, och 46 utgjorde kontrollgruppen. Bortfallet i dessa två grupper (n=41) skedde på grund av för tidig förlossning, induktion eller sektion av medicinska orsaker samt utträde på egen begäran. Totalt 3 av dem som inte ville eller kunde vara med i undersökningen föll bort på grund av hänvisning till annat sjukhus efter det att förlossningen hade startat.

Utvärderingen har därför innefattat tre ungefär lika stora grupper om 50 förstföderskor som jämförts med avseende på förlossningssätt, frekvens epiduralanestesi och komplikationer för moder och barn. Förlossningens längd var cirka 8 timmar i alla tre grupperna. Frekvensen epiduralanestesi var 38

De kallade denna stödperson doula (från grekiska: kvinna som sköter om eller passar upp en annan kvinna). Hennes uppgift var att minska ångest och spänning genom emotionellt stöd och fysisk beröring (massage). Doulan skulle själv ha erfarenhet av förlossning och måste självklart ha empatisk förmåga.

procent i doula-gruppen, 41 procent i kontrollgruppen och 52 procent i den grupp som avböjde att delta i lottningen. Cirka hälften av mödrarna i samtliga grupper utvecklade primär eller sekundär värksvagheter. Totalt 11 procent av mödrarna som fått doula-stöd fick diagnosen hotande fosterasfyxi jämfört med 22 procent bland kontrollerna.

Var femte kvinna förlöstes med vakuumentraktion (18 procent i doula-gruppen, 24 procent i kontrollgruppen), och sfinkterskada (alla grader) inträffade i 7–8 procent av samtliga fall. Knappt 4 procent av barnen, jämnt fördelat mellan grupperna, fick Apgar-poäng ≤ 7 vid 5 minuter.

Den enda signifikanta skillnaden mellan grupperna är frekvensen av akuta kejsarsnitt: sammanlagt 3 av mödrarna som fått doula-

stöd (5,5 procent) jämfört med 9 av kontrollerna (19,6 procent), $P=0,03$. Eftersom bara 3 mödrar snittades akut i bortfallsgruppen är det svårt att tolka detta resultat. En liten, men intressant grupp utgjorde de som inkom till förlossningen med cervix vidgad mindre än 4 cm (som var kriteriet för förlossningsstart). De 7 kvinnor som fått doula-stöd födde samtliga vaginalt, medan 3 av 8 kontroller snittades akut och 2 förlöstes med vakuumentraktion. Vi utesluter inte att det är i dessa förlossningar med lång latensfas som doula-effekten uppträdde som starkast.

Av intervjuerna framkom vissa skillnader mellan grupperna vad gäller upplevelsen av förlossningen hos såväl mödrar som fäder. Kvinnorna som fått doula-stöd kände sig ha bättre kontroll, och de kände sig mindre ensamma. Vårkarbetet upplevdes inte som lika långt, trots att det objektivt varade lika länge i alla grupperna. Kvinnorna som fått doula-stöd kände sig mindre trötta efteråt än kvinnorna i kontrollgruppen. I samtliga grupper var fler än hälften av mödrarna mycket nöjda med det sätt på vilket de blev bemötta av barnmorskor och läkare. Av de 54 kvinnorna i doula-gruppen skulle 52 rekommendera en gravid väninna att ha en doula med sig vid förlossningen; 49 önskade ha en doula med vid nästa barns födelse.

Doulorna hade i de flesta fall träffat »sina« blivande föräldrapar en gång före förlossningen, och i 18 fall hade man träffats två eller flera gånger. Endast två gånger träffade en doula sitt föräldrapar första gången i samband med förlossningen, i båda fallen på grund av att den ordinarie doulan hade fått förhinder. I nästan alla fall tyckte doulan att deras utbildning var adekvat. I endast ett fall kände doulan att kontakten med modern inte var optimal, och en gång fungerade inte samarbetet mellan doula och barnmorska. En intressant iakttagelse gjordes hos de 21 kvinnor i doula-gruppen som fick epiduralanestesi. I 10 av dessa fall uttryckte doulan besvikelse, hon kände sig överflödig, åtminstone ett tag. Cirka 80 procent av barnmorskorna ansåg att doulan påverkade föräldraparet positivt, endast 5 procent tyckte att doulan påverkade barnmorskans eget arbete negativt.

II Diskussion

Soranos från Efesos som verkade i Hippokrates' tradition var verksam i Rom cirka 100 år efter Kristus. Han anses vara antikens främste gynekolog och obstetiker, och i en nyligen ut-

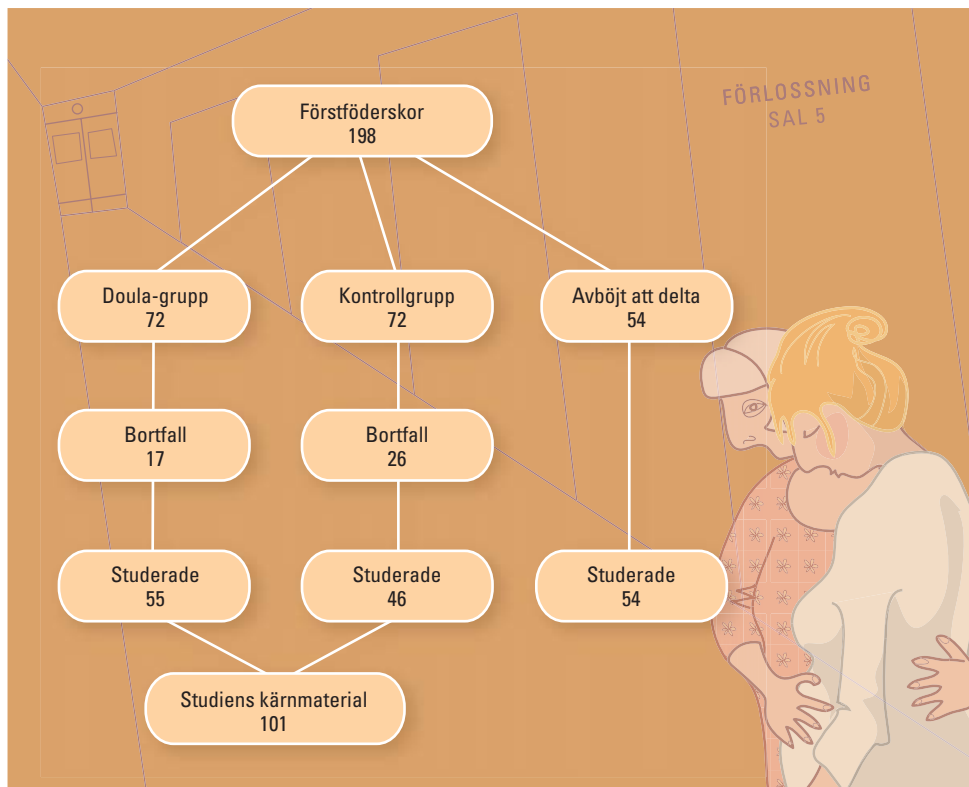


ILLUSTRATION: HELENA LUNDING

Figur 1. Totalt 198 kvinnor erbjöds att delta i en studie av doula-stöd i svensk förlossningsmiljö, 144 accepterade och lottades till doula- eller kontrollgrupp.

given svensk översättning av hans skrifter finner man följande citat [8, sidan 149]: »Tre kvinnor bör vara med för att hjälpa till att lugna barnaföderskor med uppmuntrande tal, även om de inte själva har fött barn.«

Han definierade sålunda deras roll som en helt annan än själva barnmorskans, vars arbete han beskriver i detalj [8]. Även i svensk tradition har förlossning varit kvinnogöra, och den födande hade oftast med sig kvinnor för stöd och uppmuntran och för att bistå barnmorskan. Detta försvann i stort sett helt när förlossningarna började äga rum på sjukhus.

Vårarbetets effektivitet beror på en mängd olika faktorer, och sambandet mellan den smärta som kvinnan förnimmer och den nytta som vårarbetet gör för att driva förlossningen framåt är svagt. En utdragen förlossning uppfattas oftast som extra smärtsam. Smärtorna kan vi idag lindra effektivt, men vårarbetet är svårt att påverka; vi vet helt enkelt för lite om de fysiologiska processerna som styr det. Oxytocinfrisättningen är känslig för olika typer av stress. Rädsla och oro liksom svår smärta hämmar den. Beröring samt lugn och ro, förmedlat av tex en doula, ökar å andra sidan oxytocinfrisättningen och -effekterna. Detta behöver inte bero enbart på ökade oxytocinnivåer i blodet, utan också på ökad receptorkänslighet. Beröring och värme förändrar också balansen mellan parasympatisk och sympatisk tonus till parasympatisk dominans. Detta sker bl a genom effekter av oxytocin i CNS [9]. Exogent tillfört oxytocin får inte helt samma effekter. Dels är nivån jämn och inte pulsativ, dels saknas effekt i CNS på grund av låg penetrans genom blod-hjärnbarriären.

Att rekrytera doulor blev inte så svårt som vi hade befarat. I USA har man på vissa håll, framför allt i Kalifornien, mer eller mindre professionella doulor som mot viss ersättning åtar sig att vara ett stöd under slutet av graviditeten och under förlossningen [10]. I Europa har det funnits spridda försök att starta liknande verksamhet, bl a i Italien; i Helsingfors finns ett program sedan flera år med doula-liknande stöd till ensamstående mödrar [11].

I vår studie kunde vi inte observera skillnader i behov av

smärtlindring, och vi kunde inte heller finna att förlossningens längd, så som vi definierade den, var olika mellan grupperna. Detta överensstämmer med fynden i en nyligen publicerad multicenterstudie från USA och Kanada [12]. Även fyndet att färre kvinnor som fått doula-stöd genomgick akut kejsarsnitt måste tolkas med försiktighet på grund av det låga antalet deltagande. Vad vi däremot med säkerhet kan säga är att systemet fungerar även i vårt svenska sjukvårdssystem. Det var förvånande, och mycket glädjande, att så många kvinnor ville ställa upp som doula, en uppgift som kunde vara nog så obekvämt. Förutsättningen var ju att doulan under flera veckor skulle vara tillgänglig dygnet runt, och ett absolut krav var att hon skulle delta under hela förlossningen.

Vi fick också svar på vår tredje fråga. När barnmorskan hade förstått vad doulan innebar gick samarbetet helt friktionsfritt i nästan samtliga fall. Motståndet mot doula-idén tycks framför allt komma från barnmorskor, och även läkare, som inte själva har någon praktiskt erfarenhet av vilken insats en doula kan göra för den födande kvinnan (och även för den blivande fadern). Vi tror att en doula kan vara ett mycket gott komplement vid vissa förlossningar. Vi vill försöka att införa det i rutinen, kanske framför allt för kvinnor som har extra behov av emotionellt stöd och uppmuntran strax före och under förlossningen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Vårdalstiftelsen har bidragit med ekonomiskt stöd.

Referenser

1. Sosa R, Kennell JH, Robertson S, Urretia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980;303:597-600.
2. Lozoff B, Jordan B, Malone S. Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage Fam Rev* 1988;12:35-60.
3. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social sup-

- port during parturition on maternal and infant morbidity. *BMJ* 1986;293:585-7.
4. Kennell JH, Klaus MH, McGrath SK, Robertson SS, Hinkley CW. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 1991;265:2197-201.
 5. Hofmeyer GJ, Nikodem VC, Wolman WL. Companionship to modify the clinical birth environment: Effects on progress and perceptions of labour and breast feeding. *Br J Obstet Gynecol* 1991;98:756-64.
 6. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software; 2002.
 7. Bylund-Grenklo T. Den förlossningserfarna främlingen. Förstängångsmammors upplevelser av stöd under förlossning med eller utan doula [magisteruppsats]. Stockholm: Stockholms universitet, psykologiska institutionen; 1998.
 8. Soranos. Kvinnolära: Om graviditet, förlossningskonst, spädbarnsvård och kvinnosjukdomar [översättning: Törnqvist S, Ursing I]. Jonsered: Paul Åströms förlag; 2001.
 9. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:819-35.
 10. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. *Mothering the mother*. New York: Addison-Wesley; 1996.
 11. Hemminki E, Virta AL, Koponen P, Malin M, Kojo-Austin H, Tuimela R. A trial on continuous human support during labor: Feasibility, interventions and mothers' satisfaction. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990;11:239-50.
 12. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:1373-81.



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

We wanted to study the effect of extra emotional support in the form of a non-professional woman (doula) before and during delivery. About 200 primiparae were invited to participate in a prospective study which intended to assess differences in delivery outcome between women with and without a doula. Fifty-four declined to participate, 55 had a delivery with doula and 46 were controls. Lower rate of emergency caesarean sections in the doula-group was noted. The parents as well as the staff, became to regard the doula as a valuable support during delivery.

**Peter Thomassen, Majlis Lundwall, Eva Wiger,
Lena Wollin, Kerstin Uvnäs-Moberg**
Läkartidningen 2003;100:4268-71

Correspondence: Peter Thomassen, Kvinnokliniken, Södersjukhuset, SE-118 83 Stockholm, Sweden (peter.thomassen@sos.sll.se)