

**Ulla Waldenström**, barnmorska, professor, institutionen för omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm  
([Ulla.Waldenstrom@omv.ki.se](mailto:Ulla.Waldenstrom@omv.ki.se))

## Doulor behövs!

■ Ordet doula kommer från grekiskan och betyder hjälpande eller stödjande kvinna. Doula har inom förlossningsvården blivit en beteckning för en person som ger kvinnan kontinuerligt stöd under förlossningen, antingen från vårkarbetets början eller åtminstone under förlossningens aktiva fas. En doula är vanligen ingen familjemedlem utan en utomstående person, med eller utan anknytning till förlossningsvården.

I Sverige har vi diskuterat om en extra utomstående stödperson verkligen behövs, om det inte ligger i barnmorskans roll att också vara doula. Dessutom har de flesta kvinnor stöd av den blivande barnafadern under förlossningen. En doula-studie vid Södersjukhuset som nyligen publicerades i Läkartidningen [1] kunde tyvärr inte ge svar på frågan om huruvida kontinuerligt stöd av en utomstående person har några positiva effekter i svensk sjukvårdsmiljö. Därtill var studien för liten, och den hade även andra metodologiska brister [2].

### Internationell erfarenhet

Bakgrunden till den svenska studien var resultat från internationell forskning, sammanfattad i en litteraturoversikt i The Cochrane Library [3], som visade att kontinuerligt stöd under förlossningen minskade andelen instrumentella vaginala förlossningar, kejsarsnitt och barn med låg Apgar-poäng samt användningen av smärtlindring. Kontinuerligt stöd medförde också något kortare förlossningar och en bättre förlossningsupplevelse.

Dessa resultat har fått stort genomslag i vissa länder, exempelvis i Storbritannien, Kanada och USA. Där har förlossningsvården utformat riktlinjer som uppmanar rutiner där kvinnor erbjuds kontinuerligt stöd under förlossningen. En rad amerikanska organisationer erbjuder doula-utbildning, ofta med certifiering, och vissa sjukhus sponsrar denna verksamhet. Ungefär 35 000 personer uppges idag ha genomgått utbildningen [4], och 5 procent av tillfrågade kvinnor uppgav i en studie att de hade använt sig av denna doula-service [5]. En intresseorganisation för doulor har även inrättats i Storbritannien [6]. En omfattande guide för stödpersoner finns på engelska [7].

### Nordamerikansk studie

År 2002 publicerades den största enskilda studien i ämnet [8]. Det var en nordamerikansk multicenterstudie som inkluderade 6 915 kvinnor vid 13 sjukhus i USA och Kanada. Stödperson i den randomiserade försöksgruppen var den sjuksköterska (det finns få barnmorskor i dessa länder) som assisterade vid förlossningen. Hon hade fått två dagars specialutbildning i hur man ger stöd under förlossning. Forskarna var främst intresserade av om kontinuerligt stöd under förlossningen kunde minska andelen kejsarsnitt.

Resultaten visade inga statistiska skillnader i andelen kejsarsnitt eller spontana vaginala förlossningar och inte heller i andelen kvinnor som var missnöjda med förlossningen. Dock

### Sammanfattat



Frågan om huruvida doulor (doula = stödjande kvinna) kan vara ett komplement i svensk förlossningsvård har diskuterats. En studie vid Södersjukhuset kunde inte ge svar på frågan.

En aktuell forskningsöversikt i The Cochrane Library visar att kontinuerligt stöd under förlossningen minskade användningen av smärtlindring, andelen kejsarsnitt och instrumentella förlossningar samt förbättrade kvinnans upplevelse. Effekten av kontinuerligt stöd varierade i olika undergrupper.

Doula-stöd borde i Sverige utvärderas på kvinnor med ökad risk för traumatisk förlossningsupplevelse.

upplevde färre kvinnor i försöksgruppen att de förlorade kontrollen under förlossningen.

Eftersom den här studien var så välgjord, trodde man kanske att resultaten från den tidigare nämnda litteraturoversikten delvis skulle kullkastas.

### Dagens evidens

Den nordamerikanska studien har nu inkluderats i en ny litteraturoversikt i The Cochrane Library [4], som därmed innehåller 15 randomiserade studier med totalt 12 791 kvinnor. Studierna är genomförda i Australien, Belgien, Botswana, Kanada, Finland, Frankrike, Grekland, Guatemala, Mexiko, Sydafrika och USA, med stora olikheter vad gäller sjukvårdsmiljö och rutiner. Kontinuerligt stöd var emellertid definierat på likartat sätt och innebar bland annat kontinuerlig, eller närmast kontinuerlig, närvaro under åtminstone förlossningens aktiva fas. Stödpersonen varierade från att i 8 studier vara förlossningspersonal (t ex barnmorska, barnmorskestudent, sjuksköterska) till att i 7 studier ha annan bakgrund (t ex kvinna utan speciell utbildning, förlossningspedagog, pensionerad sjuksköterska) eller, som i en enda studie, en nära kvinnlig släkting, vanligen kvinnans mor.

Resultaten visade att kvinnor som hade kontinuerligt stöd under förlossningen använde mindre smärtlindring (regional anestesi: relativ risk 0,90, 95 procents konfidensintervall 0,81–0,99; ingen smärtlindring: relativ risk 0,87, 95 procents konfidensintervall 0,79–0,96); hade färre operativa förlossningar (instrumentell vaginal förlossning: relativ risk 0,89, 95 procents konfidensintervall 0,83–0,96; kejsarsnitt: relativ risk 0,90, 95 procents konfidensintervall 0,82–0,99); och en bättre förlossningsupplevelse (negativ upplevelse: relativ

*Man kan diskutera om doula-stöd skall erbjudas alla gravida kvinnor eller enbart kvinnor som har ökad risk för en negativ upplevelse av förlossningen eller av vården under förlossningen. Jag tror på det senare, i alla fall om verksamheten delvis skall finansieras via skattsedeln.*

risk 0,73, 95 procents konfidensintervall 0,65–0,83). Ingen effekt observerades på oxytocinstimulering av värkarbetet, Apgar-poäng vid 5 minuter, minne av svår smärta post partum, andelen barn till barnklinik eller förlossningens längd.

Analys av undergrupper visade att kontinuerligt stöd under förlossningen hade störst effekt om stödet började tidigt under värkarbetet, om kvinnan inte hade partner eller annan närstående med sig och om stödpersonen inte tillhörde förlossningsavdelningens personal.

### Slutsatser och kliniska konsekvenser

Det är bevisat (evidensbaserat) att kontinuerlig närvaro av en stödperson under förlossningen har positiva effekter på både förlossningsutfall och kvinnans upplevelse. Den positiva effekten kan variera i storlek under olika betingelser. I svensk förlossningsvård där kvinnan har frihet att ha med sin partner eller annan närstående är effekten troligen mindre än i länder där detta inte är möjligt. Det finns inga randomiserade studier som utvärderar effekten av den blivande barnafaderns närvaro, men deskriptiva studier visar att kvinnor i allmänhet upplever detta stöd som mycket positivt, ofta som oundgängligt. Likaså visar studier entydigt att stödet av barnmorskan under förlossningen har stor betydelse för kvinnans upplevelse [9, 10].

Ovanstående forskning tyder dock på att dessa två personer inte alltid räcker till. Det kan bero på att varken mannen eller barnmorskan i alla lägen kan ge det optimala stödet. Mannen är själv del av processen och kan ha egna stödbehov. Barnmorskan kan ha andra, konkurrerande arbetsuppgifter.

Jag bedömer att frågan om doula-stöd under förlossningen nu är tillräckligt välstuderad för att påverka praxis. Det finns goda argument för att i Sverige uppmuntra initiativ liknande de amerikanska och engelska. Man kan diskutera om doula-stöd skall erbjudas alla gravida kvinnor eller enbart kvinnor som har ökad risk för en negativ upplevelse av förlossningen eller av vården under förlossningen. Jag tror på det senare, i alla fall om verksamheten delvis skall finansieras via skattsedeln.

Det kommer inte heller att vara lätt, åtminstone inte initialt, att rekrytera intresserade att bli doulor.

Vi känner idag till vissa riskfaktorer som kan identifieras redan under graviditeten, såsom att vara ensamstående, lågutbildad, ha en önskad graviditet, dåligt stöd från partnern och negativa förväntningar [9-11]. Barnmorskor och läkare

känner idag ofta vanmakt inför möjligheterna att stödja dessa kvinnor. Att kunna hänvisa till en seriös doula-verksamhet skulle kunna vara ett konstruktivt alternativ. Och här finns förstås utrymme för ytterligare en randomiserad studie – av doula-effekten på en selekterad riskgrupp.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Thomassen P, Lundwall M, Wiger E, Wollin L, Uvnäs-Moberg K. Doula – ett nytt begrepp inom förlossningsvården. *Läkartidningen* 2003;100:4268-71.
2. Waldenström U. Nygammalt barnafödande utmanar den moderna obstetrikern. Hemförlossning och doula-stöd kontroversiellt. *Läkartidningen* 2003;100:4254-5.
3. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth [Cochrane review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2002.
4. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth [Cochrane review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
5. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: report of the first national US survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association; 2002.
6. McGinnis S. On being a doula. *MIDIRS Midwifery Digest* 2001;11(3):362-4.
7. Simkin P. *The birth partner: everything you need to know to help a woman through childbirth*. 2nd ed. Boston: Harvard Common Press; 2001.
8. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willian 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(11):1373-81.
9. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth. A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S160-72.
10. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience – prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31:17-27.
11. Green J, Baston H. Feeding in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth* 2003;30:235-47.