

Graviditet, förlossning och tiden efter

Metodbeskrivning och kunskapsunderlag
Bilaga

Förord

Detta dokument innehåller en beskrivning av de metoder som har använts för att ta fram *Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå*, och de kunskapsunderlag som ligger till grund för rekommendationer i kunskapsstödet. Kunskapsstödet finns på www.socialstyrelsen.se. För att göra kunskapsstödet mer lättläst har Socialstyrelsen valt att separatpublicera denna längre version av den arbetsprocess som ledde fram till kunskapsstödet, tillsammans med den vetenskapliga och kliniska bakgrunden till innehållet i kunskapsstödet.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Metodbeskrivning	13
Varför vi tar fram kunskapsstöd	13
Kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter	13
Kunskapsstödet vänder sig till vårdpersonal och beslutsfattare	13
Arbetsgrupper	13
Hur Socialstyrelsen avgränsar ett rekommendationsarbete	15
Hur vi avgränsat kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter	15
Hur vi tar fram vetenskapligt underlag för rekommendationer i kunskapsstöd	16
Hur vi tagit fram kunskapsunderlag i kunskapsstödet	17
Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i kunskapsstödet	18
Hur vi tar fram rekommendationer	19
Hur vi tagit fram rekommendationer i kunskapsstödet	20
Hur vi tar fram nationella indikatorer	20
Hur vi tagit fram indikatorer i kunskapsstödet	21
Hur vi för en diskussion om kunskapsstödet efter att en remissversion publiceras	21
Psyisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossningen	22
Strukturerad identifiering av trolig depression och ångesttillstånd	22
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	23
Hur allvarligt är tillståndet?	24
Vilken effekt har åtgärden?	25
Vilken diagnostisk tillförlitlighet har metoden?	25
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade konsekvenser?	27
Vilka studier ingår i granskningen?	27
Saknas någon information i studierna?	29
Hälsoekonomisk bedömning	29
Summering av effekt och evidensstyrka	30
Metaanalys	51
Frågeställning och avgränsningar	51
Sökdokumentation	52
Dokumentation av informationssökning	53
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	54

Strukturerat anamnestagande.....	54
Strukturerad identifiering.....	56
Psykosocial bedömning.....	57
Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården.....	58
Specialistteam	60
Utbildning och fortbildning.....	62
Referenser	63
Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress.....	67
Beskrivning av tillståndet och åtgärden	67
Hur allvarligt är tillståndet?	67
Vilken effekt har åtgärden?.....	67
Vilka studier ingår i granskningen?	67
Hälsoekonomisk bedömning	68
Kommentar	68
Frågeställning.....	68
Sökdokumentation	69
Referenser.....	71
Förlossningsrädsla	73
Identifiering av förlossningsrädsla	73
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	73
Vilken effekt har åtgärden?.....	74
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	75
Vilka studier ingår i granskningen?	75
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus.....	75
Kartläggning av förlossningsrädsla	77
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	77
Vilken effekt har åtgärden?.....	78
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus.....	79
Stöd och behandling vid förlossningsrädsla	80
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	80
Vilken effekt har åtgärden?.....	80
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus.....	81
Fortbildning, konsultation och handledning till personal	83
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	83
Vilken effekt har åtgärden?.....	83
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus.....	83
Referenser	85
Förlossningsbristningar	86

Samtal och förlossningsplanering för gravida med ökad risk eller kvarstående besvär	86
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	86
Vilken effekt har åtgärden?	87
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	87
Vilka studier ingår i granskningen?	87
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus	87
Översikt av granskade studier	88
Dokumentation av informationssökning	89
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	92
Vilken effekt har åtgärden?	92
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	92
Vilka studier ingår i granskningen?	92
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus	93
Översikt av granskade studier	94
Dokumentation av informationssökning	95
Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar	98
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	98
Vilken effekt har åtgärden?	98
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	98
Vilka studier ingår i granskningen?	99
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus .	99
SBU, Förlossningsbristningar – Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information.....	101
Översikt av granskade studier	101
Dokumentation av informationssökning	102
Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal	105
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	105
Vilken effekt har åtgärden?	105
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	106
Vilka studier ingår i granskningen?	106
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	106
Översikt av granskade studier	109
Dokumentation av informationssökning	110
Gynekologisk undersökning vid efterkontrollen	118
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	118
Vilken effekt har åtgärden?	118
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	118
Vilka studier ingår i granskningen?	118

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	119
Översikt av granskade studier	120
Dokumentation av informationssökning.....	121
Hänvisning till rätt instans	122
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	122
Vilken effekt har åtgärden?	122
Vilka studier ingår i granskningen?	122
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	123
Översikt av granskade studier	124
Dokumentation av informationssökning.....	125
Referenser	127
Amning och Uppfödning	129
Reflekterande samtal	129
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	129
Vilken effekt har åtgärden?	130
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	130
Vilka studier ingår i granskningen?	130
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	131
Hud-mot-hudkontakt	133
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	133
Vilken effekt har åtgärden?	133
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	133
Vilka studier ingår i granskningen?	133
Amningsstöd.....	135
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	135
Vilken effekt har åtgärden?	135
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	135
Vilka studier ingår i granskningen?	135
Tio steg som främjar amning.....	136
Tillmatning och alternativ uppfödning.....	137
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	137
Vilken effekt har åtgärden?	138
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	138
Vilka studier ingår i granskningen?	138
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	138
Översikt av granskade studier	140
Dokumentation av informationssökning.....	143
Litteratursökning	143
Referenser	145

Vård efter graviditet och förlossning	147
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	147
Viken effekt har åtgärden?	147
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	148
Vilka studier ingår i granskningen?	148
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	148
Översikt av granskade studier	149
Dokumentation av informationssökning	150
En familjecentrerad vård på BB	151
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	151
Viken effekt har åtgärden?	151
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	151
Vilka studier ingår i granskningen?	151
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	152
Översikt av granskade studier	153
Dokumentation av informationssökning	154
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	156
Vilken effekt har åtgärden?	156
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	156
Vilka studier ingår i granskningen?	156
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	156
Översikt av granskade studier	158
Dokumentation av informationssökning	159
Samtal om förlossningsupplevelsen	161
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	161
Vilken effekt har åtgärden?	161
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	161
Vilka studier ingår i granskningen?	161
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	162
Översikt av granskade studier	163
Dokumentation av informationssökning	164
Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset	166
Beskrivning av tillstånd och åtgärd.....	166
Vilka studier ingår i granskningen?	166
Vilken effekt har åtgärden?	167
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	167
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	167
Översikt av granskade studier	169
Dokumentation av informationssökning	170

Strukturerad första bedömning av vårdbehov	172
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	172
Vilken effekt har åtgärden?	172
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	172
Vilka studier ingår i granskningen?	172
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	173
Översikt av granskade studier	174
Dokumentation av informationssökning	175
Referenser	176
Obesitas under graviditet	177
Utökat stöd under graviditeten	177
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	177
Vilken effekt har åtgärden?	178
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	178
Vilka studier ingår i granskningen?	178
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	180
Översikt av granskade studier	182
Dokumentation av informationssökning	183
Kostrådgivning	187
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	187
Vilken effekt har åtgärden?	187
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	188
Vilka studier ingår i granskningen?	188
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	188
Dokumentation av informationssökning	189
Referenser	190
Föräldraskapsstöd i mindre grupper	191
Föräldraskapsstöd i mindre grupper med andra blivande föräldrar	191
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	191
Vilken effekt har åtgärden?	191
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	192
Vilka studier ingår i granskningen?	192
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	192
Översikt av granskade studier	194
Dokumentation av informationssökning	195
Utbildning, handledning och fortbildning till gruppledaren	197
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	197
Vilken effekt har åtgärden?	197
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	197

Vilka studier ingår i granskningen?	197
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	198
Dokumentation av informationssökning	200
Referenser	202
Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen	203
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	203
Vilken effekt har åtgärden?	203
Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?	203
Vilka studier ingår i granskningen?	203
Översikt av granskade studier	206
Dokumentation av informationssökning	209
Litteratursökning	209
Referenser	214
Substansbruk hos gravida och nyförlösta	216
Rutinmässig identifiering av substansbruk och skadligt bruk hos gravida	216
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	216
Vilken effekt har åtgärden?	217
Vilka studier ingår i granskningen?	217
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus ...	218
Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam	219
Beskrivning av tillstånd och åtgärd	219
Vilken effekt har åtgärden?	220
Vilka studier ingår i granskningen?	220
Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus	221
Dokumentation av informationssökning	224
Referenser	229
Bilaga A. Fullständig litteratursökning för psykisk ohälsa under graviditet	231

Metodbeskrivning

Varför vi tar fram kunskapsstöd

Socialstyrelsen tar fram kunskapsstöd som baseras på bästa tillgängliga kunskap i syfte att bidra till en god vård och omsorg på lika villkor. Kunskapsstöden fokuserar på områden där behovet av vägledning är som störst. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader.

Kunskapsstöden tas fram av myndigheten dels på eget initiativ och dels på uppdrag av regeringen. De ger vägledning och rekommendationer om åtgärder på gruppnivå och kan med fördel vara en utgångspunkt när regionerna tar fram t.ex. vårdprogram och vårdförlopp. Kunskapsstöden kan tas fram med eller utan rekommendationer och behöver inte alltid täcka alla frågeställningar inom ett område. När rekommendationer ges är syftet att bidra till att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp för att på så sätt höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och bidra till att resurser används effektivt.

Kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har samarbetat med företrädare för sjukvårdshuvudmännen via det nationella programområdet (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning samt med professionsföreningar. Dessa har nominerat experter för medverkan i arbetet. Socialstyrelsen har också samarbetat och haft dialog med patientföreningar. Medarbetare på Socialstyrelsens olika avdelningar för analys, juridik för hälso- och sjukvården, och kommunikation har bidragit till arbetet.

Kunskapsstödet vänder sig till vårdpersonal och beslutsfattare

Kunskapsstödet vänder sig främst till personal som möter gravida och nyförlösta i någon del av vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden efter förlossningen. Främst handlar det om barnmorskor, läkare och psykologer, men även andra yrkeskategorier kan vara berörda.

Andra mottagare av kunskapsstödet är beslutsfattare, tjänstemän, verksamhetschefer och andra med ansvar att ta fram rutiner, vårdprogram eller motsvarande, i synnerhet vad gäller frågor som kan ha betydelse för vilken vård som ska erbjudas, hur vården kan organiseras, vilken kompetens som bör säkras och hur resurser ska fördelas.

Arbetsgrupper

Förutom de deltagare som medverkade i förstudien har olika grupper med externa experter deltagit i processen att ta fram kunskapsstödet och rekommendationer (se *Projektorganisation* i kunskapsstödet för att ta del av vilka som medverkat i de olika grupperna).

Följande grupper har ingått:

- En referensgrupp bestående av utredare från olika avdelningar och enheter på Socialstyrelsen med relevant sakkunskap. Gruppen har bidragit i ett tidigt skede av arbete till att avgränsa områden och frågeställningar i kunskapsstödet.
- En arbetsgrupp som har bestått av utredare från Socialstyrelsen och 15 sakkunniga representanter från professionerna läkare (5), barnmorskor (7) och psykologer (3). De sakkunniga experternas arbete var en integrerad del av hela framtagningsprocessen: litteratursökning, utvärdering av litteratur, framtagningen av underlag till konsensuspanelen, författande text till kunskapsstödet kapitel och utformande av förslag till rekommendationer. För samtliga experter gjorde Socialstyrelsen en sedvanlig jävsgranskning i förhållande till uppdraget (se *Projektorganisation* i huvuddokumentet *Graviditet, förlossnings och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd* för att ta del av vilka experter som medverkat i denna grupp).
- I konsensusarbetet har det ingått två konsensuspaneler bestående av kliniskt verksamma personer som har deltagit i webbaserade enkäter för att utifrån erfarenhetsbaserad kunskap ta ställning till effekter av de åtgärder där det inte finns tillräckligt vetenskapligt underlag. Den ena konsensuspanelen besvarade en webbenkät med frågor som berör områdena psykisk ohälsa och psykiskt sjukdomstillstånd, samt förlossningsrädsla (benämns i fortsättningen som konsensuspanel 2), och den andra besvarade en webbenkät med frågor som avser de övriga områdena i kunskapsstödet (benämns i fortsättningen som konsensuspanel 1).
 - Konsensuspanel 1 har bestått av 117 yrkesverksamma individer, 105 av dem nominerades av NPO kvinnosjukdomar och förlossning och 12 av nätverket samordningsbarnmorskor. Av 117 personer i panelen var det 22 som aldrig startade enkäten och 2 kunde inte nås. De återstående 94 utgör 81 % av dem som hade möjlighet att svara.
 - Konsensuspanel 2 har bestått av 63 yrkesverksamma mödrahälsoöverläkare, samordningsbarnmorskor och mödrahälsovårdpsykologer. Nominerande instanser var Nationell förening för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, nätverket samordningsbarnmorskor i Sverige samt Mödrahälsovårdsöverläkargruppen inom SFOG (23 mödrahälsovårdsöverläkare, 20 samordningsbarnmorskor och 20 psykologer). Av 63 personer i panelen var det 7 som aldrig startade enkäten. De återstående 56 utgör 89 % av dem som hade möjlighet att svara.
- En rekommendationsgrupp, bestående av 18 experter, har tagit ställning och utvärderat förslag till rekommendationer utifrån de vetenskapliga underlagen och konsensusunderlagen. Av dessa var det 12 personer som var nominerade av NPO kvinnosjukdomar och förlossning (6 läkare och 6 barnmorskor) och 6 personer av Nationell förening för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (6 psykologer). Varje sjukvårdsregion var representerad av 3 personer, en läkare, en barnmorska och en psykolog (se *Projektorganisation* i huvuddokumentet *Graviditet, förlossnings och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd* för att ta del av vilka experter som medverkat i denna grupp).

Hur Socialstyrelsen avgränsar ett rekommendationsarbete

I inledningsfasen av arbetet med att ta fram nationella kunskapsstöd identifieras de hälsotillstånd och de åtgärder som är aktuella att ta fram rekommendationer för. Med tillstånd menar vi ett hälsotillstånd som en person kan ha i form av en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana. Ett tillstånd kan också vara risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar. Ett tillstånd kan även vara avsaknaden av en riskfaktor eller sjukdom.

Till varje tillstånd kopplar vi en åtgärd som är möjlig att utföra. Med åtgärder menar vi allt från en behandling eller insats, till förebyggande, diagnostiska, prognostiska eller uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder är läkemedelsbehandling av olika slag, patientutbildning, fysisk träning, omvårdnad, teamrehabilitering. Dessa tillstånd och åtgärder grupperas i så kallade tillstånds- och åtgärdspar och samlas i en lista.

Eftersom kunskapsstöd fokuserar på de frågor inom ett område där det finns störst behov av vägledning kan det finnas många tänkbara tillstånds- och åtgärdspar som inte ingår i kunskapsstödet. Socialstyrelsen tar inte ställning till åtgärder som inte ingår i kunskapsstöd.

Hur vi avgränsat kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter

Patientgruppen i förlossningsvården är stor och representerar ett tvärsnitt av befolkningen vilket gör att det finns ett stort antal viktiga områden som kvalificerar sig att ingå i kunskapsstödet. Valet av vilka områden som kom att ingå har baserats dels på de slutsatser som framkommit i tidigare kartläggningar av Socialstyrelsen, dels på vad som har framkommit i förstudien till detta kunskapsstöd och dels i dialog med referensgruppen. Det betyder inte att andra områden är mindre viktiga och utesluter inte att dessa kan komma att ingå i de kompletteringar och uppdateringar som Socialstyrelsen regelbundet gör på sina kunskapsstöd.

I kunskapsstödet ingår inte rekommendationer om medicinska interventioner och specifika medicinska behandlingsåtgärder. Avgränsningen till att inte inkludera medicinska områden har bland annat gjorts efter dialog med NPO kvinnosjukdomar och förlossning.

Kunskapsstödet i flera avseenden beskriver den kontext i vilken vården kan behöva ges för att göra en god vård ännu bättre. Sådana beskrivningar finns växelvis i inledningen av ett kapitel, i anslutning till en rekommendation och/eller i rekommendationstexten, beroende på kontext och syfte. När dessa finns inom ramen för en rekommendationstext har avsikten varit att lyfta fram betydelsen av en viss förutsättning för att andra rekommendationer i ett kapitel ska kunna följas, till exempel vad gäller rekommendationen av utbildning/fortbildning av personal i frågor om identifiering av psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd.

Frågeställningarna i de enskilda kapitlen har i första hand preciserats iterativt i samråd med referensgruppen och ansvariga experter i arbetsgruppen. För vissa områden har en dialog förts med Statens beredning för medicinsk

och social utvärdering (SBU). Det gäller frågeställningar i området bristningar, diagnostik och behandling av psykisk ohälsa och psykiskt sjukdomstillstånd, förlossningsrädsla samt traumatiska förlossningsupplevelser. SBU har också tagit fram för Socialstyrelsens räkning kunskapsunderlag avseende identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet samt kunskapsunderlag för identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser.

Socialstyrelsens arbetsgrupp med dess sakkunniga i spetsen har valt ut och preciserat frågeställningarna i ett område. Utgångspunkten har varit frågeställningar där gruppen anser att man både kan påverka och förebygga psykisk och fysisk ohälsa och där man bedömt att vården behöver vägledning. För några frågeställningar i ett område kan man många gånger härleda ursprunget till Socialstyrelsens kartläggningar, kunskapsstödet förstudie där djupa intervjuer gjordes med representanter för professionen och intresseorganisationer, eller i vad som framkommit i dialoger med andra intressenter.

Ett antal rekommendationer i kunskapsstödet kom att handla om viktiga åtgärder som redan erbjuds av mödrahälsovården i mindre eller större utsträckning i landet. Syftet med dessa rekommendationer är att bidra till att vården blir jämlik över hela landet, och till att stärka praxis på de ställen där åtgärderna redan ges.

Följande teman återkommer i varierande grad i rekommendationerna i de olika områdena och kapitlen:

- Identifiering av vårdbehov och hälsoproblem och eventuell remittering
- Remittering
- Stöd och behandling anpassad efter behov till exempel i form av reflekterande eller rådgivande samtal mellan kvinnan och vårdpersonalen.
- Uppföljning
- Åtgärder som bidrar till ökad trygghet hos föräldrarna
- Konsultation
- Multidisciplinär samverkan mellan olika professioner som ansvarar för vården av den gravida och den nyförlösta
- Specialistteam
- Kontinuitet i vården
- Utbildning och fortbildning av personal

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag för rekommendationer i kunskapsstöd

Ibland är det Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som tar fram vetenskapliga underlag till kunskapsstödet och i andra fall anlitar Socialstyrelsen externa sakkunniga experter inom området för att granska vetenskapliga studier för tillstånds- och åtgärdsparen.

Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning utifrån en identifierad frågeställning för varje tillstånds- och åtgärdspar samt identifierad population, intervention, kontrollgrupp och utfall (PICO). I första hand söks välgjorda systematiska översikter och i andra hand enskilda studier av god kvalitet. I vissa fall kan litteratursökningen även omfatta relevanta internationella riktlinjer.

De effekter av en åtgärd som vi avser att utvärdera ska i första hand vara sådana som anses vara till särskilt stor nytta för patienten. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Beroende på det område som kunskapsstödet gäller kan det dock finnas olika typer av effektmått som är viktiga att utvärdera.

Om litteratursökningen och efterföljande kontroll identifierar relevanta kunskapsöversikter och/eller enskilda studier eller riktlinjer som bedöms vara relevanta inleds en fas då dessa kvalitet granskas med hjälp av särskilda mallar. På basis av denna granskning gör experterna en bedömning av evidensens styrka vad gäller åtgärdens effekt på tillståndet, och det vetenskapliga stödet dokumenteras i ett kunskapsunderlag tillhörande tillstånd- och åtgärds-paret. Vi formulerar slutsatser om åtgärdens effekt på tillståndet samt anger med vilken evidensstyrka vi drar denna slutsats. I det här skedet summerar vi alltså det rådande kunskapsläget, men ger inte några rekommendationer.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans "The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation"), som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyrgradig skala – hög, medelhög, låg och mycket låg tillförlitlighet.

Hur vi tagit fram kunskapsunderlag i kunskapsstödet

Kunskapsunderlagen för de frågeställningar där Socialstyrelsen ger en rekommendation presenteras i de följande kapitlen.

Två typer av kunskapsunderlag förekommer i de följande kapitlen. Den ena typen utgör leveranser från SBU och den andra har Socialstyrelsen tagit fram.

Kunskapsunderlag framtagna av Socialstyrelsen

Projektgruppens experter definierade PICO inför litteratursökningen. Socialstyrelsens informationsspecialister, tillsammans med de vetenskapliga experterna, gjorde därefter en systematisk litteratursökning i flera databaser.

Experterna gjorde sedan en relevansbedömning av litteraturen. I de fall där relevant litteratur identifierades gjordes även en kvalitetsbedömning av litteraturen och resultatet sammanställdes i de vetenskapliga underlagen för frågeställningarna. Socialstyrelsen fungerade som metod- och processledare i arbetet och gjorde redaktionella justeringar i syfte att harmonisera kunskapsunderlagen. Socialstyrelsen sammanställde relevant litteratur och kvalitetsgranskade studierna i samarbete med de externa experterna.

I de fall där relevant litteratur inte gick att hitta, baserades istället dokumentationen på en narrativ redogörelse av tillståndet och åtgärden samt resultatet från konsensusförfarandet för den aktuella frågan.

Litteratursökningarna finns beskrivna i respektive kunskapsunderlag i de följande kapitlen.

Experterna i projektgruppen avgjorde i en iterativ process tillsammans med utredare från Socialstyrelsen vilka effektmått som ansågs viktiga.

Kunskapsunderlag framtagna av SBU.

En dialog initierades tidigt med SBU kring ett antal områden: diagnostik och behandling av psykisk ohälsa under graviditet och efter förlossning,

förlossningsrädsla, traumatiska förlossningsupplevelser samt förlossningsbristningar. För Socialstyrelsens räkning har SBU också tagit fram kunskapsunderlag kring diagnostik av depression och ångest och diagnostik kring traumatiska förlossningsupplevelser. Dessa återges i sin helhet i de kommande kapitlen. För de återstående frågorna återges när det är relevant huvudresultaten samt de bedömningar och slutsatser som SBU dragits i en viss fråga.

När det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Det finns ibland åtgärder där vetenskapliga underlag inte går att finna eller där evidensstyrkan bedöms vara av mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att uttala sig om åtgärdernas effekter. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning om en åtgärd kan Socialstyrelsen därmed överväga om det är möjligt att inhämta erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden. Erfarenhetsbaserad kunskap kan sedan ligga till grund för att ge förslag till rekommendationer som rekommendationsgruppen kan ta ställning till och utvärdera på liknande sätt som när ett sådant förslag baseras på vetenskap.

Den erfarenhetsbaserade kunskapen samlas in systematiskt genom att en grupp yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde, en så kallad konsensuspanel, får ta ställning till ett eller flera påståenden om en åtgärds effekt (så kallade konsensuspåståenden). Ställningstagandet innebär att medlemmar i panelen på egen hand och utan insyn från de andra panelmedlemmarna instämmer eller inte instämmer i ett påstående, alternativt avstår att svara om personen inte anser sig ha erfarenhet av åtgärden. Det finns även möjlighet att lämna kommentarer till påståendena. Om paneldeltagarnas kommentarer indikerar att de inte har förstått ett påstående eller en frågeställning, kan påståendet omformuleras och samstämmighet sökas på nytt.

Genomförandet består i att konsensuspåståendena skickas till konsensuspanelen med hjälp av ett webbaserat enkätverktyg. Personerna i konsensuspanelen besvarar enkäten individuellt. Socialstyrelsen sammanställer sedan resultaten och konsensus gällande ett visst påstående anses vara uppnått när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dessa är samstämmiga i sina svar. Om konsensus inte uppnås kan påståendet omformuleras maximalt två gånger. Om inte konsensus uppnås stryks frågeställningen.

Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i kunskapsstödet

För majoriteten av de rekommendationer som ges i kunskapsstödet har vi sökt erfarenhetsbaserad kunskap, eftersom den bedömningen som expertgruppen gjorde efter litteratursökningen var att det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för att uttala sig om åtgärdernas effekt på tillstånden; det gick inte att finna vetenskapliga underlag att utvärdera eller att de underlag som fanns var inte av tillräckligt god kvalitet. Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet för totalt 37 frågeställningar varav 2 inte nådde till konsensus.

Konsensuspåståendena delades upp i två kategorier; en som avhandlade effekter av åtgärder inom området psykisk ohälsa och förlossningsrädsla och en som avhandlade effekter av åtgärder i de resterande områdena. Därefter

formades två konsensuspaneler, en för varje kategori (se sammansättningen i varje konsensuspanel i avsnittet *Arbetsgrupper* tidigare i kapitlet).

Till varje konsensuspåstående om en åtgärds effekt har konsensusmedlemmarna haft möjlighet att ta del av en utförligare beskrivning av tillståndet och åtgärden i en separat bilaga.

Medlemmarna i varje konsensuspanel fick sedan en webbenkät där de för varje påstående kunde ta ställning till effekten av den åtgärd som påståendet avser. Detta gjorde varje medlem i en konsensuspanel utifrån sina egna erfarenheter av kliniskt arbete och möten med de aktuella patienterna när dessa erfarenheter fanns. I de avsnitt i kunskapsstödet som benämns *Motivering till rekommendationen* återfinns de effektmått för den åtgärd som rekommendationen handlar om och som konsensuspanelen tog ställning till i enkäten.

För varje påstående som nådde konsensus sammanställde vi sedan resultatet och de enskilda kommentarerna och sammanställningen bifogades som underlag till förslaget på rekommendation som rekommendationsgruppen skulle ta ställning till.

I avsnittet *Arbetsgrupper* tidigare i detta kapitel finns sammansättningen av konsensuspanelerna beskriven och hur många som har svarat på enkäterna.

Hur vi tar fram rekommendationer

Efter att Socialstyrelsen tagit fram relevanta kunskapsunderlag formulerar projektgruppen förslag till rekommendationer. Rekommendationer kan skrivas på olika sätt:

- *bör* (stark positiv rekommendation)
- *kan* (svag positiv rekommendation)
- *kan i undantagsfall* (svagt negativ rekommendation)
- *bör inte* (stark negativ rekommendation)
- *FoU* (bör inte erbjudas rutinmässigt, endast inom ramen för studier eller med samtidig utvärdering).

I det efterföljande arbetet tar en rekommendationsgrupp vid. I gruppen finns representation från olika yrkesgrupper inom kunskapsstödsområdet. I gruppen finns även representation från olika delar av landet. Uppdraget för denna grupp är att, utifrån aktuella kunskapsunderlag och sin egen kunskap och erfarenhet, ta ställning till föreslagna rekommendationer utifrån en värdering och sammanvägning av följande aspekter:

- behovet av vårdåtgärden utifrån svårighetsgrad
- önskade och oönskade effekter av åtgärden, samt balansen mellan dem
- värderingar och preferenser i den aktuella patientgruppen
- åtgärdens påverkan på jämlikhet i hälsa
- åtgärdens påverkan på patienters möjlighet till självbestämmande och delaktighet.

Till stöd för sitt arbete kan rekommendationsgruppen ha tillgång till kunskapsunderlag som belyser de olika aspekterna. Exempelvis kan ett kunskapsunderlag om önskade och oönskade effekter bestå av vetenskapliga studier eller dokumentation av beprövad erfarenhet. Värderingar och preferenser

bland aktuella patienter kan exempelvis belysas av intervjustudier. Om kunskapsunderlag saknas för att belysa en viss aspekt, får rekommendationsgruppen göra sin egen bedömning.

Deltagarna i rekommendationsgruppen får först ta ställning till de föreslagna rekommendationerna på egen hand genom en webbenkät. Till webbenkäten bifogas relevanta kunskapsunderlag. Därefter träffas gruppen vid ett eller flera möten och besvarar enkäten gemensamt för att enas om rekommendationerna. Rekommendationsgruppen kan utifrån sin diskussion till exempel ändra på rekommendationsnivån eller justera formuleringar. Rekommendationsgruppens bedömningar och värdering av de olika aspekterna utgör underlag för motiveringarna till respektive rekommendation.

Hur vi tagit fram rekommendationer i kunskapsstödet

Rekryteringen och sammansättningen av rekommendationsgruppen framgår av avsnittet *Arbetsgrupper* tidigare i detta kapitel. I gruppen fanns en bred expertis, kompetens och praktisk erfarenhet av kliniskt arbete inom mödrhälso- och förlossningsvård (se Projektorganisation i kunskapsstödet för medverkande och deras respektive expertis). För samtliga deltagare gjorde Socialstyrelsen en sedvanlig jävsgranskning i förhållande till uppdraget.

Rekommendationsarbetet med rekommendationsgruppen fortskred enligt avsnittet *Hur vi tar fram rekommendationer*. Medlemmarna fick en webbenkät där de för varje förslag till rekommendation kunde ta del av relevant underlag inklusive vad som framkommit i konsensusförfarandet, göra sin egen bedömning avseende de ovan nämnda aspekterna, göra en samlad bedömning av förslaget samt lämna kommentarer. För varje förslag blev en sammanställning av dessa inlämnade svar en utgångspunkt för diskussion i gemensamma möten. Sammanlagt träffades medlemmarna vid tre digitala möten där majoriteten av förslagen diskuterades. För dem förslag som baseras på beprövad erfarenhet kom en stor del av diskussionerna att handla om förslagen ligger i linje med god praxis och om hur förslagen kan modifieras för att göra det.

I en kompletterande enkät vidimerade gruppen tre förslag som inte avhandlades vid mötena.

Rekommendationsarbetet resulterade i att ett endast ett förslag till rekommendation avvisades. Alla andra beslut om att acceptera eller modifiera rekommendationer har tagits enhälligt efter diskussioner.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

I Socialstyrelsens arbete med nationella kunskapsstöd ingår att utveckla indikatorer för uppföljning av regionernas och kommunernas följsamhet till rekommendationerna i kunskapsstöden. Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en strukturerad modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga på området, med relevanta kunskapsunderlag som grund. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig grund, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor. I syfte att belysa jämlikhetsaspekter i

vården kan data som inhämtas redovisas utifrån kön, ålder, men även utifrån socioekonomi och födelseland om så är relevant. Indikatorerna möjliggör uppföljning av i vilken grad rekommendationerna tillämpas i vården och om-sorgen. Indikatorerna kan användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens processer och resultat.

Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra uppföljning av vårdens utveckling av processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet.

Hur vi tagit fram indikatorer i kunskapsstödet

Socialstyrelsen har inte tagit fram indikatorer att ingå i föreliggande kunskapsstöd. Indikatorer och konsekvensanalyser för ett urval av rekommendationer som bedöms vara centrala kommer dock att tas fram i samband med stödet för prioriteringar som läggs fram i december 2023.

Hur vi för en diskussion om kunskapsstödet efter att en remissversion publiceras

Socialstyrelsen ger först ut en remissversion av kunskapsstödet. Under remisstiden finns möjlighet för olika intressenter, såsom regioner, yrkesföreningar, intresseorganisationer och verksamheter att lämna skriftliga synpunkter på remissversionen.

Socialstyrelsen tas ställning till eventuella skriftligt inkomna synpunkter inför publiceringen av en slutlig version.

Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditet och efter förlossningen

I nedanstående avsnitt *Identifiering av depression och ångest under graviditet* presenteras det underlag som SBU har tagit fram för Socialstyrelsens räkning i frågor som berör identifiering och diagnostik av psykisk sjukdom och psykiskt sjukdomstillstånd under graviditet. SBU har genomfört arbetet inom ramen för ett regeringsuppdrag om psykisk ohälsa (dnr SBU 2020/104). SBU:s rapport [41] innehåller en introduktion som beskriver bakgrunden till de frågor som granskats samt det underlag som överlämnats till Socialstyrelsen.

SBU har undersökt om det finns randomiserade kontrollerade studier som utvärderat effekter av olika metoder för att identifiera kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditeten. Strukturerad identifiering av depressions- och ångestsyndrom kan innefatta både användning av olika diagnostiska instrument och/eller andra tillvägagångssätt för strukturerad bedömning, såsom anamnes och psykosocial bedömning. Psykosocial bedömning innebär, i det här sammanhanget, att identifiera faktorer i kvinnans aktuella situation eller tidigare i livet, som kan medföra ökad risk att inte kunna hantera sin graviditet eller det nyfödda barnet eller för att utveckla psykisk ohälsa/sjukdomstillstånd. En sådan bedömning gör det möjligt för hälsovårdspersonal att bedöma risk på ett strukturerat och bredare sätt och att identifiera olika verksamheter (inte alltid inom hälso- och sjukvården) som kan aktiveras till stöd för kvinnan och hennes familj under graviditeten och efter barnets födelse (ur SBU, 2021).

Strukturerad identifiering av trolig depression och ångeststillstånd

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda strukturerat anamnestagande under tidig graviditet för att identifiera gravida som tidigare har haft eller har en pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda ett strukturerat identifieringsförfarande under tidig graviditet för att upptäcka gravida med trolig depression eller ångest – om det finns förutsättningar för ett sådant förfarande.

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda psykosocial bedömning till alla gravida under tidig graviditet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Depression och ångest är vanliga tillstånd under graviditet, och kan ha negativa konsekvenser för kvinnan, barnet och familjen. Depressions- och ångestdiagnoser ställs utifrån definierade kriterier enligt två olika diagnos-system, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) och International Classification of Diseases (ICD), där DSM är det system som är vanligast inom psykiatrisk forskning. För att ställa diagnosen egentlig depression enligt DSM-5 krävs att minst ett av symtomen: (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje föreligger. Därutöver krävs ytterligare fyra symtom som varat så gott som dagligen under minst två veckor. I klinisk praktik kan det vara relevant att uppmärksamma även olika subkliniska depressionstillstånd. I en tidigare version av DSM (IV-TR) infördes begreppet lätt depression i ett appendix, men togs sedan bort i DSM-5 (år 2013). Lätt depression innebar minst ett av symtomen (1) eller (2) ovan, och ytterligare ett till tre symtom. Ett flertal studier har inkluderat *lätt eller egentlig depression* i sina analyser men vi har med stöd i aktuella diagnoskriterier (DSM-5) valt att enbart inkludera egentlig depression.

Ångestsyndrom är en grupp psykiska störningar som har rädsla och ångest med en viss varaktighet och intensitet som huvudsymtom. Där ingår bland annat generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, social ångest och specifika fobier. Tvångssyndrom och PTSD kategoriseras i DSM-5 inte längre under gruppen ångestsyndrom men dessa tillstånd är relevanta att uppmärksamma under perinatalperioden. De åtgärder som vi utvärderat är olika strategier för strukturerad identifiering som innehåller en strukturerad bedömning eller identifiering med instrument. Även den diagnostiska tillförlitligheten av några möjliga instrument i en sådan strategi utvärderades. Dessa instrument beskrivs kortfattat nedan.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är det mest använda screeninginstrumentet för identifiering av depression under perinatalperioden. Det är ett självskattningsformulär med tio påståenden och fyra svarsalternativ (0–3 poäng) för skattning av hur man mått under den senaste veckan. Instrumentet utvecklades för att identifiera postpartumdepression hos nyförlösta kvinnor och har validerats i de flesta delar av världen och

översatts till ett sextiototal språk [1]. När EPDS används under graviditeten fångar den upp en rad andra psykiska sjukdomstillstånd än depression, i första hand ångeststillstånd, men också bipolär sjukdom, ätstörningar och tvångssyndrom [2], något som understryker betydelsen av differentialdiagnostisk bedömning. *EPDS 3A* är en subskala, som innehåller tre påståenden om oro och ångest [3].

Patient Health Questionnaire (PHQ-9), [4] är ett självskattningsformulär som är utformat utifrån depressionsfrågorna i den diagnostiska intervjun PRIME-MD och följer kriterierna för egentlig depression i DSM. Frågorna i PHQ-9 handlar om hur ofta man besvärats av nio olika symtom under de senaste två veckorna och svaren anges med fyra svarsalternativ (från *inte alls* till *nästan varje dag*).

Detta följs av en skattning av hur symtomen påverkar den dagliga funktionen. PHQ finns även i en kort version (PHQ-2) med två frågor baserade på de två huvudkriterierna för egentlig depression, och med samma svarsalternativ som PHQ-9 [5].

Whooley questions [6] är baserat på samma frågor som i PHQ-2, men frågorna ställs utifrån hur det har varit den senaste månaden och med svarsalternativen ja/nej. Ja på en av de två frågorna indikerar positivt utfall.

Matthey Generic Mood Questionnaire (MGMQ) [7] är en självskattningsskala som har en fråga om stress, oro, eller nedstämdhet under den senaste veckan (ja/nej), och två uppföljningsfrågor om man svarat "ja" på den första frågan. Den ena uppföljningsfrågan handlar om i vilken grad detta har besvärat personen ifråga (s.k. "bother impact question") och den andra om personen vill ha kontakt med någon av hälsovårdens personal.

Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-7) [8] är en självskattningsskala som används för screening av ångestsymtom. I skalan efterfrågas hur ofta individen har upplevt sju olika ångestsymtom under de senaste två veckorna, och svar ges utifrån fyra svarsalternativ (från *inte alls* till *nästan varje dag*).

Skalan finns också i en kortare version, GAD-2 [9], där de två frågorna handlar om ifall individen känt sig nervös, ängslig eller spänd eller inte har kunnat få stopp på eller kontrollera sin oro. Svaren ges på en skala mellan 0 och 6 poäng, där 3 poäng eller mer indikerar ångestsymtom. GAD-2 har också använts kliniskt med ja/nej svar, där ja till endera av frågorna anger ett positivt screeningfynd.

Förutom att använda ett screeninginstrument rekommenderar flera länder i sina riktlinjer för perinatal psykisk hälsa att barnmorskan gör en *bred psykosocial bedömning*, något som också föreslås i Sverige [10] eller att ett särskilt utformat frågeformulär, till exempel the Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) [11] används. Att med ANRQ, på ett strukturerat sätt fråga gravida kvinnor om tidigare och nuvarande psykiska hälsa har visat sig leda till att fler kvinnor remitteras vidare för stöd och behandling [12].

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillstånden har en lindrig till svår svårighetsgrad medan framförallt lindrig och måttlig depression identifieras med universell screening.

Vilken effekt har åtgärden?

Det saknas randomiserade kontrollerade studier över hälsorelaterade utfall för kvinnan, partnern och barnet av olika strategier för identifiering av depression/ångest under graviditet. (För frågeställningar och avgränsningar se s. 36–37).

Kommentar (effekt)

I avsaknad av studier är det inte möjligt att, utifrån denna utvärdering, uttala sig om för- eller nackdelar med någon särskild strategi för identifiering framför någon annan. Att genom screening identifiera ångest och depression hos vårdsökande personer *utan* kända riskfaktorer för psykisk sjukdom bör enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer [13] inte göras. Att identifiera gravida kvinnor *med* olika riskfaktorer för psykisk sjukdom, för bedömning och fortsatt uppföljning, är däremot i linje med de nationella riktlinjerna, vilket rekommenderas av Svensk förening för obstetrik och gynekologi [10].

Det finns ett fåtal studier som undersöker effekter av screening för depression och/eller ångesttillstånd post partum. Dessa visar att program som kombinerar identifiering och behandling har starkast evidens. Tre klusterrandomiserade studier har visat förbättring av den psykiska hälsan för kvinnor, där screening och intervention varit integrerade i hälsovården och getts av hälsovårdspersonal som fått utbildning i metoderna [14]. Att överföra resultat till mödrahälsovården från andra verksamheter som barnhälsovården är emellertid vanskelig att göra, då verksamheterna har olika inriktning och kontakt med kvinnan.

Vilken diagnostisk tillförlitlighet har metoden?

Frågeställningen avsåg ett flertal test för identifiering av möjlig ångest och depression (för frågeställningar och avgränsningar se s. 36–37). Resultaten för ett antal av dessa test bedömdes som mycket osäkra då underlaget utgjordes av enstaka studier med risk för bias och problem med tillämpbarhet (Whooley, PHQ-9, PHQ-2, MGMQ och GAD-2, samt EPDS för ångest). För ett par test identifierades inga studier (EPDS 3A och GAD-7). De resultat som bedömdes ha åtminstone låg tillförlitlighet enligt GRADE sammanfattas i tabell 1. Det gäller EPDS för att identifiera trolig egentlig depression (major depression). Samtliga resultat med fullständiga bedömningar enligt GRADE presenteras i tabell 2–4 nedan.

Tabell 1. EPDS för Egentlig depression. De prediktiva värdena (PPV och NPV) är beräknade utifrån en exempelprevalens på fem procent [15]¹

Cutoff	Sens (95 % KI) Spec (95 % KI)	NPV (95 % KI) PPV (95 % KI)	Underlagets tillförlitlighet (GRADE) ²
≥10	84 % (75–90 %) 87 % (79–92 %)	99,0 % (98,4–99,4 %) 25,4 % (15,8–37,2 %)	Måttlig Låg
≥11	75 % (70–80 %) 90 % (82–95 %)	98,6 % (98,1–98,9 %) 28,3 % (17,8–45,7 %)	Måttlig Låg
≥12	78 % (62–88 %) 91 % (82–95 %)	98,4 % (97,6–99,0 %) 31,8 % (18,4–51,6 %)	Låg Låg
≥13	61 % (45–71 %) 95 % (88–98 %)	97,9 % (96,8–98,7 %) 39,1 % (16,5–66,4 %)	Låg Låg
≥14	52 % (27–76 %) 97 % (94–99 %)	97,5 % (96,1–98,7 %) 47,7 % (19,1–80,0 %)	Låg Måttlig

1 Prevalensen för egentlig depression har uppskattats till 5 % i västerländska länder både under graviditet och postpartum [15].

2 Observera att bedömningen av underlagets tillförlitlighet inte ska tolkas som ett mått på metodens diagnostiska tillförlitlighet eller användbarhet utan enbart som ett mått på hur mycket man kan lita på underlaget.

Kommentar (diagnostik)

Bristen på studier avseende instrument för identifiering av ångestsyndrom under graviditet, och även studier gällande andra instrument än EPDS för identifiering av depression, gör att vi endast kan uttala oss om EPDS vid identifiering av depressionssyndrom under graviditet. Det fanns dock för få studier för att uttala oss om EPDS för depression under graviditetens olika trimestrar. Vi kan heller inte göra jämförelser mellan olika instrument för identifiering av depressions- och/eller ångestsyndrom.

Vid screening med EPDS under graviditet, har sammanvägning av studierna inte visat på något optimalt tröskelvärde med tillfredsställande sensitivitet utan att majoriteten av de som identifieras är falskt positiva.

Vid universell screening inom hälsovården för depression/ångest hos gravida kvinnor anses hög sensitivitet ofta vara viktigare än hög specificitet. Anledningen är att man vill missa så få som möjligt som har en trolig depression/ångesttillstånd eller är på väg in i ett sjukdomstillstånd. Detta förutsätter att positiva utfall kan följas upp med samtal och/eller genom att bjuda EPDS igen för bedömning av om utfallet var sant eller falskt, och utifrån det avgöra hur man bör gå vidare. Lägre tröskelvärden för att uppnå en hög sensitivitet medför dock en ökad belastningen för sjukvården (fler falskt positiva identifieras) och risk för att kvinnan upplever stigma. Högre tröskelvärden blir mindre belastande för sjukvården, men med risk för att alla med depression inte identifieras (individer identifieras som falskt negativa). Hälso- och sjukvården och individen kan då invaggas i en falsk trygghet att depression inte föreligger, vilket kan fördröja förnyad undersökning och behandling. Om man vill undvika falskt negativa utfall och identifiera alla eller nästan alla med en trolig depression är ett lägre tröskelvärde att föredra.

För EPDS är det troligt att sensitiviteten, vid ett tröskelvärde på ≥11, är cirka 70 till 80 procent, och vid ≥12 cirka 60 till 90 procent. De positivt prediktiva värdena (PPV) för dessa tröskelvärden bedöms ligga mellan cirka 18

procent och 50 procent, baserat på en femprocentig prevalens. Detta innebär att av fem kvinnor med egentlig depression, upptäcks tre-fyra kvinnor med skalan. Samtidigt blir andelen falskt positiva hög; mellan hälften och så många som fyra av fem kvinnor som identifieras som deprimerade är inte deprimerade. Tröskelvärde ≥ 10 resulterade i något högre sensitivitet, cirka 75 till 90 procent, med PPV mellan cirka 15 procent och 37 procent, vilket alltså innebär att även om förhållandevis fler kvinnor med depression upptäcks, skulle endast en av fyra identifierade kvinnor ha en egentlig depression. Vid screening i populationer med högre prevalens än fem procent ökar det positivt prediktiva värdet, dvs. fler som identifieras av EPDS som deprimerade är korrekt identifierade. Vid lägre prevalens ökar andelen falskt positiva.

Förutsättningarna för universell screening av depression/ångest under graviditeten är, förutom ett instrument med tillräckligt god träffsäkerhet, att barnmorskan får adekvat utbildning, möjlighet till regelbunden konsultation av psykolog och att tillräckligt med tid avsätts för samtal med kvinnan vid screeningtillfället. Om ett screeninginstrument används, bör det ingå som en del av en bredare bedömning, inkluderande ställningstagande till vidare åtgärd, till exempel remiss till läkare eller psykolog för diagnostisk bedömning och eventuell behandling. Det finns en risk för att användandet av screeninginstrument för depression styr uppmärksamheten alltför mycket mot depression. Då ångestsyndrom under graviditeten är vanligare [2] och ofta föregår en depression, samt har stor samsjuklighet med depression, kan ett tillvägagångssätt, som också uppmärksammar ångest och andra psykiska sjukdomstillstånd vara att föredra.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade konsekvenser?

Bristen på RCT-studier medför att det är oklart vilka effekter och möjliga risker som strukturerad identifiering av depression och ångest under graviditeten skulle innebära, med eller utan screeninginstrument. Internationella riktlinjer skiljer sig åt i sina rekommendationer, något som understryker behovet av forskning om effekter och konsekvenser av screeningprogram, som inkluderar intervention, ekonomisk analys och bedömning av eventuell skada för kvinnan. På samhällsnivå kan åtgärder som överdiagnostiserar (som har lågt PPV) och därmed eventuellt överbehandlar ett tillstånd leda till undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården, dvs. minskade resurser till patientgrupper med större behov och till andra mer effektiva insatser. Betydelsen av utbildning för personal som genomför screening blir särskilt viktig i dessa fall, för att redan vid screeningtillfället kunna göra en första bedömning av troliga falskt positiva och falskt negativa utfall.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier på effekter och risker med olika identifieringsstrategier identifierades.

Vad gäller diagnosisk tillförlitlighet av de inkluderade testen tog vi avstamp i en systematisk översikt gjord av NICE [16]. Denna översikt hade bredare urvalskriterier och inkluderade studier från hela världen, så vi

plockade ut de individuella studier som stämde enligt våra urvalskriterier och sökningen gjordes på studier publicerade därefter [17-23].

I granskningen ingick totalt 15 diagnostiska studier med data från 13 olika projekt. I elva publikationer undersöktes den diagnostiska tillförlitligheten av EPDS [2, 17-20, 23-28], och i en studie vardera GAD-2 [29], MGMQ [30], PHQ-9 [21] och PHQ-2 [22]. En studie [25] utvärderade också de så kallade Whooley questions. Studierna inkluderade gravida kvinnor som gick på rutinemässiga graviditetskontroller i primärvården eller på mottagningar knutna till ett sjukhus. I två studier ingick gravida kvinnor som deltog i särskilda program, till exempel Healthy Start Program i USA med många låginkomsttagare och yngre kvinnor [21, 27] och i en studie tillhörde deltagarna en obstetrisk högriskgrupp [24]. En av studierna byggde på ett bekvämlighetsurval [22]. Populationerna utgjordes av kvinnor som var minst 18 år (i någon studie 16 år) och omfattade olika trimestrar (tremånadersperioder) av graviditeten. I tre publikationer presenterades mätningar från alla tre trimestrar [17, 18, 28], i två publikationer någon gång under (hela) graviditeten [20, 27] och i övriga publikationer under specifika trimestrar eller perioder under graviditeten [19, 22-26, 29, 30]. De flesta studierna utfördes i Europa: Storbritannien [19, 25, 29], Island [2, 26], Malta [20], Litauen [18], Nederländerna [17], Frankrike [24] och Ungern [23]. Fyra studier genomfördes i USA [21, 22, 27, 28] och en i Australien [30].

Referenstester som användes var olika versioner av Structured Clinical Interview for DSM diagnoses, SCID [18, 21, 23, 25, 27, 29], Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI [2, 24, 26, 30], the Clinical Interview Schedule – Revised, CIS-R [20], Standardized Psychiatric Interview, SPI [19], och the Composite International Diagnostic Interview, CIDI [17, 22, 28].

Två studier bedömdes ha en övergripande låg risk för bias [20, 23]. I fyra studier, publicerade i 6 artiklar, bedömdes risken för bias som måttlig [2, 17, 18, 25, 26, 29] och i sju studier bedömdes den som hög [19, 21, 22, 24, 27, 28, 30] (tabell 5). Ett flertal studier [2, 22, 25, 26, 28, 29] selekterade ett urval baserat på en tidigare screening, vilket bedömdes påverka risken för bias i deltagarurvalet.

Risken för bias i urvalet bedömdes också som högre i studier som inte hade ett konsekutivt eller slumpmässigt urval [19, 24, 27], där procedurerna för inklusion förändrades under studiens gång [30], och där de exklusioner som gjorts bedömdes olämpliga [21]. Endast ett fåtal studier analyserade sensitivitet och specificitet utifrån förutbestämda tröskelvärden [2, 7, 21, 29]. Risken för bias bedömdes inte öka i studier som inte hade förutbestämda tröskelvärden om sensitivitet och specificitet presenterades för flera möjliga brytpunkter [17-20, 22-26] men däremot i studier som endast presenterade det tröskelvärde som identifierats som optimalt [27, 28]. Risken för bias avseende referensstandarden bedömdes högre i studier som använde diagnostiska intervjuer utformade för lekmän [17, 22, 28], samt i studier där det var oklart om tolkningen genomfördes blindat [25, 29] eller där beskrivningen lät förstå att så inte var fallet [27, 28, 30]. Avseende flöde och tid bedömdes risken för bias som högre i studier där tiden mellan indextest och referensstandard översteg två veckor eller tidsintervallet var oklart [2, 21, 25, 26], när

det var oklart om alla deltagare inkluderades i analysen [19, 28], när ordningsföljden mellan indextest och referensstandard varierande [18] eller när det fann andra oklarheter avseende flödet [22].

Problem avseende tillämpbarhet handlade oftast om att deltagarna tillhörde specifika riskgrupper [21, 22, 24, 27], att indextest genomfördes i intervjuform [21, 27, 28] och osäkerhet avseende tillämpbarheten av tillståndet utifrån referenstestets kriterier [19, 20, 28].

Fem systematiska översikter identifierades som hade delvis samma frågeställningar som vi [31-35]. Resultaten i dessa överensstämmer i stort med vår översikt.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas RCT-studier som undersöker effekten av program för identifiering av möjliga depressions- och ångestsyndrom på samtliga utfall både vad gäller effekter och risker. Vad gäller olika instruments tillförlitlighet för att identifiera möjliga depressions- och ångestsyndrom är det enbart EPDS för egentlig depression som undersökts i någon större utsträckning i en för Sverige relevant kontext.

Ytterligare information i publicerade studier skulle öka deras användbarhet eftersom bedömningen av eventuella brister i studierna samt deras tillämpbarhet generellt försvårades av bristfällig rapportering. Detta gäller framförallt information avseende blindning och tid mellan utförandet av index- och referenstest. Genomgående fanns även brister i rapportering av data på de faktiska utfallen (antal falskt positiva, sant positiva, falskt negativa och sant negativa), vilket försvårade möjligheterna till meningsfulla analyser.

Hälsoekonomisk bedömning

Ingen hälsoekonomisk bedömning har gjorts

Summering av effekt och evidensstyrka

Tabell 2. Sammanfattande tabell – Identifiering av gravida kvinnor med ett eller flera depression- eller ångesttillstånd

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Referens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
MGMQ ≥ Begränsad påverkan Depression, ångestsyndrom eller båda (inkluderat OCD och PTSD)	247 (1) [7]	Sensitivitet 0,75 (0,58 till 0,88) Specificitet 0,80 (0,74 till 0,85)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ¹ Överförbarhet -1 ² Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ¹ Överförbarhet -1 ²
MGMQ Måttlig påverkan Depression, ångestsyndrom eller båda (inkluderat OCD och PTSD)	247 (1) [7]	Sensitivitet 0,56 (0,38 till 0,72) Specificitet 0,94 (0,90 till 0,97)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ¹ Överförbarhet -1 ² Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ¹ Överförbarhet -1 ²

EPDS = *Edinburgh Postnatal Depression*; **GAD** = *Generalised Anxiety Disorder*; **KI** = konfidensintervall; **MDD** = *major depressive disorder*; **MGMQ** = *Matthey Generic Mood Questionnaire*; **NPV**= negativt prediktivt värde, **NR**= not relevant **PPV** = positivt prediktivt värde.

1. Mycket stor risk för bias på grund av brister i selektionen av deltagare samt i referensstandarderna.
2. Vi har genomgående gjort bedömningen att det finns en stor osäkerhet i hur representativt estimatet är för en bredare population då vi enbart har en studie

Tabell 3. Sammanfattande tabell – Identifiering av gravida kvinnor med egentlig depression

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Re- ferens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
EPDS ≥10 MDD	1994 (6) [17, 20, 23, 24, 27, 28]	Sensitivitet 0,84 (0,75 till 0,9) Specificitet 0,87 (0,79 till 0,92)	Sant positiva: 42 / 1000 4,2 % (3,8 till 4,5) Sant negativa: 827 / 1000 82,7 % (75,1 till 87,4) Falskt positiva: 124 / 1000 12,4 % (7,6 till 20,0) Falskt negativa: 8 / 1000 0,8 % (0,5 till 1,3)	PPV 25,4% (15,8 till 37,2) NPV 99,0% (98,4 till 99,4)	Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Måttlig) Risk för bias -1 ² Specificitet ⊕⊕⊕⊕ (Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³
EPDS ≥11 MDD	1669 (5) [17, 20, 23-25]	Sensitivitet 0,75 (0,7 till 0,8) Specificitet 0,90 (0,82 till 0,95)	Sant positiva: 38 / 1000 3,8 % (3,5 till 4,0) Sant negativa: 855 / 1000 85,5% (78,9 till 90,3) Falskt positiva: 95 / 1000 9,5% (4,8 till 16,2) Falskt negativa: 13 / 1000 1,3% (1,0 till 1,5)	PPV 28,3 % (17,8 till 45,7) NPV 98,6 % (98,1 till 98,9)	Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Måttlig) Risk för bias -1 ² Specificitet ⊕⊕⊕⊕ (Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³
EPDS ≥12 MDD	2575 (8) [2, 17-20, 23-25]	Sensitivitet 0,78 (0,62 till 0,88) Specificitet	Sant positiva: 39 / 1000 3,9 % (3,1 till 4,4)	PPV 31,3 % (15,3 till 48,1) NPV 98,7 % (97,6 till 99,3)	Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Re- ferens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
		0,91 (0,82 till 0,95)	Sant negativa: 865 / 1000 86,5% (77,9 till 90,3) Falskt positiva: 86 / 1000 8,6% (4,8 till 17,1) Falskt negativa: 11 / 1000 1,1% (0,6 till 1,9)		Specificitet ⊕⊕⊕⊕(Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³
EPDS ≥13 MDD	1769 (6) [17, 19, 20, 23- 25]	Sensitivitet 0,61 (0,45 till 0,75) Specificitet 0,95 (0,88 till 0,98)	Sant positiva: 31 / 1000 3,1% (2,3 till 3,8) Sant negativa: 903 / 1000 90,3% (83,6 till 93,1) Falskt positiva: 48 / 1000 4,8% (1,9 till 11,4) Falskt negativa: 20 / 1000 2,0% (1,3 till 2,8)	PPV 39,1% (16,5 till 66,4) NPV 97,9% (96,8 till 98,7)	Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕(Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³ Specificitet ⊕⊕⊕⊕(Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Re- ferens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
EPDS ≥14 MDD	1709 (5) [17, 19, 20, 23, 25]	Sensitivitet 0,52 (0,27 till 0,76) Specificitet 0,97 (0,94 till 0,99)	Sant positiva: 26 / 1000 2,6% (1,4 till 3,8) Sant negativa: 922 / 1000 92,2% (89,3 till 94,1) Falskt positiva: 29 / 1000 2,9% (1,0 till 5,7) Falskt negativa: 24 / 1000 2,4% (1,2 till 3,7)	PPV 47,7% (19,1 till 80,0) NPV 97,5% (96,1 till 98,7)	Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Låg) Risk för bias -1 ² Bristande samstämmighet -1 ³ Specificitet ⊕⊕⊕⊕ (Måttlig) Risk för bias -1 ²
PHQ-9 >10 MDD	745 (1) [21]	Sensitivitet 0,85 (0,66 till 0,96) Specificitet 0,84 (0,81 till 0,87)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁴ Överförbarhet -2 ⁶ Specificitet ⊕⊕⊕⊕ (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁴ Överförbarhet -2 ⁶
PHQ-8 ≥10 MDD	218 (1) [22]	Sensitivitet 0,77 (0,46 till 0,95) Specificitet 0,62 (0,55 till 0,69)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶ Specificitet ⊕⊕⊕⊕ (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶
PHQ-8 ≥11 MDD	218 (1) [22]	Sensitivitet 0,77 (0,46 till 0,95) Specificitet 0,68 (0,61 till 0,74)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕⊕⊕⊕ (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶ Specificitet ⊕⊕⊕⊕ (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Re- ferens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
PHQ-2 ≥3 MDD	218 (1) [22]	Sensitivitet 0,77 (0,46 till 0,95) Specificitet 0,59 (0,52 till 0,66)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias - 2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶
PHQ-2 ≥4 MDD	218 (1) [22]	Sensitivitet 0,62 (0,32 till 0,86) Specificitet 0,79 (0,73 till 0,84)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -2 ⁵ Överförbarhet -2 ⁶
Whooley Ja till en av 2 frågor MDD	545 (1) [25]	Sensitivitet 0,41 (0,33 till 0,49) Specificitet 0,95 (0,92 till 0,97)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ⁷ Precision -1 ⁸ Överförbarhet -1 ⁹ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ⁷ Precision -1 ⁸ Överförbarhet -1 ⁹

EPDS = Edinburgh Postnatal Depression **KI** = konfidensintervall; **MDD** = major depressive disorder; **NPV** = negativt prediktivt värde; **PPV** = positivt prediktivt värde.

1. Baseras på en övre uppskattning gjord i en metaanalys från 2005 [15] vilket också ligger i paritet med prevalensen i flera av de inkluderade studierna, samt med en svensk prevalensstudie från 2006 som indikerade en prevalens på ca 7% [36].
2. Baseras på en sammanvägd bedömning av risken för bias i de ingående studierna, se Tabell 5. Störst vikt lades på bristerna i de största studierna, eftersom de har en större påverkan på estimatet.
3. Sammanvägd bedömning utifrån om individuella studiers konfidensintervall inte överlappar samt av de enskilda punktestimatens läge i förhållande till varandra. Störst vikt på studierna med flest deltagare.
4. Mycket stor risk för bias på grund av brister i selektionen av deltagare samt tiden mellan indextest och referenstest.
5. Mycket stor risk för bias på grund av brister i selektionen av deltagare samt oklarheter vad gäller referensstandard och tiden mellan indextest och referenstest.
6. Problem med tillämpbarheten utifrån selektionen av deltagare samt den genomgående bedömningen att det finns en stor osäkerhet i hur representativt estimatet är för en bredare population då vi enbart har en studie.
7. Oklarheter vad gäller selektionen av deltagare, referensstandard och tiden mellan indextest och referenstest.
8. Osäkerheter i estimatet då det är beräknat utifrån en viktning av utfallen i ett förselektat urval av deltagare.
9. Vi har genomgående gjort bedömningen att det finns en stor osäkerhet i hur representativt estimatet är för en bredare population då vi enbart har en studie.

Tabell 4. Sammanfattande tabell – Identifiering av gravida kvinnor med ångest

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Re- ferens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
GAD-2 ≥3 Något ångestsyndrom (inklusive PTSD och OCD)	528 (1) [29]	Sensitivitet 0,26 (0,19 till 0,35) Specificitet 0,91 (0,88 till 0,94)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³
GAD-2 ≥1 Något ångestsyndrom (inklusive PTSD och OCD)	528 (1) [29]	Sensitivitet 0,70 (0,61 till 0,78) Specificitet 0,64 (0,59 till 0,69)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³
GAD-2 ≥3 GAD	528 (1) [29]	Sensitivitet 0,69 (0,55 till 0,80) Specificitet 0,91 (0,88 till 0,93)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias - 1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³
GAD-2 ≥1 GAD	528 (1) [29]	Sensitivitet 1,00 (0,94 till 1,00) Specificitet 0,60 (0,55 till 0,64)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² överförbarhet -1 ³ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ¹ Precision -1 ² Överförbarhet -1 ³

Test Tröskelvärde Target	Antal deltagare (antal studier) Re- ferens #	Sensitivitet (95 % KI) Specificitet (95 % KI)	Vid en exempelprevalens på NR		Evidensgradering Avdrag enligt GRADE i fotnot
			Antal per 1000 screenade X% (95 %KI)	PPV (95 % KI) NPV (95 % KI)	
EPDS ≥12 GAD	353 (1) [2]	Sensitivitet 0,90 (0,80 till 0,96) Specificitet 0,66 (0,61 till 0,72)	Ej beräknat, estimaten är för osäkra		Sensitivitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ⁴ Precision -1 ⁵ Överförbarhet -1 ³ Specificitet ⊕000 (Mycket låg) Risk för bias -1 ⁴ Precision -1 ⁵ Överförbarhet -1 ³

EPDS = Edinburgh Postnatal Depression; **GAD** = Generalised Anxiety Disorder **KI** = konfidensintervall; **MDD** = major depressive disorder; **NPV**= negativt prediktivt värde; **NR**= not relevant **PPV** = positivt prediktivt värde.

1. Oklarheter vad gäller selektionen av deltagare samt referensstandarderna.
2. Osäkerheter i estimatet då det är beräknat utifrån en viktning av utfallen i ett förselektat urval av deltagare.
3. Vi har genomgående gjort bedömningen att det finns en stor osäkerhet i hur representativt estimatet är för en bredare population då vi enbart har en studie.
4. Oklarheter vad gäller selektionen av deltagare samt tiden mellan index- och referenstest
5. Osäkerheter i estimatet då det är beräknat utifrån ett förselektat urval av deltagare. Sensitivitet och specificitet var inte presenterat i studien, utan har beräknats utifrån beskriven diagnoskaraktäristik.

Översikt av inkluderade publikationer

Tabell 5. Översikt av inkluderade publikationer

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Yonkers, 2009 USA [28]	Pregnant women from the Yale Pink and Blue Study N=838 Trimesters: all Target condition MDD (DSM-IV) Prevalence** 1st trimester: 5.0% (n=42) 2nd trimester: 3.0% (n=25) at 3rd trimester: 1.0% (n=10)	EPDS, English and possibly Spanish*** Cut-offs reported Only optimal cut-off for each trimester were reported	WHO CIDI 2.1 depression and anxiety disorder sections Diagnosis established using CIDI diagnostic algorithms***	1st trimester Sensitivity: Cut-off ≥ 10: 80% (optimal) Specificity: Cut-off ≥ 10: 83% (optimal) Optimal cut-offs: ≥ 10 for all three trimesters	ROB: High Comments Sensitivity and specificity reported without CI *The Yale Pink and Blue study is longitudinal cohort study investigating the effects of depression and antidepressant treatment on birth outcomes ** The values for prevalence are provided by the authors. However, the text is ambiguous, and the number of cases is not consistently reported making it difficult to understand how the authors calculated prevalence. *** Women were excluded if they did not speak English or Spanish. It is unclear if different language versions were used for women speaking English and Spanish.

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Howard, 2018 Great Britain [25]	Pregnant women attending their first appointment at an inner-city maternity service in South-East London N=545 (33% of eligible) <u>Trimester:</u> 1 <u>Target condition</u> MDD* <u>Prevalence</u> In sample MDD: 27% (n=147) Depression, anxiety, or both: 45% (n=242) Estimated prevalence in population MDD: 11% (95% CI 8 to 14) Any SCID disorder: 27% (95% CI 22 to 32)	EPDS, English <u>Cut-offs reported</u> ≥11 to ≥15 for MDD ≥13 for Depression, anxiety, or both	SCID Modules: SCID-I Research Version Axis I mood episodes, mood disorders and anxiety disorders module SCID-I Axis I eating disorders module SCID-II personality disorders subsection module for borderline personality disorder	1st trimester MDD*** <u>Sensitivity:</u> Cut-off ≥11: 73% Cut-off ≥12: 68% Cut-off ≥13: 59% (optimal) Cut-off ≥14: 46% <u>Specificity:</u> Cut-off ≥11: 88% Cut-off ≥12: 92% Cut-off ≥13: 94% (optimal) Cut-off ≥14: 95% Depression, anxiety, or both*** <u>Sensitivity:</u> Cut-off ≥13: 30% (optimal) <u>Specificity:</u> Cut-off ≥13: 95% (optimal)	ROB: Moderate (for both tests) <u>Comments</u> Same study as in Nath, 2018 (RN88) Women were first screened with Whooley questions. All women screening positive and a random sample of those screening negative (1:6 ratio) were scheduled for a new appointment. There they were screened again with EPDS and assessed with SCID. There were baseline differences between women who screened positive and negative with the Whooley questions. Women screening positive were younger, lived alone and were single more often, and had no formal education, lower incomes, and an insecure immigration status more often.

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
		Whooley questions (PHQ 2), English <u>Cut-offs reported</u> ≥1 (answered yes to either of two Whooley questions)		1st trimester <u>Sensitivity:</u> Cut-off ≥1: 41% <u>Specificity:</u> Cut-off ≥1: 95% Depression, anxiety, or both <u>Sensitivity:</u> Cut-off ≥1: 23% <u>Specificity:</u> Cut-off ≥1: 96%	Sensitivity and specificity reported without CI * Diagnosis of major depressive disorder included mild / moderate / severe depressive episode and mixed anxiety / depression. ** Diagnosis of depression anxiety or both includes any SCID disorder: depressive disorder (including mild depressive disorder), anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, PTSD, eating disorder, bipolar disorder (I or II), borderline personality disorder *** Sensitivity and specificity values reported are weighted to account for the fact that only a portion of the women screening negative were tested with the reference test.

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Adouard, 2005 France [24]	Pregnant women with high-medical risks who spoke French, and who were attending an antenatal clinic in Paris N= 60 <u>Trimester</u>: 3 <u>Target condition</u> MDD (DSM-IV, Axis 1 criteria) <u>Prevalence</u> MDD: 25,7%	EPDS, French <u>Cut-offs reported</u> ≥10 to ≥13	MINI conducted by a psychiatrist	3rd trimester <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥11: 80% Cut-off ≥12: 80% (optimal) Cut-off ≥13: 73% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥11: 73% Cut-off ≥12: 80% (optimal) Cut-off ≥13: 82%	ROB: High <u>Comments</u> Sensitivity and specificity reported without CI
Töreki, 2011 Hungary [23]	Pregnant women attending an antenatal clinic in a university hospital for a routine check-up N=219 <u>Trimester</u>: 1 (gw 12) <u>Target condition</u> MDD <u>Prevalence</u> MDD: 3.2% (N=15)	EPDS, Hungarian <u>Cut-offs reported</u> ≥5 to ≥14	SCID-1	1st trimester <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥ 9: 71.4% (optimal) Cut-off ≥10: 42.9% Cut-off ≥11: 42.9% Cut-off ≥12: 28.6% Cut-off ≥13: 28.6% Cut-off ≥14: 28.6% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥ 9: 91.5% (optimal) Cut-off ≥10: 92.9% Cut-off ≥11: 94.8% Cut-off ≥12: 96.7% Cut-off ≥13: 98.6% Cut-off ≥14: 99.5%	ROB: Low <u>Comments</u> Sensitivity and specificity reported without CI

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Tandon, 2012 USA [27]	Low-income African American women living in an under-privileged urban community were recruited to participate in a home-visit perinatal program N=32 pregnant women* <u>Trimester</u>: any (average 31 gw) <u>Target condition</u> MDD <u>Prevalence</u> MDD: 21.9% (N=7) MiD: 0% (no cases)	EPDS, English (read aloud) <u>Cut-offs reported</u> MDD ≥ 10 (only optimal cut-off reported)	SCID-I/NP interviews conducted by licensed clinical social workers, trained to perform SCID interviews	Any trimester <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥ 10: 85.7% (optimal) <u>Specificity</u>: Cut-off ≥ 10: 84.0% (optimal)	ROB: High <u>Comments</u> The program included a total of 95 women, 32 participated prenatally, and 63 participated postpartum. Sensitivity and specificity reported without CI CES-D, and BDI-II also studied
Murray, 1990 UK [19]	Women attending an antenatal clinic in a large hospital in Stoke-on-Trent – included N=100 <u>Trimester</u>: 3 (gw 28 to 34) <u>Target condition</u> MDD <u>Prevalence</u> MDD: 6%	EPDS, English <u>Cut-offs reported</u> ≥ 12 to ≥ 15	SPI*	3rd trimester <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥ 12: 100% Cut-off ≥ 13: 100% Cut-off ≥ 14: 100% Cut-off ≥ 15: 100% (optimal) <u>Specificity</u>: Cut-off ≥ 12: 79% Cut-off ≥ 13: 87% Cut-off ≥ 14: 94% Cut-off ≥ 15: 6% (optimal)	ROB: High <u>Comments</u> * RDC (Research diagnostic criteria) definitions used for diagnosis of major depression, 1978. Sensitivity and specificity reported without CI

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Bergink, 2011 The Netherlands [17]	Caucasian, Dutch speaking women invited to participate in thyroid screening study at first appointment (2003 to 2004) N= 845 (76% of eligible) <u>Trimester:</u> 1, 2 and 3 <u>Target condition</u> MDD (current major depressive episode) <u>Prevalence</u> 1st trimester: 5.6% (n=47) 2nd trimester: 5.4% (n=46) 3rd trimester: 3.4% (n=29)	EPDS, Dutch <u>Cut-offs reported</u> ≥9 to ≥14 for each trimester	CIDI depression module conducted by lay interviewers	1st trimester <u>Sensitivity:</u> Cut-off ≥10: 87% Cut-off ≥11: 79% (optimal) Cut-off ≥12: 55% Cut-off ≥13: 38% Cut-off ≥14: 27% <u>Specificity:</u> Cut-off ≥10: 95% Cut-off ≥11: 97% (optimal) Cut-off ≥12: 98% Cut-off ≥13: 99% Cut-off ≥14: 99% Optimal cut-offs: 2nd trimester: cut-off ≥10 3rd trimester: cut-off ≥10	ROB: Moderate <u>Comments</u> Sensitivity and specificity reported without CI

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Felice, 2005 Malta [20]	Pregnant women who had a drop-in antenatal visit at a state-run regional hospital N= 223 with complete data for all trimesters (240 approached, 229 interviewed) <u>Trimester</u>: all, average 18.6 gw (SD 5.3, 95% CI: 17.9 to 19.2) <u>Target condition</u> Depression according to ICD-10 (mild, moderate, or severe) <u>Prevalence</u> Depression: 14.3% (n=32) Severe depressive episode: 6.7% (n=15)	EPDS, Maltese <u>Cut-offs reported</u> Depression ≥ 9 to ≥ 16	CIS-R responses were used to generate specific Neurotic Disorder ICD-10 diagnoses	Any trimester Depression <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥ 10: 90.6% Cut-off ≥ 11: 87.5% Cut-off ≥ 12: 81.3% Cut-off ≥ 13: 78.1% Cut-off ≥ 14: 75.0% (optimal) <u>Specificity</u>: Cut-off ≥ 10: 80.1% Cut-off ≥ 11: 84.3% Cut-off ≥ 12: 87.4% Cut-off ≥ 13: 89.5% Cut-off ≥ 14: 95.8% (optimal)	ROB: Low <u>Comments</u> Sensitivity and specificity reported without CI * Includes depressive episodes (severe, moderate, mild), phobias, panic disorder, GAD, OCD, and mixed anxiety / depressive disorder

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Bunevicius, 2009 Lithuania [18]	Women 18+, routine visit to obstetric clinic N=230 with data for all three trimesters (75% of 307 consenting) <u>Trimester:</u> all <u>Target condition</u> MDD <u>Prevalence</u> 1st trimester: 5% (n=12) 2nd trimester: 3% (n=6) 3rd trimester: 3% (n=7)	EPDS, Lithuanian <u>Cut-offs reported</u> ≥9 to ≥15 for each trimester (specificity only reported for optimal cut-offs)	SCID-NP (DSM-III-R) performed by a psychologist	1st trimester <u>Sensitivity:</u> Cut-off ≥10: 92% Cut-off ≥11: 92% Cut-off ≥12: 92% (optimal) Cut-off ≥13: 67% Cut-off ≥14: 58% <u>Specificity:</u> Cut-off ≥12: 95% (optimal) <u>Optimal cut-offs:</u> 2nd trimester: cut-off ≥11 3rd trimester: cut-off ≥11	ROB: Moderate <u>Comments</u> Sensitivity and specificity reported without CI Time between index and reference test not specified, but was likely done the same day
Lydsdottir, 2014 Iceland [2]	Women attending antenatal clinics at any of 11 primary health care centers in Iceland N = 353 <u>Trimester:</u> 2 (gw 16) <u>Target condition</u> MDD GAD Prevalence: MDD:14.2% (n=50) GAD: 17.3% (n=61)	EPDS, Icelandic <u>Cut-offs reported</u> ≥12	MINI-plus* performed by experienced clinicians (psychologist, midwife, and psychiatrist) included probing questions to distinguish between symptoms of normal pregnancy and of major depression or anxiety disorders	1st trimester MDD Cut-off ≥12: (True positive= 48 False positive =105 False negative= 2 True negative= 198 GAD Cut-off ≥12: True positive= 55 False positive =98 False negative= 6 True negative= 194	ROB: Moderate <u>Comments</u> Likely same study population as in Lydsdottir, 2019 Sensitivity and specificity were calculated by SBU based on the numbers testing positive / negative for the index and reference test presented in the article * All women scoring ≥12 and ¼ of women scoring <12 (random) were invited to be tested with MINI-plus

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Lydsdottir, 2019 Iceland [26]	Women attending ante-natal clinics at any of 11 primary health care centers in Iceland N = 474 <u>Trimester</u>: 2 (gw 16) <u>Target condition</u> MDD Prevalence: Not clearly reported*	EPDS, Icelandic <u>Cut-offs reported</u> ≥9 to ≥13 for both 2-4 weeks delay of reference standard and EPDS directly following reference standard (n = 102).	MINI-plus performed by experienced clinicians (psychologist, midwife, and psychiatrist) included probing questions to distinguish between symptoms of normal pregnancy and of major depression or anxiety disorders	1st trimester No delay <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥10: 90% Cut-off ≥11: 80% (optimal) Cut-off ≥12: 70% Cut-off ≥13: 60% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥10: 84.8% Cut-off ≥11: 89.1% (optimal) Cut-off ≥12: 93.5% Cut-off ≥13: 95.7% 2 to 4-week delay <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥10: 89.2% Cut-off ≥11: 81.5% Cut-off ≥12: 73.9% Cut-off ≥13: 61.5% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥10: 64.4% Cut-off ≥11: 69.0% Cut-off ≥12: 74.4% Cut-off ≥13: 80.0%	ROB: Moderate <u>Comments</u> Likely same study population as in Lydsdottir, 2014 Not included in meta-analysis because relevant data could not be extracted. Sensitivity and specificity reported without CI

Matthey, 2019 Australia [7]	Pregnant women attending antenatal clinics for routine appointment in Sydney* At T1 N= 389 (EPDS) N= 183 (MGMQ) At T2 N=252 (MGMQ + anxiety) N=247 (MGMQ + depression) <u>Trimester**</u> T1: not reported T2: gw 9 to 34 <u>Target condition</u> MDD / anxiety*** Depression, anxiety, or both **** <u>Prevalence</u> MDD = 2.8% (N=7) MDD / anxiety = 36% Depression, anxiety, or both = 43%	MGMQ, English***** <u>Cut-offs reported</u> MGMQ, Screen positive for the bother impact question (probed criteria): ≥ Little bother impact ≥ Moderate bother impact	MINI Screener depression and anxiety modules (DSM-IV) conducted by telephone at T2. If any section of the screener was answered positively, the full depression and anxiety modules were conducted.	1st to 3rd trimester MDD / anxiety <u>Sensitivity</u> ≥ Little bother impact: 75% ≥ Moderate bother impact: 56% <u>Specificity:</u> ≥ Little bother impact: 80% ≥ Moderate bother impact: 94% Depression, anxiety, or both <u>Sensitivity</u> ≥ Little bother impact: 72% ≥ Moderate bother impact: 51% <u>Specificity:</u> ≥ Little bother impact: 80% ≥ Moderate bother impact: 96%	ROB: High <u>Comments</u> * Women were screened twice, T1, T2 ** Stage of pregnancy not described at the first screening (T1). The second screening (T2) occurred one to seven weeks later. *** MDD / anxiety includes major depression and/or anxiety disorder. Anxiety disorders assessed included: panic; agoraphobia; social phobia; obsessive-compulsive disorder; posttraumatic stress disorder, and generalized anxiety disorder **** Depression, anxiety, or both includes major or minor depression and / or anxiety disorder, see above for included anxiety disorders. ***** T1 screening done at appointment: All women completed 3 self-tests, including EPDS, and 183 of 389 women completed MGMQ. T2: The same tests were administered as in T1, plus MGMQ and reference test for all. In the first half of the study all women were contacted, in the latter half
-----------------------------	---	---	---	--	--

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
					only those screening positive on at least one of the T1 measures were contacted. The results are based on the data from T2. Sensitivity and specificity reported without CI Specificity not reported for Separate diagnoses.
Smith, 2010 USA [22]	Interested volunteers from 32 private obstetrician's offices and 4 publicly funded obstetrical clinics. Two of three eligible volunteers who had experienced depression or trauma in the last five years, and one of three who had not been depressed in the last five years were randomly invited to participate. N=218 <u>Trimester</u>: 1 to 2 (<17gw) <u>Target condition</u> MDD <u>Prevalence</u> MDD: 6.0 % (n=13)	PHQ-2, English <u>Cut-offs reported</u> ≥3 and ≥4 positive responses	WMH-CIDI conducted by trained interviewers	1st to 2nd trimester <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥3: 77% Cut-off ≥4: 62% (optimal) <u>Specificity</u>: Cut-off ≥3: 59% Cut-off ≥4: 79% (optimal)	ROB: High <u>Comments</u> Reported sens/spec in text is different from table. Sensitivity and specificity reported without CI

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Sidebottom, 2012 USA [21]	Pregnant women who were participating in a Healthy Start program through one of three community health centers in Minnesota. Participants were predominantly young (including some minors), unmarried African Americans with low income levels. N=745 (31% of those eligible) <u>Trimester</u>: unclear Recruitment at "prenatal intake appointment" <u>Target condition</u> MDD (DSM-IV) <u>Prevalence</u> MDD: 3.6% (n=27) Sub-diagnostic depression: 7.0 % (n=52)	PHQ9, American English author's version consisted of ten questions <u>Cut-offs reported</u> Low: score < 10 Moderate: score 10 to 14 High: score 15 to 27	SCID conducted by a trained lay research assistant by telephone when possible, otherwise at next visit	1st to 2nd trimester <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥10: 85% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥10: 84%	ROB: High <u>Comments</u> Sensitivity and specificity reported without CI

First Author, year Country Ref#	Population and setting N Trimester Target condition Prevalence	Index test, Language Cut-off	Reference test	Trimester ¹ Sensitivity (95% CI) Specificity (95% CI)	Risk of bias (ROB) Comments
Nath, 2018 UK [29]	Pregnant women attending their first appointment at an inner-city maternity service in South-East London N = 528 (258 Whooley negative; 287 Whooley positive) <u>Trimester</u>: not specified, "early pregnancy" <u>Target condition</u> GAD Any anxiety disorder (not PTSD or OCD) Any anxiety disorder + PTSD + OCD <u>Prevalence</u> GAD: 5% (2 to 6%) Any anxiety disorder + PTSD + OCD: 17% (12-21%) Any anxiety disorder (not PTSD or OCD): 15% (11-19%)	GAD-2, English Interpreters were used when needed <u>Cut-offs reported</u> ≥ 1 and ≥ 3	SCID-I mood, anxiety disorders, and eating disorders modules	Early pregnancy GAD <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥1: 100% Cut-off ≥3: 69% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥1: 60% Cut-off ≥3: 91% Any anxiety disorder + PTSD + OCD <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥1: 70% Cut-off ≥3: 26% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥1: 64% Cut-off ≥3: 91% Any anxiety disorder (not PTSD or OCD) <u>Sensitivity</u>: Cut-off ≥1: 68% Cut-off ≥3: 26% <u>Specificity</u>: Cut-off ≥1: 62% Cut-off ≥3: 90%	ROB: Moderate <u>Comments</u> Same study as reported in Howard, 2018 (RN60) * Women were first screened with Whooley questions. All women screening positive and a random sample of those screening negative (10%) were scheduled for a new appointment. There they were screened again with EPDS and assessed with SCID. Sensitivity and specificity reported without CI

BDI-II = Beck Depression Inventory; **CES-D** = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; **CI** = confidence interval; **CIDI** = Composite International Diagnostic Interview, based on DSM-IV **CIS-R** = Clinical Interview Schedule – Revised [37] (Lewis et al. 1992; **GAD** = generalized anxiety disorder; **DSM-IV** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - version four; **gw** = gestational week; **MDD** = major depression; **Mid** = Minor depression; **MGMQ** = Matthey Generic Mood Questionnaire; **MINI** = Mini International Neuropsychiatric Interview; **MixD** = any depression, including MiD and MDD; **OCD** = obsessive compulsive disorder; **PTSD** = post-traumatic stress disorder; **SPI** = Standardized Psychiatric Interview [38] (Goldberg, 1970); **SCID** = Structured Clinical Interview for DSM-IV; **WMH-CIDI** = World Mental Health Composite International Diagnostic Interview

¹ Results are presented for the earliest trimester reported. Results may be available for other time points.

Bedömning av risk för bias och tillämpbarhet i de ingående studierna

Tabell 6 visar hur studierna bedömts, uppdelat på indextest. Risken för bias bedömdes utifrån urval av deltagare, indextestet, referensstandarderna samt flöde och tid. Rött indikerar hög risk för bias, gul måttlig/oklar risk för bias och grön låg risk för bias. Tillämpbarheten, det vill säga hur väl studiens resultat kan tillämpas på frågan i denna utvärdering, bedömdes utifrån urval av deltagare, indextestet och referensstandarderna. Rött indikerar uttalade problem med tillämpbarheten, gul måttliga/oklara problem med tillämpbarheten och grön inga identifierade problem med tillämpbarheten.

Tabell 6. Bedömning av risk för bias och tillämpbarhet i de ingående studierna (QUADAS-2).

Study ID	Index test	Risk of bias				Applicability concerns		
		Patient selection	Index test	Reference standard	Flow and timing	Patient selection	Index test	Reference standard
ADOUARD 2005	EPDS	-	+	+	+	-	+	+
BERGINK 2011	EPDS	+	+	?	+	+	+	+
BUNEVICIUS 2009	EPDS	+	+	+	?	+	+	+
FELICE 2006	EPDS	+	+	+	+	+	+	?
HOWARD 2018	WHOOLEY	?	+	?	?	+	+	+
	EPDS	?	+	?	+	+	+	+
LYSDOTTIR 2014	EPDS	?	+	+	?	+	+	+
LYSDOTTIR 2019	EPDS	?	+	+	?	+	+	+
MATTHEY 2019	MGMQ	-	+	-	+	+	+	+
MURRAY 1990	EPDS	-	+	+	?	?	+	-
NATH 2018	GAD-2	?	+	?	+	+	+	+
SIDEBOTTOM 2012	PHQ9	-	+	+	-	-	?	+
SMITH 2010	PHQ2	-	+	?	?	-	+	+
TANDON 2012	EPDS	-	-	-	+	-	?	+
TÖREKI 2013	EPDS	+	+	+	+	+	?	+
YONKERS 2009	EPDS	-	-	-	?	+	?	?

Metaanalys

För att ta del av metaanalysen se [1].

Frågeställning och avgränsningar

1. Vilka effekter har olika strategier för att identifiera kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet, med efterföljande systematiskt omhändertagande? Strategier som jämförs är
 - a. Ingen strukturerad identifiering
 - b. Identifiering genom strukturerad bedömning
 - c. Identifiering med instrument
 - d. Identifiering med strukturerad bedömning och instrument
2. Vilken betydelse har tidpunkten eller tidpunkterna samt intervallerna mellan upprepade identifieringstillfällen under graviditet?
3. Vad är den diagnostiska tillförlitligheten för, eller skillnaden i diagnostisk tillförlitlighet mellan följande instrument eller kombinationer av instrument för identifiering av depressions- och ångestsyndrom under graviditet, verifierat med diagnos enligt DSM-4/5 eller ICD 10:
 - a. EPDS, PHQ-9, PHQ-2, MGMQ och Whooley questions (depressionsinstrument) samt
 - b. EPDS, EPDS 3A, GAD-2 och GAD-7 (ångestinstrument)?

Avgränsningar fråga 1–2

Population: Gravida kvinnor, med eller utan risk- och/eller predisponerande faktorer, men utan redan fastställd diagnos av depression eller ångest. Vi exkluderar studier på selekterade populationer såsom kvinnor med specifika somatiska eller psykiatriska diagnoser eller specifika åldersgrupper såsom tonåringar.

Intervention: Ett program som inkluderar strukturerad bedömning och/eller ett eller flera instrument för identifiering av kvinnor med möjliga depressions- eller ångestsyndrom.

Kontrollintervention: Inget program, eller annat program (tex med annat instrument eller andra tidpunkter eller intervall för identifieringen).

Utfall:

- Kvinnans psykiska hälsa (såsom ångest- och depressionsdiagnoser eller symtom), livskvalitet, läkemedelsbehandling, suicidförsök och mortalitet
- Barnets kognitiva och emotionella utveckling och anknytning samt mortalitet
- Partners psykiska hälsa (såsom ångest- och depressionsdiagnoser eller symtom), livskvalitet, läkemedelsbehandling, suicidförsök och mortalitet
- Syskons psykiska hälsa (såsom ångest- och depressionsdiagnoser eller symtom), livskvalitet, läkemedelsbehandling, suicidförsök och mortalitet
- Negativa konsekvenser relaterat till identifieringsförfarandet eller falskt positiva/falskt negativa och över-/underbehandling.

Studiedesign: RCT-studier, inklusive klusterrandomisering, samt systematiska översikter av RCT. Om vi identifierar systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias kommer vi att i första hand utgå ifrån dem.

Avgränsningar fråga 3

Population: Gravida kvinnor med eller utan risk-/predisponerande faktorer, men utan redan fastställd diagnos av depression eller ångest. Vi exkluderar studier på selekterade populationer såsom kvinnor med specifika somatiska eller psykiatriska diagnoser eller specifika åldersgrupper såsom tonåringar.

Indextest: EPDS, PHQ-9, PHQ-2, MGMQ och Whooley questions (depressionsinstrument) och EPDS, EPDS 3A, GAD 2 och GAD 7 (ångestinstrument) samt kombinationer av dessa.

Jämförelsetest: Inget instrument, annat instrument eller andra kombinationer av instrument.

Referenstest: Diagnos enligt DSM-IV/5 eller ICD 10 genomförd med klinisk intervju.

Utfall: Instrumentens sensitivitet och specificitet för depressions- eller ångestsyndrom, alternativt skillnader i instrumentens sensitivitet och specificitet för depressions- eller ångestsyndrom.

Studiedesign: Ingen begränsning i studiedesign. Enbart studier där sensitivitet och specificitet presenteras eller går att beräkna utifrån presenterade data. Primärstudier eller systematiska översikter av dessa. Om vi identifierar systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias kommer vi att i första hand utgå ifrån dem.

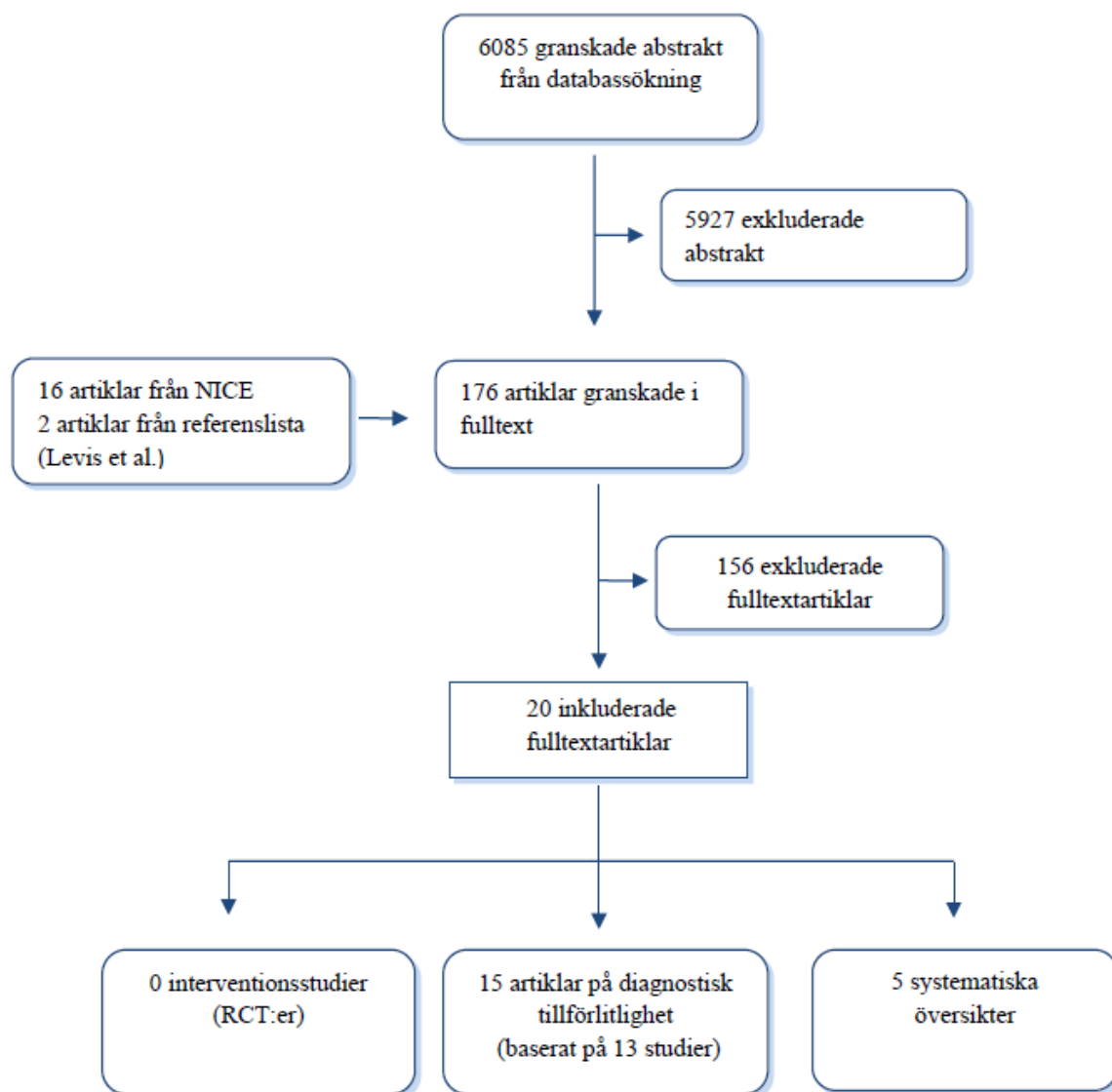
Studiekontext: Eftersom den diagnostiska tillförlitligheten vid olika tröskelvärden påverkas av bland annat kulturella och språkliga skillnader vill vi utgå från studier där kontexten är så lik den svenska som möjligt. Vi inkluderar studier utförda i Europa, USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland och studierna bedöms sedan individuellt för överförbarhet.

Sökdokumentation

Sökningarna genomfördes gemensamt med projektet *Identifiering av föräldrar med traumatiska förlossningsupplevelser* (fullständig sökdokumentation finns i Bilaga 1). De slutgiltiga litteratursökningarna gjordes den 11 december 2020.

Sökningarna utfördes primärt i de internationella databaserna CINAHL (EBSCO), Cochrane Library (Wiley), EMBASE (Embase.com), Medline (Ovid), PsycINFO (EBSCO). Totalt genererades 6085 artikelsammanfattningar (se Figur 1). 176 artiklar granskades i fulltext och 20 av dessa bedömdes som relevanta, vilket innefattade 13 diagnostiska studier och fem systematiska översikter. Exkluderade artiklar finns redovisade i Bilaga 2.

Figur 1. Antal granskade artiklar



Dokumentation av informationssökning

Se Bilaga A.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Nedanför följer resultat från det konsensusförfarande som vi återoppar som stöd för rekommendationerna (Se avsnittet *Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i kunskapsstödet* i inledningskapitlet). De rekommendationer som avser identifiering strukturerat anamnes, strukturerat identifiering samt psykosocial bedömning) har redan visats i inledningen av detta kapitel, men visas här igen för läsbarhetens skull. Alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel utgår från praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap.

Strukturerat anamnestagande

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda strukturerat anamnestagande under tidig graviditet för att identifiera gravida som tidigare har haft eller har en pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom.

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärderna är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 7 och tabell 8 sammanfattar resultaten från konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till två påståenden med de svarsalternativ som återfinns i respektive tabell:

Påstående 1: Ett strukturerat anamnestagande under tidig graviditet som görs i syfte att identifiera kvinnor med en historia av måttlig till allvarlig psykisk sjukdom/sjukdomstillstånd, bidrar till bättre beredskap och planering ifall kvinnan åter skulle insjukna/drabbas av sjukdom, jämfört med att ett strukturerat anamnestagande inte görs.

Av 54 panelmedlemmar som svarade på frågan var det ingen som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (54) var det 100 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 7. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 1)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	54	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	0	-
Total	54	100 %

Påstående 2: Ett strukturerat anamnestagande under tidig graviditet som görs i syfte att identifiera kvinnor som har en pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom bidrar till att dessa kvinnor snabbare får adekvat vårdplanering och uppföljning– jämfört med att ett strukturerat anamnestagande inte görs.

Av 53 panelmedlemmar som svarade på frågan var det ingen som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (53) var det 100 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 8. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 2)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	53	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	0	-
Total	53	100 %

Strukturerad identifiering

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda ett strukturerat identifieringsförfarande under tidig graviditet för att upptäcka gravida med trolig depression eller ångest – om det finns förutsättningar för ett sådant förfarande.

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 9 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: För en kvinna med möjlig depression/ångest bidrar ett strukturerat identifieringsförfarande under tidig graviditet till att hon snabbare får bedömning, stöd och/eller behandling, jämfört med att inte ha ett strukturerat screeningförfarande.

Av 54 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 6 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (48) var det 94 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 9. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	45	94 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	3	6 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	6	-
Total	54	100 %

Psykosocial bedömning

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda psykosocial bedömning till alla gravida under tidig graviditet.

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärderna är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 10 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Psykosocial bedömning av alla gravida kvinnor under tidig graviditet bidrar till bättre identifiering av kvinnor med ökad risk för att drabbas av psykiska sjukdomstillstånd av olika svårighetsgrad, särskilt depression och/eller ångestsyndrom, än om en sådan bedömning inte görs.

Av 54 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 3 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (51) var det 100 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 10. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	51	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	3	-
Total	54	100 %

Konsultation av psykolog och multiprofessionell samverkan inom mödrahälsovården

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda personal i mödrahälsovården möjlighet till regelbunden professionell konsultation av psykolog för mödra- och barnhälsovård i frågor som rör identifiering, stöd och behandling av gravida och nyförlösta med risk för eller tecken på psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och den första postpartumtiden.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

ha utarbetade former för regelbunden samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog inom mödrahälsovården för identifiering, stöd och behandling av gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och den första postpartumtiden.

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärderna är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Konsultation

Tabell 11 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i repektive tabell:

Påstående: Konsultation som ges av psykolog/specialist i perinatal hälsa till personal i mödrahälsovården (barnmorskor, ev. läkare) i frågor som rör identifiering av blivande och nyblivna mammor med risk för eller tecken på psykisk sjukdom/sjukdomstillstånd kan bidra till ökad kvalitet på bedömningen av kvinnans tillstånd, bättre patientsäkerhet och att insatser ges på rätt vårdnivå, jämfört med att konsultation till personalen inte ges.

Av 54 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 5 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (49) var det 100 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 11. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	49	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	5	-
Total	54	100 %

Multiprofessionell samverkan

Tabell 12 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i repektive tabell:

Påstående: Identifiering, stöd och behandling av kvinnor med möjlig eller trolig lindrig till måttlig psykisk sjukdom/sjukdomstillstånd under graviditet och den första postpartumtiden, som görs inom mödrahälsovården i samverkan mellan barnmorska, läkare och psykolog kan bidra till ökad kvalitet på identifiering och stöd och till att kvinnan snabbare får insatser på rätt vårdnivå, jämfört med att dessa insatser inte görs.

Av 52 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 1 panelmedlem som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (51) var det 100 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 12. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	51	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	1	-
Total	52	100 %

Specialistteam

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda gravida och nyblivna mödrar med risk för, eller som har en allvarlig psykisk sjukdom bedömning och behandling inom ramen för ett tvärprofessionellt specialistteam knutet till psykiatri.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

I bedömningen och behandlingen av gravida kvinnor och nyblivna mammor med allvarlig psykisk sjukdom finns det behov av att integrera kunskap mellan olika professioner och med flera perspektiv: kvinnan, paret, barnet, samt föräldra-barnrelationen.

Vad gäller barnet och föräldra-barnrelationen så bör lika stor hänsyn tas till barnets som till kvinnans hälsa och välbefinnande oavsett vilken behandlingsform som erbjuds till kvinnan. Att bedöma mammans relation till det väntade eller nyfödda barnet är en avgörande och specifik del i en klinisk undersökning.

För en del mödrar tar det tid att knyta emotionella band till barnet och en liten minoritet lider av känslomässigt avvisande/förnekande av barnet, något som tillsammans med psykoser och depressioner med suicidrisk, är bland det allvarligaste inom detta område av psykiatri.

Vad gäller insatser till kvinnan är det viktigt med specifika kunskaper i perinatalpsykiatri, ett eget specialistområde i många länder. Postpartumpsykos skiljer sig från psykoser under andra perioder i livet i flera avseenden. Perioden efter förlossningen är den tid i livet då risken för psykos är störst för kvinnor, och det föreligger ökad risk för suicid och utvidgad suicid. Förebyggande och tidiga insatser är därför särskilt viktiga.

Bedömning av familjesituation och nätverk, familjens resurser och belastningsfaktorer är också viktiga att inkludera.

När ovanstående aspekter inte beaktas finns det risk för att adekvat bedömning och behandling av en gravid eller en nybliven mamma med allvarlig psykisk sjukdom inte sker i önskvärd takt och på rätt nivå.

Vid komplex problematik eller misstanke om svåra/allvarliga psykiskt sjukdomstillstånd bör den gravida kvinnan eller den nyblivna mamman få hjälp av ett tvärprofessionellt specialistteam bestående av t ex psykiater, psykolog, barnmorska och kurator/socialsekreterare (socionom). Åtgärden förutsätter att teamet besitter kunskap och erfarenhet av perinatal psykisk sjukdom. I en sådan modell integreras perspektiven, koordineras interventionerna och anpassas individuellt till varje kvinna utifrån hennes specifika behov. Insatserna sätts in snabbt och på rätt nivå.

I regioner med större patientunderlag är det väl motiverat med ett specialistteam på regional nivå. Modellen kan dock byggas i andra former i regioner med glesare patientunderlag, som ett nätverk/konsultteam med tydlig struktur och upparbetade rutiner för samverkan.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärderna är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 13 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Ett specialistteam bestående av psykiater, psykolog, barnmorska och kurator, knutet till vuxenpsykiatri, bidrar till ökad kvalitet på bedömning och behandling av gravida kvinnor med risk för eller har pågående allvarlig psykisk sjukdom/sjukdomstillstånd, och till att kvinnan snabbare får insatser på rätt vårdnivå, jämfört med att denna kompetens saknas/dessa insatser inte ges.

Av 52 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 10 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (42) var det 98 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 13. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	41	98 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	1	2 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	10	-
Total	52	100 %

Utbildning och fortbildning

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda utbildning och fortbildning till personal i mödrahälsovården om psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under perinatalperioden samt i frågor som rör identifiering av gravida med risk för, tecken på, eller pågående psykisk sjukdom eller psykiskt sjukdomstillstånd.

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärderna är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 14 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Utbildning och fortbildning till personal i mödrahälsovården i frågor som rör identifiering av blivande och nyblivna mammor med risk för, tecken på, eller pågående psykisk sjukdom/psykiskt sjukdomstillstånd bidrar till ökad kvalitet vid bedömningen av och insatser till kvinnan, jämfört med om utbildning, fortbildning inte ges.

Av 53 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 3 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (50) var det 100 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 14. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	50	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	3	-
Total	53	100 %

Referenser

1. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. RCPsych Publications 2014.
2. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfingsson P, Sigurdsson JF. The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(4):393-8.
3. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2013;146(2):224-30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.009>.
4. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME- MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999;282(18):1737-44. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>.
5. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med*. 2009;7(1):63-70. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.933>.
6. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-45. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>.
7. Matthey S, Valenti B, Souter K, Ross-Hamid C. Comparison of four self-report measures and a generic mood question to screen for anxiety during pregnancy in English-speaking women. *J Affect Disord*. 2013;148(2-3):347-51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.022>.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7. Available from: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146(5):317- 25. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>.
10. SFOG. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport 76. 2016.
11. Austin MP, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth*. 2013;26(1):17-25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.002>.

12. Reilly N, Harris S, Loxton D, Chojenta C, Forder P, Milgrom J, et al. Referral for management of emotional health issues during the perinatal period: does mental health assessment make a difference? *Birth*. 2013;40(4):297-306. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12067>.
13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Artikelnummer: 2017-12-4. 2017.
14. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775-88. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9).
15. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>.
16. NICE. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. Updated edition. National Clinical Guideline Number 192. 2014.
17. Bergink V, Kooistra L, Lambregtse-van den Berg MP, Wijnen H, Bunevicius R, van Baar A, et al. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res*. 2011;70(4):385-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.008>.
18. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(4):238-43. Available from: <https://doi.org/10.3109/01674820903230708>.
19. Declan Murray JLC, MA,. Screening for Depression During Pregnancy With the Edinburgh Depression Scale (EPDS). 1990.
20. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Validation of the Maltese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(2):75-80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0099-3>.
21. Sidebottom AC, Harrison PA, Godecker A, Kim H. Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(5):367-74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0295-x>.
22. Smith MV, Gotman N, Lin H, Yonkers KA. Do the PHQ-8 and the PHQ-2 accurately screen for depressive disorders in a sample of pregnant women? *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(5):544-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.04.011>.
23. Toreki A, Ando B, Kereszturi A, Sikovanyecz J, Dudas RB, Janka Z, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery*. 2013;29(4):308-15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.011>.

24. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*. 2005;8(2):89-95. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0077-9>.
25. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A, et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *Br J Psychiatry*. 2018;212(1):50-6. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.9>.
26. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfinngsson P, Sigurdsson JF. The psychometric properties of the Icelandic version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) when used pre-natal. *Midwifery*. 2019;69:45-51.
27. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le HN, Perry DF. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J Affect Disord*. 2012;136(1-2):155-62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.014>.
28. Yonkers KA, Smith MV, Gotman N, Belanger K. Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31(4):327-33.
29. Nath S, Ryan EG, Trevillion K, Bick D, Demilew J, Milgrom J, et al. Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-2). *BMJ Open*. 2018;8(9):e023766.
30. Matthey S, Souter K, Valenti B, Ross-Hamid C. Validation of the MGMQ in screening for emotional difficulties in women during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. 2019;256:156-63.
31. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005(119):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1037/e439372005-001>.
32. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD, Group DESDE. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020;371:m4022. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>.
33. Nelson HD, Cantor A, Pappas M, Weeks C. Screening for Anxiety in Adolescent and Adult Women: A Systematic Review for the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med*. 2020;173(1):29-41. Available from: <https://doi.org/10.7326/M20-0579>.
34. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for

- the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(4):388-406. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>.
35. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, et al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2014;76(6):433-46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.01.006>.
 36. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):937-44. Available from: <https://doi.org/10.1080/00016340600697652>.
 37. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med*. 1992;22(2):465-86. Available from: <https://doi.org/10.1017/s0033291700030415>.
 38. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;1(5707):439-43. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5707.439>.
 39. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*. 1996;39(3):209-16.
 40. Methods C. Software for meta-analysis of DTA studies. 2012.
 41. SBU. Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 331.

Traumatiska förlossningsupplevelser och posttraumatisk stress

I det följande presenteras det underlag som SBU har tagit fram för Socialstyrelsens räkning i frågor som berör identifiering och diagnostik av negativa och potentiellt traumatiserande förlossningsupplevelser. SBU har genomfört arbetet [18] inom ramen för ett regeringsuppdrag om psykisk ohälsa (dnr SBU 2020/104). Traumatiska förlossningsupplevelser avhandlas narrativt i kunskapsstödet utan att vi ger några rekommendationer.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Trots att ett barns födelse i de flesta fall är en positiv händelse, upplever enligt internationella studier 9–64 procent av födande kvinnor sin förlossning psykiskt påfrestande, eller till och med traumatisk [1-5]. I vissa fall kan denna typ av negativa förlossningserfarenheter leda till utvecklande av förlossningsrelaterat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den idag mest använda modellen för att förstå uppkomsten av förlossningsrelaterad PTSD betonar interaktionen mellan individuella sårbarhetsfaktorer, händelser under förlossningen och vidmakthållandefaktorer efter födseln [6, 7]. Förekomsten av förlossningsrelaterad PTSD ligger enligt metaanalyser omkring 3 till 4 procent [8, 9].

Negativa förlossningserfarenheter och posttraumatisk stress efter förlossningen kan få betydande konsekvenser för kvinnans psykiska hälsa och fortsatta reproduktiva bana [7, 10, 11]. Samband har också visats med negativ påverkan på partnerrelationer [12], barnets socioemotionella utveckling [13] och kvinnans bindning till barnet i nästkommande graviditet [14]. Även den födandes partner kan uppfatta förlossningen som negativ och potentiellt traumatiserande [3, 15].

Den åtgärd som här undersökts avser strukturerad identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser (med eller utan skattningsskala eller andra instrument). Frågor och avgränsningar återfinns på kommande sidor.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet kan variera från måttlig till mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Det saknas randomiserade kontrollerade studier för att bedöma effekter och risker av strategier för strukturerad identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser (Frågeställningar och avgränsningar, s 2–3.).

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta studier identifierades.

Hälsoekonomisk bedömning

Ingen hälsoekonomisk bedömning har gjorts.

Kommentar

Bristen på randomiserade kontrollerade studier medför att det fortfarande finns en kunskapslucka avseende vilka effekter och möjliga risker ett strukturerat bedömningsförfarande för identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser med efterföljande handläggningskedja kan medföra. Sammantaget tyder avsaknaden av studier på ett stort behov av fortsatt forskning inom området. Systematiska strategier för att identifiera traumatiska förlossningsupplevelser behöver beskrivas och utvärderas vetenskapligt.

Syftet med att i ett tidigt skede identifiera traumatiska förlossningserfarenheter är att tidigt kunna erbjuda drabbade individer fortsatt bedömning och insatser avsedda att förebygga eller behandla mer allvarlig psykisk ohälsa såsom förlossningsrelaterad PTSD. En tidigare metaanalys av kliniska studier [16] har visat visst stöd för att traumafokuserade psykologiska interventioner kan minska symtom på posttraumatisk stress hos kvinnor som fött barn. Däremot konstateras i samma metaanalys att tillräckligt underlag saknas för att avgöra om interventionerna kan underlätta återhämtning från kliniskt signifikant PTSD.

I den kliniska vardagen innebär avsaknaden av empiriskt grundade systematiska identifieringsstrategier att de enskilda verksamheterna lämnas till att på egen hand avgöra på vilket sätt traumatiska förlossningsupplevelser bör uppmärksammas. I många verksamheter används idag en visuell analog skala (VAS-skala) för skattning av förlossningsupplevelser. Därutöver finns en uppsjö av instrument avsedda att fånga kvinnors förlossningsupplevelser [17], varav några finns på svenska. Att identifiera och granska specifika instrument har dock inte varit en del av syftet med föreliggande översikt.

Även om det i dagsläget inte går att dra slutsatser kring effekter och risker av systematiska strategier för identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser tyder den befintliga forskningen på att ett stort antal födande och partners upplever sin förlossning på detta sätt. Det blir därmed viktigt att vid bedömningar inom den kliniska verksamheten vara öppna för förekomsten av sådana erfarenheter och planera sin verksamhet för att på bästa sätt hjälpa de individer som identifieras vara i behov av extra uppföljning, bedömning, stöd eller behandling.

Frågeställning

1. Vilka effekter har olika strategier för att identifiera föräldrar med traumatiska förlossningsupplevelser, med efterföljande systematiskt omhändertagande?

Strategier som jämförs är:

- a. Ingen strukturerad identifiering
- b. Identifiering genom strukturerad bedömning
- c. Identifiering med instrument
- d. Identifiering med strukturerad bedömning samt instrument

2. Vilken betydelse har tidpunkten eller tidpunkterna samt intervallerna mellan upprepade identifieringstillfällen efter förlossning?

Avgränsningar

Population: Kvinnor och/eller deras partners efter förlossning och ett år framåt, med eller utan identifierade risk- eller predisponerande faktorer. Vi exkluderar studier på selekterade populationer såsom kvinnor med specifika somatiska eller psykiatriska diagnoser eller specifika åldersgrupper såsom tonåringar.

Intervention: Ett program, som inkluderar strukturerad bedömning, och/eller ett eller flera instrument för att identifiera traumatiska/negativa förlossningssupplevelser.

Kontrollintervention: Inget program, eller annat program (tex med annat instrument eller andra tidpunkter eller intervall för den strukturerade identifieringen).

Utfall:

- Kvinnans psykiska hälsa och livskvalitet (tex PTSD-diagnos och/eller PTSD symtom, depressionsdiagnos och/eller symtom) livskvalitet, läkemedelsbehandling, suicidförsök och mortalitet
- Barnets psykiska hälsa och utveckling (tex anknytning, emotionell eller social utveckling) samt mortalitet
- Partners psykiska hälsa och livskvalitet (tex PTSD-diagnos och/eller PTSD symtom, depressionsdiagnos och/eller symtom), livskvalitet, läkemedelsbehandling, suicidförsök och mortalitet
- Syskons psykiska hälsa och livskvalitet (tex PTSD-diagnos och/eller PTSD symtom, depressionsdiagnos och/eller symtom), livskvalitet, läkemedelsbehandling, suicidförsök och mortalitet
- Negativa konsekvenser relaterat till identifieringsförfarandet samt över-/underbehandling.

Studiedesign: RCT, inklusive klusterrandomisering, samt systematiska översikter av RCT-studier. Om vi identifierar systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias kommer vi att i första hand utgå ifrån dem.

Sökdokumentation

Sökningarna genomfördes gemensamt med projektet Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet. För fullständig sökdokumentation se Bilaga 1. De slutgiltiga litteratursökningarna gjordes den 11 december 2020. Sökningarna utfördes primärt i de internationella databaserna CINAHL (EBSCO), Cochrane Library (Wiley), EMBASE (Embase.com),

Medline (Ovid), PsycINFO (EBSCO). Totalt genererades 6085 artikelsammanfattningar (se tabell 1). 176 artiklar granskades i fulltext, men inga bedömdes som relevanta.

Tabell 1. Antal granskade artiklar.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	6085
Artiklar som lästes i fulltext	176
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Dokumentation av informationssökning

Se Bilaga A.

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. 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.
8. 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>.
9. 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>.
10. 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>
11. 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>.

12. Delicate A, Ayers S, Easter A, McMullen S. The impact of child-birth-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>.
13. 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>.
14. 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>.
15. 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>.
16. 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.
17. Nilver H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):203. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>.
18. SBU. Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 332.

Förlossningsrädsla

Socialstyrelsen har haft dialog med SBU i frågor om som berör identifiering och behandling av förlossningsrädsla, i samband med SBU:s utvärderingsarbete avseende metoder för identifiering och behandling av förlossningsrädsla som resulterade i den systematiska översikten *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet* (2021) [1]. I det följande refereras till detta arbete där det är relevant. I övrigt är alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel baserade på praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*.

Identifiering av förlossningsrädsla

Rekommendation

Du som möter gravida bör

i samband med de ordinarie besöken i den första, andra och tredje trimestern systematiskt undersöka förekomst av eventuell förlossningsrädsla. I denna första identifiering av möjlig förlossningsrädsla kan du med fördel använda självskattning med visuell analog skala (till exempel FOBS). Du bör följa upp med samtal utifrån den gravidas skattningar.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Enligt det nationella basprogrammet för mödrahälsovården innefattar vården under graviditet regelbundna kontroller, olika slags diagnostik, riskbedömningar, psykologiska och sociala bedömningar samt förberedelser inför föräldraskapet, förlossningen och tiden efter att barnet har anlänt. I mödrahälsovårdens uppdrag ingår att identifiera känslor inför förlossningen. För en del gravida handlar det om känslor av rädsla och oro.

Att känna rädsla och oro inför en väntande förlossning är mycket vanligt. Graden av rädsla kan variera från ingen rädsla alls eller lätt oro till en mycket stark rädsla som medför emotionellt lidande och blir hindrande för kvinnan. Omkring 15–20 % av gravida kvinnor i Sverige ger i forskning uttryck för påtaglig förlossningsrädsla, och prevalensen tycks ännu högre bland utlandsfödda kvinnor. Förlossningsrädsla kan drabba både förstföderskor och omföderskor. Rädslan kan ha många olika orsaker och ta sig varierande uttryck. Det finns en tydlig samvariation med annan psykisk ohälsa, men detta samband förklarar långt ifrån all förlossningsrädsla. Samband har även visats med tidigare traumatiska erfarenheter och tidigare negativa

förlossningserfarenheter, men förlossningsrädsla förekommer ofta utan att någon av dessa riskfaktorer föreligger. Vissa kvinnor med förlossningsrädsla uttrycker starka önskemål om att föda med planerat kejsarsnitt, och förlossningsrädsla bidrar tydligt till att öka andelen kejsarsnitt på moderns önskan. Förlossningsrädsla ökar också risken för att efter förlossningen uttrycka negativa förlossningsupplevelser.

Många kvinnor kan redan i tidig graviditet signalera till sin barnmorska om sin oro, men för kvinnor med svår rädsla kan känslan vara så stark och skambelagd att det leder till undvikanden och försök till att förneka rädslan så länge det går. För andra kan svår rädsla ta uttryck i somatisering och frekventa kontroller p.g.a. fysiska symtom, såsom prematura sammandragningar, eller oklara smärtor utan påvisbar anledning. En del kanaliserar sin oro genom att söka information, t.ex. via olika forum. Forskning stödjer bilden av att en förstående och trygg barnmorska underlättar för den rädda att våga berätta om sina farhågor.

För en del gravida växer medvetenheten om den egna rädslan först under graviditetens gång, för andra byggs tilliten till att våga anförtro sig till barnmorskan succesivt under vägen, och för vissa kan insikten att inte klara av sin oro på egen hand infinna sig mot slutet av graviditeten. Dessa skillnader i förlopp gör det svårt att vid ett enskilt tillfälle tillförlitligt identifiera samtliga förlossningsrädda kvinnor.

Genom att vid flera tillfällen under graviditet fråga den gravida kvinnan om hur hon känner inför förlossningen skapas bättre förutsättningar för att fånga upp gravida som kan sig visa sig lida av förlossningsrädsla oavsett när rädslan till känna hos kvinnan.

Vilken effekt har åtgärden?

Åtgärden är ett första steg i identifieringen av förlossningsrädda kvinnor och följs upp av ytterligare åtgärder som syftar till att bekräfta att förlossningsrädsla föreligger samt bedöma de behov av stöd/behandling som kvinnan har. SBU drar i sin rapport slutsatsen att en självskattning med visuellt analoga skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare (låg tillförlitlighet).

Kunskapen kring hur förlossningsrädsla utvecklas och förändras över tid är i dagsläget bristfällig. Erfarenheter från klinisk vardag tyder dock på att förloppet kan se mycket olika ut. Vissa gravida beskriver redan vid inskrivningssamtalet att de är rädda för att föda. De kan ha varit rädda under lång tid eller upptäckt det tidigt under graviditeten. För en del gravida växer medvetenheten om den egna rädslan först under graviditetens gång, för andra byggs tilliten till att våga anförtro sig till barnmorskan successivt under vägen, och för vissa kan insikten att inte klara av sin oro på egen hand infinna sig mot slutet av graviditeten. Dessa skillnader i förlopp gör det vanskligt att vid ett enskilt tillfälle tillförlitligt identifiera samtliga gravida med förlossningsrädsla. För att identifiera möjlig förlossningsrädsla i ett så tidigt skede som möjligt, utan att för den skull riskera att missa gravida med en senare rädslodebut, rekommenderas därför att screening genomförs vid flera tillfällen under graviditeten.

Det vanligaste instrumentet i forskningssammanhang är Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) [2], men med sina 33 items kan det anses onödigt långt för att använda i klinisk vardag. Det finns heller inte fritt tillgängligt för hälso- och sjukvården.

Baserat på SBU:s rapport [1] finns det visst stöd för användning av visuella analoga skalor (VAS), som instrumentet the Fear of Birth Scale (FOBS) [3-4] eller andra VAS-skolor. Utifrån dagens kunskapsläge menar SBU att det saknas tydlig vägledning i hur dessa skalor bäst ska utformas eller vilka tröskel-värden som är kliniskt relevanta.

Studier där VAS-skolor ställts mot W-DEQ visar att skalorna är bättre på att identifiera personer med förlossningsrädsla (sensitivitet 85–98 %) än på att utesluta personer utan förlossningsrädsla (specificitet 65–80 %). För vidare bedömning behövs därför en fördjupad anamnes [1].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Vi baserar våra slutsatser om vilka instrument som kan användas på det som har framkommit i SBU:s översikt [1].

Det i forskning hittills mest förekommande instrumentet, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) [2], har med sina 33 items goda psykometriska egenskaper, men är inte fritt tillgängligt och förhållandevis långt för att användas i klinisk vardag. När SBU 2021 utvärderade den diagnostiska tillförlitligheten hos andra instrument med W-DEQ som referensstandard, konstaterade de att ”självskattning med visuellt analoga skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vars förlossningsrädsla behöver utredas vidare” [1]. Här hänvisar SBU både till en studie av Haines et al. [3] som använt the Fear of Birth Scale (FOBS) och en studie där skattning skett på en skala från 0 till 10 utan vidare beskrivning av siffrornas innebörd [4]. Med så få studier inkluderade bedömer SBU tillförlitligheten i resultaten som låg.

I sin slutsats tydliggör SBU vidare att skalorna är bättre på att identifiera personer som har förlossningsrädsla än på att utesluta personer som inte har det. Utifrån detta lyfter SBU fram ett tydligt behov av en fördjupad anamnes för de personer som identifierats för att säkerställa att det verkligen handlar om förlossningsrädsla. Detta behov kan ytterligare styrkas mot bakgrund av att förlossningsrädsla kan ha många olika orsaker och ta sig många olika uttryck. Det är därmed sannolikt att gravida med förlossningsrädsla kan behöva olika former av stöd och i olika omfattning.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett

konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 1 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Att under första, andra och tredje trimestern systematiskt fråga, med stöd av självskattning med en visuell analog skala (VAS), hur kvinnan känner inför förlossningen bidrar till att identifiera och adekvat bedöma om förlossningsrädsla föreligger och om hon kan komma att behöva stöd – jämfört med att detta inte görs.

Av 54 som svarade på frågan var det 17 som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (37) var det 86 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	32	86 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	5	14 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	17	-
Total	54	100 %

Kartläggning av förlossningsrädsla

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda en fördjupad anamnestagning vid misstanke om förlossningsrädsla. Kartlägg då den gravidas rädsla och behov av stöd och behandling.

Socialstyrelsen har haft dialog med SBU i frågor om som berör identifiering och behandling av förlossningsrädsla I samband med SBU:s utvärderingsarbete avseende metoder för identifiering och behandling av förlossningsrädsla som resulterade i den systematiska översikten *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet (2021)* [1]. I det följande refereras där det relevant till detta arbete. I övrigt har rekommendationerna baserats på erfarenhetsbaserad kunskap inhämtad via ett konsensusförfarande.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Förlossningsrädsla kan beskrivas som ett samlingsbegrepp som rymmer en mängd olika former av oro och ångest relaterat till graviditet, förlossning och föräldraskap. Rädslan kan ha olika fokus och uttryckas på olika sätt. Intensiteten varierar, liksom upplevelsen av att kunna hantera rädslan på egen hand. Förlossningsrädsla kan förekomma utan någon annan psykisk ohälsa, men också i kombination med psykiatriska tillstånd eller med subkliniska nivåer av psykiska symtom. Även tidigare erfarenheter av våld och övergrepp kan påverka, liksom traumatiska upplevelser i samband med födande eller annan hälso- och sjukvård.

Att känna rädsla och oro inför en väntande förlossning är mycket vanligt. Graden av rädsla kan variera från ingen rädsla alls eller lätt oro till en mycket stark rädsla som medför emotionellt lidande och blir hindrande för kvinnan. Omkring 15–20 % av gravida kvinnor i Sverige ger i forskning uttryck för påtaglig förlossningsrädsla, och prevalensen tycks ännu högre bland utlandsfödda kvinnor. Förlossningsrädsla kan drabba både förstföderskor och omföderskor. Rädslan kan ha många olika orsaker och ta sig varierande uttryck. Det finns en tydlig samvariation med annan psykisk ohälsa, men detta samband förklarar långt ifrån all förlossningsrädsla. Samband har även visats med tidigare traumatiska erfarenheter och tidigare negativa förlossningserfarenheter, men förlossningsrädsla förekommer ofta utan att någon av dessa riskfaktorer föreligger. Vissa kvinnor med förlossningsrädsla uttrycker starka önskemål om att föda med planerat kejsarsnitt, och förlossningsrädsla bidrar tydligt till att öka andelen kejsarsnitt på moderns önskan. Förlossningsrädsla ökar också risken för att efter förlossningen uttrycka negativa förlossningsupplevelser.

Många kvinnor kan redan i tidig graviditet signalera till sin barnmorska om sin oro, men för kvinnor med svår rädsla kan känslan vara så stark och skambelagd att det leder till undvikanden och försök till att förneka rädslan

så länge det går. För andra kan svår rädsla ta uttryck i somatisering och frekventa kontroller p.g.a. fysiska symtom, såsom prematura sammandragningar, eller oklara smärtor utan påvisbar anledning. En del kanaliserar sin oro genom att söka information, t.ex. via olika forum. Forskning stödjer bilden av att en förstående och trygg barnmorska underlättar för den rädda att våga berätta om sina farhågor.

För en del gravida växer medvetenheten om den egna rädslan först under graviditetens gång, för andra byggs tilliten till att våga anförtro sig till barnmorskan succesivt under vägen, och för vissa kan insikten att inte klara av sin oro på egen hand infinna sig mot slutet av graviditeten. Dessa skillnader i förlopp gör det svårt att vid ett enskilt tillfälle tillförlitligt identifiera samtliga förlossningsrädda kvinnor.

För att få en första indikation om huruvida förlossningsrädsla eventuellt föreligger hos den gravida kvinnan används självskattningsskalor i kombination med samtal som förs mellan den gravida och barnmorskan. För de gravida som misstänks lida av förlossningsrädsla krävs dock vidare kartläggning för att kunna göra en bedömning om huruvida förlossningsrädsla faktiskt föreligger och i så fall hur allvarlig den är, men också för att få en detaljrik bakgrund mot vilken ett stöd eller en behandling som svarar mot kvinnans behov kan skraddarsys.

Vilken effekt har åtgärden?

Om en kvinna i samband med den systematiska identifieringen ger uttryck för möjlig förlossningsrädsla genomförs en fördjupad kartläggning av kvinnans rädsla samt hennes behov av stöd. Kartläggningen initieras lämpligen av den barnmorska inom mödravården som identifierade kvinnan som potentiellt förlossningsrädd. Om kvinnans behov av stöd föreligger falla utanför barnmorskans kompetensområde skickas lämpligen remiss för fortsatt bedömning och vid behov stöd eller behandling till annan relevant instans inom hälso- och sjukvården (exempelvis MBHV-psykolog, mottagning specialiserad på förlossningsrädsla, specialistmödravård eller psykiatrisk mottagning). Vart sådan remiss skickas bör baseras på vilka insatser som finns tillgängliga och på mödravårdens initiala bedömning av den aktuella kvinnans behov.

Att närmare kartlägga vad rädslan består av och hur den påverkar den gravida bidrar till en adekvat bedömning av förlossningsrädslan och till att kvinnan snabbare och på rätt nivå kan få stöd och behandling som svarar mot hennes behov.

I ovannämnda SBU översikt [1] konstateras att vid identifiering av förlossningsrädsla blir det etiskt problematiskt ifall gruppen ses som enhetlig då en utebliven fördjupad anamnes kan hindra anpassning av eventuell behandling. Detta framgick av en etisk analys som gjordes inom ramen för SBU:s arbete.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 2 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Att vid misstanke om förlossningsrädsla fördjupa anamnesen för att kartlägga kvinnans rädsla samt hennes behov av stöd och behandling (s.k. fördjupad anamnestagning) bidrar till en adekvat bedömning av förlossningsrädseln och till att kvinnan snabbare och på rätt nivå kan få stöd och behandling som svarar mot hennes behov – jämfört med att ett detta inte görs.

Av 52 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 2 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (50) var det 98 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	49	98 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	1	2 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	2	-
Total	52	100 %

Stöd och behandling vid förlossningsrädsla

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda den gravida med konstaterad förlossningsrädsla stöd eller psykologisk behandling anpassad efter den gravidas behov (inom mödrahälsovården eller via remiss till enhet med annan specialistkompetens).

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Att känna rädsla och oro inför en väntande förlossning är mycket vanligt. Graden av rädsla kan variera från ingen rädsla alls eller lätt oro till en mycket stark rädsla som medför emotionellt lidande och blir hindrande för kvinnan. Omkring 15–20 % av gravida kvinnor i Sverige ger i forskning uttryck för påtaglig förlossningsrädsla, och prevalensen tycks ännu högre bland utlandsfödda kvinnor. Förlossningsrädsla kan drabba både förstföderskor och omföderskor. Rädslan kan ha många olika orsaker och ta sig många olika uttryck. Det finns en tydlig samvariation med annan psykisk ohälsa, men detta samband förklarar långt ifrån all förlossningsrädsla. Samband har även visats med tidigare traumatiska erfarenheter och tidigare negativa förlossningserfarenheter, men förlossningsrädsla förekommer ofta utan att någon av dessa riskfaktorer föreligger. Vissa kvinnor med förlossningsrädsla uttrycker starka önskemål om att föda med planerat kejsarsnitt, och förlossningsrädsla bidrar tydligt till att öka andelen kejsarsnitt på moderns önskan. Förlossningsrädsla ökar också risken för att efter förlossningen uttrycka negativa förlossningsupplevelser, samt kan påverka bindningen till barnet.

Vissa gravida känner att de kan hantera sin rädsla på egen hand, medan andra uttrycker ett stort behov av hjälp och stöd. Eftersom rädslan kan ha många olika orsaker och ta sig många olika uttryck, kan stödet behöva anpassas efter kvinnans unika behov och önskemål.

Enligt statistik från graviditetsregistret fick 2020 drygt 10 % av alla gravida extra stöd för förlossningsrädsla. Tidigare rapporter har visat stora variationer i vilka grupper som får tillgång till detta stöd, särskilt bland omföderskor där högutbildade och svenskfödda kvinnor i högre utsträckning tagit del av stödet.

Vilken effekt har åtgärden?

I Sverige erbjuds vanligen samtalsstöd vid förlossningsrädsla. I ett första led kan kvinnans barnmorska inom mödrahälsovården erbjuda kvinnan extra tid eller besök för samtal om förlossningsrädsla. Samtalsstödet ges annars ofta av barnmorskor eller kuratorer vid specialiserade enheter, på många håll kallade Auroramottagningar. Stödet syftar till att förbereda kvinnan inför födandet och öka möjligheterna till en positiv förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt. I syftet ingår också att ge ökad kunskap och en realistisk bild

av hur en förlossning går till, öka kvinnans tilltro till sin förmåga att föda, och att gå igenom eventuella tidigare förlossningsupplevelser och därmed bidra till ökat psykologiskt och emotionellt välbefinnande hos kvinnan.

Kvinnor kan också få psykologisk behandling för sin förlossningsrädsla av psykologer verksamma inom mödrahälsovården. Sådana insatser kan fokusera på den väntande förlossningen, men också vidgas till kvinnans psykiska mående i ett vidare perspektiv. Insatserna anpassas utifrån kvinnans individuella behov, och bygger vanligen på väl beprövade tekniker för behandling av psykisk ohälsa, däribland kognitiv beteendeterapi. Psykologisk kunskap om psykisk ohälsa och betydelsen av tidigare erfarenheter och kontextuella faktorer kan bidra till bedömning av eventuell samsjuklighet och prioritering av insatser. Ett optimalt omhändertagande av kvinnor med förlossningsrädsla gynnas därför sannolikt av nära samverkan mellan yrkesgrupper.

SBU konstaterar i sin rapport att effekten av behandling av förlossningsrädsla kan inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet i utvärderingen [1]. Detta gäller så väl förlossningsrädsla som förlossningssätt, psykiskt mående, upplevelse av behandling, livskvalitet, komplikationer vid förlossning eller smärtlindring och annan medicinering vid förlossning. Det är viktigt att påpeka att SBU har i sin översikt fokuserat på förlossningsrädsla som har klinisk relevans, vilket innebär att den allvarligt stör personens dagliga liv och innebär ett påtagligt lidande [1].

Det finns dock indikationer på att deltagande i någon form av icke-farmakologisk intervention (oavsett typ) kan möjligen bidra till minskad rädsla bland förlossningsrädda kvinnor [5] men att en eventuell minskning behöver inte alltid vara klinisk meningsfull (låg tillförlitlighet).

I samma nyligen publicerad Cochrane rapport [5] konstaterades också att icke-farmakologiska interventioner sannolikt minskar antalet kvinnor som föder med kejsarsnitt (måttlig tillförlitlighet) men att det är osäkert om interventionerna påverkar antalet kvinnor som föredrar att föda kejsarsnitt.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 3 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Att vid behov erbjuda den gravida kvinnan med konstaterad förllossningsrädsla stöd eller behandling anpassat efter hennes behov (inom mödravården eller via remiss till enhet med annan specialistkompetens) bidrar till ökat psykologiskt och emotionellt välbefinnande hos kvinnan – jämfört med att detta inte görs.

Av de 53 panelmedlemmar som svarade på frågan var det ingen som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (53) var det 100 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 3. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	53	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	0	-
Total	53	100 %

Fortbildning, konsultation och handledning till personal

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

i frågor som berör identifiering av och stöd för förlossningsrädsla hos gravida erbjuda personal inom mödrahälsovården fortbildning och möjlighet till regelbunden konsultation och handledning.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Enligt det nationella basprogrammet för mödrahälsovården ingår det under graviditet att göra bedömningar av den gravida kvinnans psykiska tillstånd. Detta kan i vissa lägen vara utmanande och kräver gedigen kunskap om förlossningsrädsla och annan psykisk ohälsa. Att diskutera känslor och rädslor kan för en del personal också väcka egna tankar och känslor, som påverkar den kliniska verksamheten.

Vilken effekt har åtgärden?

Genom att erbjuda personalen fortbildning om förlossningsrädsla och möjlighet till regelbunden konsultation och handledning för att lyfta frågor kring problematiken, kan personalens förståelse för själva fenomenet och dess följder öka. Insatserna kan också öka personalens praktiska färdigheter i mötet med de rädda gravida. Adekvat kunskap, förståelse och färdigheter samt möjlighet till konsultation kan underlätta personalens arbete med att identifiera de rädda, förstå de individuella behoven och avgöra vilket stöd kvinnan kan ha mest hjälp av, samt vid behov underlätta remittering till annan instans.

I dagens kunskapsläge saknas vetenskapligt stöd för hur fortbildning, möjlighet till regelbunden konsultation och handledning inom mödrahälsovården påverkar vårdens kvalitet. Erfarenheter från psykologisk behandling och psykoterapi talar för vikten av fortlöpande handledning för personer som hantlar svåra känslomässiga frågor. Professionella behöver stöd och utbildning för att identifiera problemen och fördjupa anamnesen och samtalet med patienten [1].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett

konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 4 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Att i frågor som berör identifiering av och stöd för förlossningsrädsla hos gravida kvinnor erbjuda personal på mödrahälsovården fortbildning och möjlighet till regelbunden konsultation och handledning bidrar till bättre omhändertagande av kvinnan avseende t.ex. ökad kvalitet på stödet och till att kvinnan snabbare får den hjälp hon behöver - jämfört med att personalen inte har möjlighet till fortbildning, konsultation och handledning.

Av de 52 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 2 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (50) var det 98 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 4. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	49	98 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	1	2 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	2	-
Total	52	100 %

Referenser

1. SBU. Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 322. ISBN 978-91-88437-66-2.
2. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1998; 19(2): 84-97.
3. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011; 27(4):560-7.
4. Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Nystedt A. Presence and process of fear of birth during pregnancy—Findings from a longitudinal cohort study. *Women and Birth*. 2017; 30(5):e242-e7.
5. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 7. Art. No.: CD013321. DOI: 10.1002/14651858.CD013321.pub2. Accessed 28 March 2022.

Förlossningsbristningar

Alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel förutom en utgår från praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. Rekommendationen om två undersökare för att diagnostisera misstänkta bristningar vid bristningar grad 2, 3 och 4 och som finns i den sammansatta rekommendationen under rubriken *Bedövning, diagnostik och suturering* har dock visst stöd i SBU:s rapport *Förlossningsbristningar Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information* [8]. Vi har inte kunnat identifiera systematiska översikter eller RCT-studier för någon av de andra rekommendationerna. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*.

Samtal och förlossningsplanering för gravida med ökad risk eller kvarstående besvär

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda gravida med identifierade eller uttalade riskfaktorer för förlossningsbristningar, stödjande samtal och vid behov förlossningsplanering.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Gravida kvinnor med identifierade/uttalade riskfaktorer för förlossningsbristningar kan drabbas av rädsla och oro inför den kommande förlossningen och har särskilt behov av kunskap om vad som kan inträffa under förlossningen och vilka åtgärder som kommer att vidtas. Faktorer som är förknippade med ökad risk för förlossningsbristningar är t.ex. att vara förstföderska, kvinna med kort mellangård och som är könsstympad, omföderska med tidigare sfinkterskada, att tidigare vara förlöst med kejsarsnitt samt kvinnans ålder. Andra faktorer som relaterar till fostret inkluderar födelsevikt, huvudomfång eller avvikande bjudning. Det är av vikt att anpassa samtalet och planeringen utifrån de riskfaktorer som identifierats hos kvinnan och/eller de eventuella sekundära besvären som hon tidigare kan ha haft av en bristning, samt medvetandegöra dessa på ett sätt som skapar realistiska förväntningar men utan att driva på oron hos henne.

Vilken effekt har åtgärden?

Stödjande samtal och förlossningsplanering med ansvarig barnmorska eller läkare under tidigt skede eller vid behov under graviditeten bidrar till att förbereda kvinnan inför förlossningen. Hon får en känsla av förvisning om vad som kan inträffa och vilka åtgärder vidtas. Det bidrar till ett väl fungerande samarbete mellan kvinnan och ansvarig barnmorska eller läkare vid förlossningens utdrivningsskede och därmed till att minska risken för stora bäckenbottenbristningar.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av fyra kvalitativa studier. I tre av studierna pekar resultaten på att många kvinnor känner sig besvikna på vården då upplever sig inte ha blivit informerade om potentiella risker vid vaginal förlossning [1-3]. Kvinnorna i två studier ansåg att en förändring i rutiner kring information om förlossningsskador kunde förbereda dem på att hantera skadorna på ett bättre sätt [1, 2]. De nyblivna mödrarna uppgav att förlossningsskador inte berördes och när kvinnorna själva ville samtala om ämnet avfärdades ofta konversationen [1]. Två artiklar härstammar från Sverige [3, 4].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 1 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Stödjande samtal och förlossningsplanering med en gravid kvinna med identifierad riskfaktor för förlossningsbristning eller som haft en svår förlossningsbristning under tidigare graviditet och har kvarstående besvär, har gynnsamma effekter på kvinnans fysiska hälsa, t.ex. med avseende på förekomst av bristningar jämfört med att detta inte görs.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 9 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (76) var det 95 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	72	95 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	4	5 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	9	-
Total	85	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Buurman m.fl., 2013 [2]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervju-studie	n=26	Utforska kvinnors uppfattning om dysfunktion efter bäckenbottnen och deras hjälpsökande beteende
Skinner, E. m.fl. 2017 [1]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervju-studie	n=504 förstföderskor	Undersöka sambandet mellan somatiska skador vid förlossning (LAMI) och psykologiska symtom.
Lindqvist m. fl., 2018 [4]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=1248	Kvinnors erfarenheter av de första två månaderna efter av analfinkter skada med fokus på problematisk återhämtning.
Lindqvist m.fl., 2019 [3]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=625	Kvinnors erfarenheter relaterade till återhämtning av analfinkter skada ett år efter förlossning

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Tidigare bäckenbottenskadade gravida samt gravida med identifierade särskilda risker. Förlossningssamtal och förlossningsplanering inklusive undersökning utförd av specialistläkare och barnmorska Datum: 2020-10-28			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum:			
1.	Mesh/FT	((Obstetric Labor Complications[Mesh] OR Pregnancy Complications[Mesh]) AND (Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Urinary Incontinence[Mesh] OR Fecal Incontinence[Mesh])) OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR urinary incontinence[tiab] OR fecal incontinence[tiab] OR faecal incontinence[tiab] OR perineal tears[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR sphincter injury[tiab] OR OASIs[tiab]	35437
2.	FT	multiparity[tiab] OR multiparous[tiab] OR second parity[tiab] OR second gravidity[tiab] OR second pregnancy[tiab] OR second delivery[tiab] OR delivery after pelvic floor[tiab] OR second birth[tiab] OR subsequent deliver*[tiab] OR subsequent vaginal deliver*[tiab] OR subsequent pregnanc*[tiab] OR (vaginal deliver*[tiab] AND subsequent[tiab]) OR secondary prevention[tiab]	32949
3.	Mesh/FT	Directive Counseling[Mesh] OR education*[tiab] OR antenatal classes[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR antenatal course*[tiab] OR advice*[tiab] OR health information[tiab] OR education*[ti] OR counseling[tiab] OR workshop*[tiab] OR inform*[ti] OR information[tiab] OR Consultation[tiab]	1786962
4.	Mesh/FT	"Fear"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] OR worry[tiab] OR worried[tiab] OR worries[tiab] OR concern*[tiab] OR fear*[tiab] OR anxiety[tiab] OR anxious[tiab] OR Patient Satisfaction[Mesh] OR "Trust"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR Self Efficacy[Mesh] OR satisfaction[tiab] OR calm*[tiab] OR self-reliance[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR self-care[tiab] OR well-being[tiab] OR wellbeing[tiab] OR sense of security[tiab] OR experience of birth[tiab] OR maternal satisfaction[tiab] OR trust[tiab] OR psychologic*[tiab] OR experience[tiab] OR emotional sequelae[tiab] OR functional outcome*[tiab]	2053279
5.		1-4 AND; English	32
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO			
6.	DE/FT	(MH "Pelvic Organ Prolapse") OR (MH "Urinary Incontinence+") OR (MH "Fecal Incontinence") OR (MH "Pelvic Floor Disorders") OR TI ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injury" OR OASIs) OR AB ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR	19864

Ämne: Tidigare bäckenbottenskadade gravida samt gravida med identifierade särskilda risker. Förlossningssamtal och förlossningsplanering inklusive undersökning utförd av speciallistläkare och barnmorska

Datum: 2020-10-28

		"perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injury" OR OASIs)	
7.	FT	TI (multiparity OR multiparous OR "second parity" OR "second gravidity" OR "second pregnancy" OR "second delivery" OR "delivery after pelvic floor" OR "second birth" OR "subsequent deliver*" OR "subsequent vaginal deliver*" OR "subsequent pregnanc*" OR ("vaginal deliver*" AND subsequent) OR "secondary prevention") OR AB (multiparity OR multiparous OR "second parity" OR "second gravidity" OR "second pregnancy" OR "second delivery" OR "delivery after pelvic floor" OR "second birth" OR "subsequent deliver*" OR "subsequent vaginal deliver*" OR "subsequent pregnanc*" OR ("vaginal deliver*" AND subsequent) OR "secondary prevention")	10038
8.	FT	TI (education* OR "antenatal classes" OR "childbirth classes" OR "antenatal course*" OR advice* OR counseling OR workshop* OR information OR Consultation) OR AB (education* OR "antenatal classes" OR "childbirth classes" OR "antenatal course*" OR advice* OR counseling OR workshop* OR information OR Consultation)	746387
9.	FT	TI (worry OR worried OR worries OR concern* OR fear* OR anxiety OR calm* OR self-reliance OR self-efficacy OR self-care OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR "experience of birth" OR "maternal satisfaction" OR trust OR psychologic* OR experience OR "emotional sequelae" OR "functional outcome*") OR AB (worry OR worried OR worries OR concern* OR fear* OR anxiety OR calm* OR self-reliance OR self-efficacy OR self-care OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR "experience of birth" OR "maternal satisfaction" OR trust OR psychologic* OR experience OR "emotional sequelae" OR "functional outcome*")	730936
10.		6-9 AND	14
11.		6-8 AND	27 (11)

73*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritextstermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-01-22 Ämne: Undersökning av bäckenbotten utförd av specialist 1. Gravida kvinnor med riskfaktorer för bristning i anamnesen 2. Gravida kvinnor som tidigare fått större bristning/har kvarstående besvär			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Lacerations[Mesh] OR Anal canal/injuries[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR perineal tears[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR sphincter injury[tiab] OR OASIs[tiab] OR pubovisceral muscle tear*[tiab]	24785
2.	Mesh/FT	Delivery, Obstetric/methods[Mesh] OR "Cesarean Section"[Mesh] OR Mode of deliver*[tiab] OR mode of subsequent deliver*[tiab] OR mode of subsequent birth*[tiab] OR vaginal birth*[tiab] OR vaginal deliver*[tiab] OR cesarean delivery[tiab] OR cesarean section[tiab] OR caesarean delivery[tiab] OR caesarean section[tiab]	87411
3.	Mesh/FT	"Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh:NoExp] OR Symptom Assessment[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh:NoExp] OR "Clinical Decision-Making"[Mesh] OR assessment[tiab] OR assess[tiab] OR assessed[tiab] OR evaluation[tiab] OR evaluate*[tiab] OR diagnos*[tiab] OR decision making[tiab] OR examination[tiab] OR clinical judgement[tiab] OR clinical reasoning[tiab] OR clinical decision*[tiab]	7774051
4.	Mesh/FT	"Practice Patterns, Physicians"[Mesh] OR Obstetrics[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR obstetrician*[tiab] OR specialist*[tiab] OR physician*[tiab] OR gynecologist*[tiab]	644546
5.		1-4 AND English	141
6.		1 AND 4 AND mode of delivery[ti]	5
7.		5 OR 6	146

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Samtal och förlossningsplanering för gravida med kvarstående besvär

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda stödjande samtal och förlossningsplanering till gravida som har kvarstående besvär efter svåra förlossningsbristningar vid tidigare graviditeter.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Gravida kvinnor som har drabbats av svåra förlossningsbristningar vid tidigare graviditet och som har kvarstående besvär kan drabbas av rädsla och oro inför den kommande förlossningen och har särskilt behov av kunskap om vad som kan inträffa under förlossningen och vilka åtgärder som kommer att vidtas. Känslan av oro och rädsla för att återigen få uppleva de sekundära besvär som hon kan ha haft i samband med tidigare förlossningsbristning kan vara synnerligen stark. Det är av vikt att anpassa samtalet och planeringen utifrån den oro och/eller de kvarstående sekundära besvären som hon tidigare kan ha haft av en bristning, samt medvetandegöra dessa på ett sätt som skapar realistiska förväntningar men utan att driva på oron hos henne.

Vilken effekt har åtgärden?

Reflekterande samtal och förlossningsplanering med ansvarig barnmorska eller läkare under tidigt skede eller vid behov under graviditeten bidrar till att förbereda kvinnan inför förlossningen. Hon får en känsla av förvisning om vad som kan inträffa och vilka åtgärder vidtas. Det bidrar till ett väl fungerande samarbete mellan kvinnan och ansvarig barnmorska eller läkare vid förlossningens utdrivningsskede och därmed till att minska risken för stora bäckenbottenbristningar.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av fyra kvalitativa studier. I tre av studierna pekar resultaten på att många kvinnor känner sig besvikna på vården då upplever sig inte ha blivit informerade om potentiella risker vid vaginal förlossning [1-3]. Kvinnorna i två studier ansåg att en förändring i rutiner kring information om förlossningsskador kunde förbereda dem på att hantera skadorna på ett bättre sätt [1, 2]. De nyblivna mödrarna uppgav att förlossningsskador inte berördes och när kvinnorna själva ville samtala om ämnet avfärdades ofta konversationen [1]. Två artiklar härstammar från Sverige [3, 4].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 2 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Stödjande samtal och förlossningsplanering med en gravid kvinna med identifierad riskfaktor för förlossningsbristning eller som haft en svår förlossningsbristning under tidigare graviditet och har kvarstående besvär, har gynnsamma effekter på kvinnans fysiska hälsa, t.ex. med avseende på förekomst av bristningar jämfört med att detta inte görs.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 9 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (76) var det 95 % som instämde i påståendet om åtgärdens effekt. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	72	95 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	4	5 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	9	-
Total	85	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Studie-deltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)
Buurman m.fl., 2013 [2]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervjustudie	n=26	Utforska kvinnors uppfattning om dysfunktion efter bäckenbotten och deras hjälpsökande beteende	Låg risk
Skinner, E. m.fl. 2017 [1]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervjustudie	n=504 förstföderskor	Undersöka sambandet mellan somatiska skador vid förlossning (LAMI) och psykologiska symptom.	Låg risk för bias
Lindqvist m. fl, 2018 [4]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=1248	Kvinnors erfarenheter av de första två månaderna efter av analsfinkter skada med fokus på problematisk återhämtning.	Låg risk för bias
Lindqvist m.fl, 2019 [3]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=625	Kvinnors erfarenheter relaterade till återhämtning av analsfinkter skada ett år efter förlossning	Låg risk för bias

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Tidigare bäckenbottensskadade gravida samt gravida med identifierade särskilda risker. Förlossningssamtal och förlossningsplanering inklusive undersökning utförd av specialistläkare och barnmorska

Datum: 2020-10-28

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-10-28

1.	Mesh/FT	((Obstetric Labor Complications[Mesh] OR Pregnancy Complications[Mesh]) AND (Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Urinary Incontinence[Mesh] OR Fecal Incontinence[Mesh])) OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR urinary incontinence[tiab] OR fecal incontinence[tiab] OR faecal incontinence[tiab] OR perineal tears[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR sphincter injury[tiab] OR OASIs[tiab]	35437
2.	FT	multiparity[tiab] OR multiparous[tiab] OR second parity[tiab] OR second gravidity[tiab] OR second pregnancy[tiab] OR second delivery[tiab] OR delivery after pelvic floor[tiab] OR second birth[tiab] OR subsequent deliver*[tiab] OR subsequent vaginal deliver*[tiab] OR subsequent pregnanc*[tiab] OR (vaginal deliver*[tiab] AND subsequent[tiab]) OR secondary prevention[tiab]	32949
3.	Mesh/FT	Directive Counseling[Mesh] OR education*[tiab] OR antenatal classes[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR antenatal course*[tiab] OR advice*[tiab] OR health information[tiab] OR education*[ti] OR counseling[tiab] OR workshop*[tiab] OR inform*[ti] OR information[tiab] OR Consultation[tiab]	1786962
4.	Mesh/FT	"Fear"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] OR worry[tiab] OR worried[tiab] OR worries[tiab] OR concern*[tiab] OR fear*[tiab] OR anxiety[tiab] OR anxious[tiab] OR Patient Satisfaction[Mesh] OR "Trust"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR Self Efficacy[Mesh] OR satisfaction[tiab] OR calm*[tiab] OR self-reliance[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR self-care[tiab] OR well-being[tiab] OR wellbeing[tiab] OR sense of security[tiab] OR experience of birth[tiab] OR maternal satisfaction[tiab] OR trust[tiab] OR psychologic*[tiab] OR experience[tiab] OR emotional sequelae[tiab] OR functional outcome*[tiab]	2053279
5.		1-4 AND; English	32

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-11-04

6.	DE/FT	(MH "Pelvic Organ Prolapse") OR (MH "Urinary Incontinence+") OR (MH "Fecal Incontinence") OR (MH "Pelvic Floor Disorders") OR TI ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injury" OR OASIs) OR AB ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence"	19864
----	-------	--	-------

Ämne: Tidigare bäckenbottensskadade gravida samt gravida med identifierade särskilda risker. Förlossningssamtal och förlossningsplanering inklusive undersökning utförd av specialläkare och barnmorska

Datum: 2020-10-28

		OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injury" OR OASIs)	
7.	FT	TI (multiparity OR multiparous OR "second parity" OR "second gravidity" OR "second pregnancy" OR "second delivery" OR "delivery after pelvic floor" OR "second birth" OR "subsequent deliver*" OR "subsequent vaginal deliver*" OR "subsequent pregnanc*" OR ("vaginal deliver*" AND subsequent) OR "secondary prevention") OR AB (multiparity OR multiparous OR "second parity" OR "second gravidity" OR "second pregnancy" OR "second delivery" OR "delivery after pelvic floor" OR "second birth" OR "subsequent deliver*" OR "subsequent vaginal deliver*" OR "subsequent pregnanc*" OR ("vaginal deliver*" AND subsequent) OR "secondary prevention")	10038
8.	FT	TI (education* OR "antenatal classes" OR "childbirth classes" OR "antenatal course*" OR advice* OR counseling OR workshop* OR information OR Consultation) OR AB (education* OR "antenatal classes" OR "childbirth classes" OR "antenatal course*" OR advice* OR counseling OR workshop* OR information OR Consultation)	746387
9.	FT	TI (worry OR worried OR worries OR concern* OR fear* OR anxiety OR calm* OR self-reliance OR self-efficacy OR self-care OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR "experience of birth" OR "maternal satisfaction" OR trust OR psychologic* OR experience OR "emotional sequelae" OR "functional outcome*") OR AB (worry OR worried OR worries OR concern* OR fear* OR anxiety OR calm* OR self-reliance OR self-efficacy OR self-care OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR "experience of birth" OR "maternal satisfaction" OR trust OR psychologic* OR experience OR "emotional sequelae" OR "functional outcome*")	730936
10.		6-9 AND	14
11.		6-8 AND	27 (11)

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-01-22 Ämne: Undersökning av bäckenbotten utförd av specialist 1. Gravida kvinnor med riskfaktorer för bristning i anamnesen 2. Gravida kvinnor som tidigare fått större bristning/har kvarstående besvär			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Lacerations[Mesh] OR Anal canal/injuries[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR perineal tears[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR sphincter injury[tiab] OR OASIs[tiab] OR pubovisceral muscle tear*[tiab]	24785
2.	Mesh/FT	Delivery, Obstetric/methods[Mesh] OR "Cesarean Section"[Mesh] OR Mode of deliver*[tiab] OR mode of subsequent deliver*[tiab] OR mode of subsequent birth*[tiab] OR vaginal birth*[tiab] OR vaginal deliver*[tiab] OR cesarean delivery[tiab] OR cesarean section[tiab] OR caesarean delivery[tiab] OR caesarean section[tiab]	87411
3.	Mesh/FT	"Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh:NoExp] OR Symptom Assessment[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh:NoExp] OR "Clinical Decision-Making"[Mesh] OR assessment[tiab] OR assess[tiab] OR assessed[tiab] OR evaluation[tiab] OR evaluate*[tiab] OR diagnos*[tiab] OR decision making[tiab] OR examination[tiab] OR clinical judgement[tiab] OR clinical reasoning[tiab] OR clinical decision*[tiab]	7774051
4.	Mesh/FT	"Practice Patterns, Physicians"[Mesh] OR Obstetrics[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR obstetrician*[tiab] OR specialist*[tiab] OR physician*[tiab] OR gynecologist*[tiab]	644546
5.		1-4 AND English	141
6.		1 AND 4 AND mode of delivery[ti]	5
7.		5 OR 6	146

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

Bedövning, diagnostik och suturering av förlossningsbristningar

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

vid den undersökning som sker direkt efter förlossningen erbjuda den nyförlösta

- adekvat bedövning, helst med yttre pudendusblockad (PDB)
- två som undersöker för att diagnostisera misstänkta bristningar
- två utförare som hjälps åt för att suturera bristningar grad 2, 3 och 4.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

De flesta kvinnor upplever smärta i underlivet direkt efter en vaginal förlossning oavsett om hon har drabbats av förlossningsbristning, klipp eller inte haft någon bristning alls. I samband med den undersökning i underlivet som görs för att upptäcka, diagnosticera och suturera en bristning, kan obehag och smärta hos kvinnan bli ännu mer påtaglig i synnerhet om smärtlindring är otillräcklig. Detta beror på att undersökningen görs när området blöder, är ödematöst och ömt. Det har varit rutin i förlossningsvården att bedöva inför suturering av bristningar men inte vid undersökning av underlivet direkt efter förlossningen.

Suturering av förlossningsbristningar kan vara mer eller mindre komplicerad att göra beroende på var den är lokaliserad samt bristningens omfattning. En ytterligare försvårande omständighet är att området vid bristningen blöder, är ödematös och i akutskedet kan bristningars omfattning i levatormuskulaturen och sfinkterskador vara svåra att avgränsa från ytligare bristningar i vaginalväggarna.

Vilken effekt har åtgärden?

En väl fungerande smärtlindring vid såväl inspektion som suturering kan reducera risken för att kvinnan får en traumatisk smärtupplevelse, säkerställa att diagnostiken blir bättre så att en eventuell bristning inte missas och därmed öka möjligheten till korrekt åtgärd. Att lägga en pudendusblockad (PDB) när bristning misstänks ökar möjligheten till korrekt diagnostisering och därmed en korrekt behandling av förlossningsskadan. Vid behov kan PDB förnyas på vilket ger bättre förutsättningar att suturera korrekt. När suturering utförs av två barnmorskor/läkare tillsammans ökar möjligheten till en korrekt och optimal suturering.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av en kvalitativ och två kvantitativa studier. Kvinnor med bristningar av första eller andra graden samt episiotomi inkluderades i en studie av Thompson m.fl. [5]. Studien pekar på att hur bemötandet från professionen hade påverkat upplevelsen av suturering och den fortsatta kroppsliga och psykiska återhämtningen. Studien tyder på att kvinnor som har obesvarade frågor om sutureringen av sin bristning upplever mer på smärta [5].

En studie av Kriss et al. pekar på att bristningar suturerade av mindre erfaren läkare bidrar i högre grad till ofullständig suturering i jämförelsen med när mer erfaren läkare utförde sutureringen ($p < 0,001$) [6]. En observationsstudie av Cerro m.fl. [7], pekar på att den viktigaste faktorn för att förbygga bäckenbottendysfunktion 6 månader postpartum var en korrekt diagnostisering och primär suturering av bristning grad 3 och 4 [7].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Adekvat bedövning

Tabell 3 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Adekvat bedövning, helst med yttre pudendusblockad (PDB) vid undersökning av förlossningsbristningar ökar möjligheten till korrekt diagnostisering och därmed en korrekt behandling av förlossningsskadan – jämfört med att detta inte görs.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 16 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (69) var det 99 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 3. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	68	99 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	1	1 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	16	-
Total	85	100 %

Två suturerare

Tabell 4 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: När suturering av förlossningsbristningar utförs av två personer (två barnmorskor, två läkare eller en barnmorska och en läkare), ökar möjligheten till en korrekt och optimal suturering vilket bidrar till bättre behandlingsresultat – jämfört med att sutureringen utförs bara av en person.

Av de 83 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 17 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (66) var det 97 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 4. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	64	97 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	2	3 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	17	-
Total	83	100 %

SBU, Förlossningsbristningar – Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information

Kunskapsunderlaget gällande påståendet två undersökare för att diagnostisera misstänkta bristningar vid bristningar grad 2, 3 och 4 baseras helt på en utvärderingsrapport från 2021 framtagen av Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [8]. När den nyförlösta kvinnan undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare direkt efter förlossningen förbättras diagnostiken och 37–46 procent fler bristningar identifieras [RR=0,63 (95 % KI, 0,48 till 0,84), RR=0,54 (95 % KI, 0,37 till 0,80)]. SBU gör bedömningen att slutsatsen om effekten av åtgärden har måttlig tillförlitlighet (bedömningen är att det är möjligt att resultatet stämmer). Resultatet har måttlig tillförlitlighet (bedömningen är att det är troligt att resultatet stämmer) [8].

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Thompsson m.fl 2015 [5]	Kvalitativ studie	n=11	Kvinnor som med grad 2 bristning	Kvinnors upplevelse av suturering som en aspekt av normal förlossning.
Kriss m.fl. 2016 [6]	Cohort studie	n=60	Kvinnor som drabbats av OASIS	Riskfaktorer för att ofullständig suturering vid OASIS
Cerro m.fl. m.fl 2017 [7]	Observationsstudie	n=95	Kvinnor som drabbats av OASIS	Bäckenbottendysfunktion efter bristning grad 3 och 4

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Vilken effekt på kvinnan avseende läkning/kvarstående problem har undersökning och bedömning av bristningar
Datum 2020-10-12

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR Perineal infection[tiab] OR ((Perineum[Mesh] OR Pelvic Floor[Mesh] OR pelvic floor[tiab]) AND (Surgical Wound Dehiscence[Mesh] OR hematoma*[tiab] OR infection*[tiab] OR wound dehiscence[tiab]))	18091
2.	Mesh/FT	"Pelvic Organ Prolapse/diagnosis"[Mesh] OR Symptom Assessment[Mesh] OR diagnos*[ti] OR assess*[tiab] OR evaluat*[tiab] OR detect*[tiab] OR examining[tiab] OR examination[tiab] OR spectroscopy[tiab] OR ultrasonography[tiab] OR ultrasonographic[tiab] OR endosonography[tiab]	8343160
3.	Mesh/FT	"Postpartum Period"[Mesh] OR Perinatal Care[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR after delivery[tiab] OR post-delivery[tiab] OR postdelivery[tiab] OR postpartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR after pregnancy[tiab] OR postpregnancy[tiab] OR post-pregnancy[tiab] OR postnatal[tiab] OR after birth[tiab] OR after vaginal delivery[tiab] OR after labour[tiab] OR after labor[tiab] OR postlabor[tiab] OR post-labor[tiab] OR postlabour[tiab] OR post-labour[tiab]	270984
4.		1 -3 AND	715
5.		4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	88 (11)
6.		4 AND Immediate*[tiab]	49 (17)
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-10-12			
7.	DE/FT	(MH "Pregnancy") OR (MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy Complications") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant) OR AB (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant)	255131
8.	DE/FT	(MH "Pelvic Floor Muscles") OR TI (("pelvic floor" OR "pelvic diaphragm*") AND (anatomy OR physiology)) OR "pelvic floor function" OR "pelvic	3239

Ämne: Vilken effekt på kvinnan avseende läkning/kvarstående problem har undersökning och bedömning av bristningar

Datum 2020-10-12

		floor knowledge" OR "pelvic floor muscle*") OR AB (("pelvic floor" OR "pelvic diaphragm*") AND (anatomy OR physiology)) OR "pelvic floor function" OR "pelvic floor knowledge" OR "pelvic floor muscle*")	
9.	DE/FT	(MH "Childbirth Education") OR (MH "Patient Education") OR (MH "Counseling") OR (MM "Health Education") OR TI (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*) OR AB (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife* OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*)	899460
10.		5 AND 6 AND 7 2010-2020, English	81

ProQuest databaser:

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-05-13

Ämne: Vilken betydelse för den födande kvinnan avseende förekomst av bristningar vid instrumentella förlossningar har teamträning (utbildning och träning)?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Vacuum Extraction, Obstetrical"[Mesh] OR "Obstetrical Forceps"[Mesh] OR Vacuum extraction[tiab] OR vacuum delivery[tiab] OR ventouse[tiab] OR forceps[tiab] OR instrumental deliver*[tiab] OR assisted deliver*[tiab] OR operative deliver*[tiab] OR operative vaginal deliver*[tiab] OR operative vaginal birth[tiab] OR obstetric emergenc*[tiab]	16488
2.	Mesh/FT	Team*[tiab] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated management[tiab] OR inter-disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi-disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR trans-disciplinary[tiab] OR transdisciplinary[tiab] OR multi-speciality team*[tiab] OR collaborat*[tiab] OR teamwork[tiab]	489553
3.	Mesh/FT	"Inservice Training"[Mesh] OR "Personnel, Hospital/education"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/education"[Mesh:NoExp] OR Education/methods[Mesh] OR Teaching[Mesh] OR Problem-Based Learning[Mesh] OR "Education, Medical, Continuing"[Mesh] OR "Education, Nursing, Continuing"[Mesh] OR "Education, Medical, Graduate"[Mesh] OR "Simulation Training"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR Staff Development[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR simulat*[tiab] OR train*[tiab] OR educat*[tiab] OR teach*[tiab] OR skills[tiab] OR	2752729

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-05-13

Ämne: Vilken betydelse för den födande kvinnan avseende förekomst av bristningar vid instrumentella förlossningar har teamträning (utbildning och träning)?

		competence[tiab] OR learning[tiab] OR learn[tiab] OR employee orientation[tiab] OR employee program*[tiab] OR staff development[tiab] OR knowledge[tiab] OR program*[ti] OR clinical protocol*[tiab]	
4.		1 -3 AND Filters activated: Publication date from 2010/01/01, English	78
5.			

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Uppföljande undersökning första veckan efter förlossningen och tidigt samtal

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda den nyförlösta med förlossningsbristningar grad 2, 3 och 4 eller med besvär en tidig kontroll innan utskrivningen eller under veckan efter förlossningen.

Vid kontrollen

- bör en bedömning ingå av läkningsprocessen av den suturering som gjorts
- bör individanpassad information om förväntat läkningsförlopp ges
- bör en uppföljning planeras både av läkningsprocessen och kvinnans välmående.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

En kvinna som har fått en förlossningsbristning behandlad kan ändå drabbas av komplikationer såsom sårruptur, infektion eller hematom. En tidig upptäckt av en komplikation erbjuder en möjlighet att snabbt sätta motåtgärder och vid behov remittera till rätt instans.

För den nyförlösta kvinnan kan en förlossningsbristning var något nytt och traumatiskt och skapar oro och osäkerhet. Även så kvinnor som under tidigare förlossningar fått förlossningsbristningar. Den första perioden efter sutureringen kan hon vilja ställa frågor som svarar mot hennes behov av att veta hur läkningsprocessen fortgår, när skadan kan förväntas bli läkt och vart hon ska vända sig vid kvarstående problem. såsom sårruptur, infektion eller hematom samt ges tillfälle att sätta motåtgärder för dessa problem. En sådan uppföljning ger även förutsättningar för att kontrollera att förlossningsbristningar inte har missats. Det kan också leda till att kvinnan sannolikt behöver söka vården mindre undre de första veckorna efter förlossning.

Vilken effekt har åtgärden?

En tidig kontroll erbjuder även en möjlighet att svara på kvinnans frågor avseende hennes förlossningsbristning. Under tillfället ges kvinnan individanpassad information om förväntat läkningsförlopp. Detta bidrar till ökad känsla av trygghet, delaktighet och kontroll och gynnar en positiv återhämtning. Att initiera samtal under uppföljningen första veckan efter förlossning om kvinnans individuella och känsliga besvär och därefter erbjuda anpassad information utifrån hennes tillstånd och behov har positiv effekt på kvinnans möjligheter till psykisk och fysisk återhämtning och hennes generella välmående. Det bidrar till ökad livskvalitet, känsla av trygghet och till positiv återhämtning efter en förlossningsbristning. Eftersom den information som

eftersträvas av kvinnan berör vad som normalt upplevs som känsligt och privat kan det presentera ett hinder för kvinnan att ta första steget i samtalet. Det är därför viktigt att dialog kring informationen sker på initiativ av barnmorskan/läkaren och att kvinnan ges tillfälle och görs trygg och bekväm att ställa sina frågor i den takt och i det format hon föredrar.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av sex kvalitativa studier. Samtliga studier pekar på att deltagarna önskade att samtalen om läkningsprocessen hade initierats av vårdgivaren. Samt att besvär som exempelvis rörde blåsa, tarm eller samliv var känsliga, generande, tabubelagda och obekväma att prata om, vilket innebar en för stor utmaning att själv ta upp med vårdgivaren [1, 2, 4, 9-11]. När vårdgivaren inte informerade om eller lyfte problemen tolkade deltagarna det som att då var det inte så illa och de hoppades istället på att problemet skulle lösa sig av sig själv [10].

Trots stigmatisering sökte kvinnor hjälp för förlossningsskadan, men kunde uppleva att de inte blev tagna på allvar, inte fick adekvat behandling och att deras problem minimerades [4, 11].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tidig kontroll

Tabell 5 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: En tidig kontroll av en suturerad förlossningsbristning innan utskrivning eller under första veckan efter förlossning, bidrar till större grad av kontroll av läkningsprocessen och till tidig upptäckt av eventuella komplikationer – jämfört med att en sådan kontroll inte görs

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 15 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (70) var det 89 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 5. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	62	89 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	8	11 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	15	-
Total	85	100 %

Individanpassad information om läkningsförlopp

Tabell 6 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: En tidig kontroll av en suturerad förlossningsbristning innan utskrivning eller under första veckan efter förlossning, där individanpassad information om förväntat läkningsförlopp ges till kvinnan, gynnar kvinnans välmående och livskvalitet, t.ex. avseende känsla av trygghet, delaktighet och kontroll samt positiv återhämtning – jämfört med att en sådan uppföljning inte görs.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 11 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (74) var det 99 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 6. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	73	99 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	1	1 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	11	-
Total	85	100 %

Planering av uppföljning

Tabell 7 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Att planera en uppföljning av både läkningsprocessen och kvinnans välmående, i samband med en tidig kontroll av en suturerad förlossningsbristning som görs innan utskrivning eller under veckan efter förlossningen, har positiv effekt på kvinnans möjligheter till psykisk och fysisk återhämtning – jämfört med att en sådan uppföljning inte planeras under det tillfälle.

Av de 83 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 13 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (70) var det 97 % som instämde i påståendet.

Tabell 7. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	68	97 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	2	3 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	13	-
Total	83	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Buurman m.fl. 2013 [2]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervju-studie	n=26 kvinnor	Utforska kvinnors uppfattning om dysfunktion efter bäckenbotten och deras hjälpsökande beteende
Priddis, Schmied & Dahlen 2014 [10]	Mixad metod Tematisk analys	n=14 barnmorskor n=14 kvinnor	Undersöka upplevelse av vården ifrån kliniskt verksamma barnmorskor samt kvinnor som drabbats av OASIS
Tucker m.fl. 2014 [11]	Kvalitativ metod	n=20 kvinnor	Kvinnors upplevelse upplevelse och erfarenhet av analinkontinens efter OASIS
Herron-Marx m.fl. 2007 [9]	Kvalitativ metod samt faktor analys	n=20 kvinnor	Kvinnors upplevelser av bäckenbotten dysfunktion efter förlossningen
Lindqvist m. fl, 2018 [4]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=1248 kvinnor	Kvinnors erfarenheter av de första två månaderna efter av analysfinkter skada med fokus på problematisk återhämtning.
Skinner, E. m.fl. 2017 [1]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervju-studie	n=504 förstföderskor	Undersöka sambandet mellan somatiska skador vid förlossning (LAMI) och psykologiska symtom.

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Vilken effekt på kvinnan avseende läkning/kvarstående problem har undersökning och bedömning av bristningar under BB-tiden jämfört med att ingen undersökning görs? (BS-F7)

Datum: 2020-10-12

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

1.	Mesh/FT	Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR Perineal infection[tiab] OR ((Perineum[Mesh] OR Pelvic Floor[Mesh] OR pelvic floor[tiab]) AND (Surgical Wound Dehiscence[Mesh] OR hematoma*[tiab] OR infection*[tiab] OR wound dehiscence[tiab]))	18091
2.	Mesh/FT	"Pelvic Organ Prolapse/diagnosis"[Mesh] OR Symptom Assessment[Mesh] OR diagnos*[ti] OR assess*[tiab] OR evaluat*[tiab] OR detect*[tiab] OR examining[tiab] OR examination[tiab] OR spectroscopy[tiab] OR ultrasonography[tiab] OR ultrasonographic[tiab] OR endosonography[tiab]	8343160
3.	Mesh/FT	"Postpartum Period"[Mesh] OR Perinatal Care[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR after delivery[tiab] OR post-delivery[tiab] OR postdelivery[tiab] OR post-partum[tiab] OR postpartum[tiab] OR after pregnancy[tiab] OR postpregnancy[tiab] OR post-pregnancy[tiab] OR postnatal[tiab] OR after birth[tiab] OR after vaginal delivery[tiab] OR after labour[tiab] OR after labor[tiab] OR postlabor[tiab] OR post-labor[tiab] OR postlabour[tiab] OR post-labour[tiab]	270984
4.		1 -3 AND	715
5.		4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	88 (11)
6.		4 AND Immediate*[tiab]	49 (17)

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-10-12

7.	DE/FT	(MH "Pregnancy") OR (MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy Complications") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant) OR AB (pregnancy OR prenatal OR	255131
----	-------	---	--------

Ämne: Vilken effekt på kvinnan avseende läkning/kvarstående problem har undersökning och bedömning av bristningar under BB-tiden jämfört med att ingen undersökning görs? (BS-F7)

Datum: 2020-10-12

		pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant)	
8.	DE/FT	(MH "Pelvic Floor Muscles") OR TI (("pelvic floor" OR "pelvic diaphragm*") AND (anatomy OR physiology)) OR "pelvic floor function" OR "pelvic floor knowledge" OR "pelvic floor muscle*") OR AB (("pelvic floor" OR "pelvic diaphragm*") AND (anatomy OR physiology)) OR "pelvic floor function" OR "pelvic floor knowledge" OR "pelvic floor muscle*")	3239
9.	DE/FT	(MH "Childbirth Education") OR (MH "Patient Education") OR (MH "Counseling") OR (MM "Health Education") OR TI (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*) OR AB (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife* OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*)	899460
10.		5 AND 6 AND 7 2010-2020, English	81

ProQuest databaser:

Ämne: Information om bäckenbottens anatomi till gravida v 15-20

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Ann Olsson

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-10-12			
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR Pregnancy Complications/prevention and control[Mesh] OR Delivery, Obstetric[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Pregnancy Trimester, Second"[Mesh] OR pregnancy[tiab] OR prenatal[tiab] OR pregnant[tiab] OR antenatal[tiab] OR second trimester[tiab] OR primiparous[tiab] OR nulliparous[tiab]	1050230
2.	Mesh/FT	Pelvic Floor[Majr] OR "Pelvic Floor/anatomy and histology"[Mesh] OR "Pelvic Floor/physiology"[Mesh] OR ((pelvic floor[tiab] OR pelvic diaphragm*[tiab]) AND (anatomy[tiab] OR physiology[tiab] OR muscle*[tiab])) OR pelvic floor function[tiab] OR pelvic floor knowledge[tiab]	7038
3.	Mesh/FT	"Prenatal Education"[Mesh] OR Patient Education as Topic[Mesh] OR Directive Counseling[Mesh] OR Health Education[Mesh] OR Health Literacy[Mesh] OR prenatal education[tiab] OR prenatal classes[tiab] OR parent classes[tiab] OR parenting classes[tiab] OR parental classes[tiab] OR parent education[tiab] OR parental education[tiab] OR parenting education[tiab] OR antenatal education[tiab] OR antenatal classes[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR antenatal course*[tiab] OR advice*[tiab] OR health information[tiab] OR education*[ti] OR counseling[tiab] OR workshop*[tiab] OR inform*[tiab]	1935037

Ämne: Information om bäckenbottens anatomi till gravida v 15-20 Sökning gjord av: Natalia Berg På uppdrag av: Ann Olsson			
		OR health literacy[tiab] OR midwife[tiab] OR midwifery[tiab]	
4.		1 AND 2 AND 3 NOT (training[ti]) 2010-2020; English	87 (skickat länk från pubmed)
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-10-12			
5.	DE/FT	(MH "Pregnancy") OR (MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy Complications") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant) OR AB (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant)	255131
6.	DE/FT	(MH "Pelvic Floor Muscles") OR TI (("pelvic floor" OR "pelvic diaphragm*") AND (anatomy OR physiology)) OR "pelvic floor function" OR "pelvic floor knowledge" OR "pelvic floor muscle*") OR AB (("pelvic floor" OR "pelvic diaphragm*") AND (anatomy OR physiology)) OR "pelvic floor function" OR "pelvic floor knowledge" OR "pelvic floor muscle*")	3239
7.	DE/FT	(MH "Childbirth Education") OR (MH "Patient Education") OR (MH "Counseling") OR (MM "Health Education") OR TI (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*) OR AB (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife* OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*)	899460
8.		5 AND 6 AND 7 2010-2020, English	81

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Ämne: Kvinnans upplevelse av delaktighet när information om bäckenbottenskada ges på kvinnans modersmål.

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-10-19

1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR Pregnancy Complications[Mesh] OR Delivery, Obstetric[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Pregnancy Trimesters"[Mesh] OR pregnancy[tiab] OR prenatal[tiab] OR pregnant[tiab] OR antenatal[tiab] OR second trimester[tiab] OR primiparous[tiab] OR nulliparous[tiab] OR multiparous[tiab]	1077314
2.	Mesh/FT	"Cultural Diversity"[Mesh] OR "Culturally Competent Care"[Mesh] OR "Cultural Competency"[Mesh] OR Transcultural Nursing[Mesh] OR culturally competent[tiab] OR cultural competency[tiab] OR culturally diverse*[tiab] OR transcultural[tiab]	24610
3.		1 AND 2 Filter: Systematic Reviews, English	19 (10)
4.	Mesh/FT	"Prenatal Education"[Mesh] OR Patient Education as Topic[Mesh] OR Directive Counseling[Mesh] OR Health Education[Mesh] OR prenatal education[tiab] OR prenatal classes[tiab] OR parent classes[tiab] OR parenting classes[tiab] OR parental classes[tiab] OR parent education[tiab] OR parental education[tiab] OR parenting education[tiab] OR antenatal education[tiab] OR antenatal classes[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR antenatal course*[tiab] OR advice*[tiab] OR health information[tiab] OR education*[ti] OR counseling[tiab] OR workshop*[tiab] OR inform*[ti] OR information[tiab]	1706282
5.	Mesh/FT	"Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR migrant*[tiab] OR refugee*[tiab] OR immigrant*[tiab] OR asylum*[tiab] OR speaking[ti] OR foreign born[tiab] OR muslim women[tiab]	68142
6.	Mesh/FT	Translating[Mesh] OR native languag*[tiab] OR maternal languag*[tiab] OR mother's languag*[tiab] OR mother tongue[tiab] OR translat*[tiab] OR interpreter*[tiab] OR interpreting[tiab]	36164
7.		1 AND 4 AND 5 AND 6 English	55

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-10-19

8.	DE/FT	(MH "Pregnancy") OR (MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy Complications") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant) OR AB (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant)	255450
9.	DE/FT	(MH "Cultural Diversity") OR (MH "Cultural Competence") OR (MH "Transcultural Nursing") OR TI ("culturally competent" OR "cultural competenc*" OR "culturally diverse*" OR transcultural) OR AB ("culturally competent" OR "cultural competenc*" OR "culturally diverse*" OR transcultural)	27538
10.	DE/FT	(MH "Childbirth Education") OR (MH "Patient Education") OR (MH "Counseling") OR (MM "Health	900982

Ämne: Kvinnans upplevelse av delaktighet när information om bäckenbottenskada ges på kvinnans modersmål.

		Education") OR TI (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*) OR AB (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife* OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*)	
11.	DE/FT	(MH "Translations") OR (MH "Interpreter Services") OR TI ("native languag*" OR "maternal languag*" OR "mother's languag*" OR "mother tongue" OR translat* OR interpreter* OR interpreting) OR AB ("native languag*" OR "maternal languag*" OR "mother's languag*" OR "mother tongue" OR translat* OR interpreter* OR interpreting)	69287
12.		8-11 AND	33
13.	DE/FT	(MH "Refugees") OR (MH "Transients and Migrants") OR TI (migrant* OR refugee* OR immigrant* OR asylum* OR "foreign born" OR "muslim women" OR speaking) OR AB (migrant* OR refugee* OR immigrant* OR asylum* OR "foreign born" OR "muslim women")	34896
14.		8 AND 10 AND 11 AND 13	75
15.		12 OR 14 English	88
16.			

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter [systematic[sb]], alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Ämne: Kvinnor som har besvär med bäckenbotten

Interventioner: teamsamarbete mellan kirurgisk specialist-kompetens, gynekolog, barn-morska, fysioterapeut och annan relevant profession som har som specialitet kvinnohälsa bäckenbotten

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-01-22			
1.	Mesh/FT	Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Fecal Incontinence[Mesh] OR Lacerations[Mesh] OR Anal canal/injuries[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR urinary incontinence[tiab] OR fecal incontinence[tiab] OR faecal incontinence[tiab] OR perineal tears[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR sphincter injury[tiab] OR OASIs[tiab] OR pubovisceral muscle tear*[tiab]	57124
2.	Mesh/FT	Team*[tiab] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated management[tiab] OR inter-disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi-disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR trans-disciplinary[tiab] OR transdisciplinary[tiab] OR multi-speciality team*[tiab] OR collaborat*[tiab] OR teamwork[tiab]	521290
3.	Mesh/FT	"Practice Patterns, Physicians"[Mesh] OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh] OR Clinical Competence[Mesh] OR Obstetrics[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR "Surgeons"[Mesh] OR "Urologists"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR "Physical Therapists"[Mesh] OR obstetrician*[tiab] OR specialist*[tiab] OR physician*[tiab] OR gynecologist*[tiab] OR surgeon*[tiab] OR midwife*[tiab] OR physical therapist*[tiab] OR physiotherapist*[tiab] OR urologist*[tiab] OR nurs*[tiab] OR specialties[tiab] OR professionals[tiab]	1432850
4.	Mesh/FT	Obstetric Labor Complications[Mesh] OR Pregnancy Complications[Mesh] OR "Labor, Obstetric/adverse effects"[Mesh] OR "Labor, Obstetric/complications"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/adverse effects"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/complications"[Mesh] OR Perinatal care[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR Obstetric Labor Complications[Mesh] OR women[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR after delivery[tiab] OR after birth[tiab] OR labor[tiab] OR labour[tiab] OR childbirth[tiab] OR postdelivery[tiab] OR post-delivery[tiab] OR women[tiab]	125070
5.		1-4 AND English	140
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2021-01-29			
6.	FT	TI ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor	18800

Ämne: Kvinnor som har besvär med bäckenbotten

Interventioner: teamsamarbete mellan kirurgisk specialist-kompetens, gynekolog, barn-morska, fysioterapeut och annan relevant profession som har som specialitet kvinnohälsa bäckenbotten

		dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injur*" OR OASIs OR "pubovisceral muscle tear*") OR AB ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injur*" OR OASIs OR "pubovisceral muscle tear*") OR MW ("Perineal trauma" OR "pelvic organ prolapse" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "perineal tears" OR "perineal laceration*" OR "sphincter injur*" OR OASIs OR "pubovisceral muscle tear*")	
7.	DE/FT	(MH "Multidisciplinary Care Team") OR (MH "Teamwork") OR (MH "Interprofessional Relations") OR (MH "Collaboration") OR TI (Team* OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR integrated OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multidisciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR trans-disciplinary OR transdisciplinary OR "multi-specialty team*" OR collaborat*) OR AB (Team* OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR integrated OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR trans-disciplinary OR transdisciplinary OR "multi-specialty team*" OR collaborat*)	326521
8.	FT	TI (obstetrician* OR specialist* OR physician* OR gynecologist* OR surgeon* OR midwife* OR midwifery OR physical therapist* OR physiotherapist* OR urologist* OR nurs* OR specialt* OR professional*) OR AB (obstetrician* OR specialist* OR physician* OR gynecologist* OR surgeon* OR midwife* OR midwifery OR physical therapist* OR physiotherapist* OR urologist* OR nurs* OR specialt* OR professional*) OR MW (obstetrician* OR specialist* OR physician* OR gynecologist* OR surgeon* OR midwife* OR midwifery OR physical therapist* OR physiotherapist* OR urologist* OR nurs* OR specialt* OR professional*)	1524360
9.	DE/FT	(MM "Postnatal Care") OR (MM "Postnatal Period") OR (MH "Labor Complications") OR TI (postpartum OR postnatal OR "after delivery" OR "after birth" OR labor OR labour OR childbirth OR postdelivery OR post-delivery OR women) OR AB (postpartum OR postnatal OR "after delivery" OR "after birth" OR labor OR labour OR childbirth OR postdelivery OR post-delivery) NOT (male OR men)	189742
10.		6 - 9 AND English	137

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Gynekologisk undersökning vid efterkontrollen

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

vid eftervårdsbesöket, 6–16 veckor postpartum, erbjuda alla som fött barn en bedömning av bäckenbotten, och för vaginalförlösta även en bedömning av eventuella bristningar.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Beskrivning av tillstånd och åtgärd Vid eftervårdsbesöket på barnmorskemottagningen 6–16 veckor efter förlossningen ingår att genomföra gynekologisk undersökning med bedömning av bäckenbotten och knipförmåga samt att ge information om bäckenbottenträning för att förhindra urininkontinens och andra dysfunktioner i bäckenbotten. Att göra en bäckenbottenbedömning och erbjuda rådgivning utifrån undersökningens resultat ger möjlighet till individuellt anpassade information och råd kring bäckenbottenträning, annan träning samt läkning och det sexuella samlivet. Det kan även handla om information om behov av fortsatta undersökningar, behandlingar eller skador som inte läkt. Om kvinnan saknar knipförmåga eller om andra symtom och besvär identifieras skall hon remitteras vidare, antingen till specialistläkare inom obstetrik och gynekologi, uroterapeut eller till fysioterapeut.

Vilken effekt har åtgärden?

Åtgärden bidrar till minskad risk för dysfunktioner i bäckenbotten genom ökad möjlighet till korrekt behandling vid symtom och besvär. Uppföljningsrutiner kring förlossningsskador varierar nationellt och alla kvinnor blir inte alltid undersökta i samband med eftervårdsbesöket.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av fyra kvalitativa studier tre kvalitativa studier. Deltagarna i samtliga studier upplevde att de fick bristfällig information om läkning och hur de skulle utöva bäckenbottenträning efter sin förlossning [2, 12]. Vissa hade fått information om vikten av knipövningar, men inte fullständiga råd gällande hur länge dessa bör utföras eller med vilken frekvens [2, 9] Sammanfattningsvis bidrog den ”tysta vårdgivarens” bristfälliga information till att deltagarna gång på gång anklagade sig själva för sina besvär med sin förlossningsbristning [9, 12], kände sig övergivna och till slut resignerade [9].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 8 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: En bedömning av bäckenbotten och eventuell bristning som görs vid den efterkontroll som kvinnan gör på barnmorskemottagningen 6–16 veckor postpartum, bidrar till att minska risken för dysfunktion i kvinnans bäckenbotten – jämfört med att detta inte gör.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 17 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (68) var det 90 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 8. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	61	90 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	7	10 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	17	-
Total	85	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
O'Reilly et al 2009 [12]	Kvalitativ studie. Fenomenologisk ansats	n=10 kvinnor 6 veckor- upp till 4 år Efter förlossningen	Kvinnors återhämtning upplevelser i närvaron av fortsatt bäckenbottendysfunktion tillhandahållande av information ifrån sjuksköterskor och annan profession
Buurman m.fl., 2013 [2]	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervjustudie	n=26 kvinnor	Utforska kvinnors uppfattning om dysfunktion efter bäckenbotten och deras hjälpsökande beteende
Herron-Marx m.fl. 2007 [9]	Kvalitativ metod samt faktor analys	n=20 kvinnor	Kvinnors upplevelser av bäckenbotten dysfunktion efter förlossningen

Dokumentation av informationssökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-01-22 Ämne: Undersökning av bäckenbotten utförd av specialist			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
12.	Mesh/FT	Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Lacerations[Mesh] OR Anal canal/injuries[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR perineal tears[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR sphincter injury[tiab] OR OASIs[tiab] OR pubovisceral muscle tear*[tiab]	24785
13.	Mesh/FT	Delivery, Obstetric/methods[Mesh] OR "Cesarean Section"[Mesh] OR Mode of deliver*[tiab] OR mode of subsequent deliver*[tiab] OR mode of subsequent birth*[tiab] OR vaginal birth*[tiab] OR vaginal deliver*[tiab] OR cesarean delivery[tiab] OR cesarean section[tiab] OR caesarean delivery[tiab] OR caesarean section[tiab]	87411
14.	Mesh/FT	"Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh:NoExp] OR Symptom Assessment[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh:NoExp] OR "Clinical Decision-Making"[Mesh] OR assessment[tiab] OR assess[tiab] OR assessed[tiab] OR evaluation[tiab] OR evaluate*[tiab] OR diagnos*[tiab] OR decision making[tiab] OR examination[tiab] OR clinical judgement[tiab] OR clinical reasoning[tiab] OR clinical decision*[tiab]	7774051
15.	Mesh/FT	"Practice Patterns, Physicians"[Mesh] OR Obstetrics[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR obstetrician*[tiab] OR specialist*[tiab] OR physician*[tiab] OR gynecologist*[tiab]	644546
16.		1-4 AND English	141
17.		1 AND 4 AND mode of delivery[ti]	5
18.		5 OR 6	146

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Hänvisning till rätt instans

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

ge tydlig skriftlig anvisning med information om vart den nyförlösta med förlossningsbristningar eller andra besvär ska vända sig vid olika typer av besvär från underlivet, för att underlätta kontakter med vården.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Nyförlösta kvinnor med förlossningsbristningar och besvär från underlivet och som lämnar sjukhuset för att komma hem kan få symtom eller besvär som kräver vård och behandling på rätt nivå. De kan uppleva oro och osäkerhet kring vad som händer om/när symtom och besvär uppstår efter hemkomst, hur dessa ska tolkas, och vart man ska vända sig för hjälp. Åtgärd: För att underlätta snabb och adekvat omhändertagande och behandling behöver den kvinna som haft en förlossningsbristning ges information om vanligt förekommande symtom och vart kvinnan ska vända sig om besvär uppstår efter att hon lämnat sjukhuset. Syftet är att kvinnan vid behov ska direkt kunna stå i kontakt med rätt instans beroende på symtom och tidsintervall efter förlossningen. Information om vilka symtom den nyförlösta kan få efter hemkomst, om vad som kan betraktas som normalt eller inte, samt kliniskens kontaktuppgifter ger den nyförlösta ett konkret stöd när hon väl ha kommit hem.

Vilken effekt har åtgärden?

Åtgärden bidrar till ökad trygghet och känsla av kontroll över livssituationen hos kvinnan.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Bästa tillgängliga kunskap är baserad på vetenskaplig litteratur samt beprövad erfarenhet. Det saknas information i studierna om oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av fyra kvalitativa studier utgörs av fem kvalitativa studier. De inkluderade studierna visade att innehåll och utformning av den information som studiedeltagarna fått varierade mellan god och relevant information till ingen erhalten information.

Deltagare i samtliga fem studier delade sina positiva upplevelser av att få den information de var i behov av [3, 4, 10, 13, 14]. Att få adekvat och relevant information beskrevs som avgörande för en god process av återhämtning efter en förlossningsbristning [3, 14]. Även att få informationen i form av broschyrer som kunde studeras i efterhand beskrevs som positivt [10]. När deltagare beskrev vårdgivare som de uppfattade som "ömbärlig nyckelpersoner" var gott stöd och information faktorer som upplevdes avgörande för deras återhämtning [3].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabellerna 9–10 sammanfattar resultaten av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till två påståenden med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående 1: Skriftlig anvisning som innehåller tydlig information om vart kvinna med förlossningsbristning eller besvär från underlivet ska vända sig vid olika typer av besvär har positiv effekt på kvinnans välmående, t.ex. med avseende på upplevelse av kontinuitet och känsla av trygghet och kontroll – jämfört med att inte få sådant stöd.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 6 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (79) var det 96 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 9. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 1)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	76	96 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	3	4 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	6	-
Total	85	100 %

Påstående 2: Skriftlig anvisning som innehåller tydlig information om vart kvinna med förlossningsbristning eller besvär från underlivet ska vända sig vid olika typer av besvär bidrar till att underlätta kvinnans kontakter med vården, till att vård ges på rätt nivå och till en förbättrad uppföljning av förlossningsbristningar - jämfört med att inte få sådant stöd.

Av de 85 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 5 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (80) var det 96 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 10. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 2)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	77	96 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	3	4 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	5	-
Total	85	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Tabellering av inkluderade studier Författare, år, referens	Studie-design	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Priddis, Schmied & Dahlen 2014	Kvalitativ tematisk analysmetod	n=12 kvinnor Kvinnor som drabbats av en grad 3- eller 4 bristning	Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor upplever och lär sig leva med svår bristningskada.
Priddis, Schmied & Dahlen 2013 [10]	Mixad metod Tematisk analys	n=14 barnmorskor n=14 kvinnor	Undersöka upplevelse av vården ifrån kliniskt verksamma barnmorskor samt kvinnor som drabbats av OASIS
Lindqvist m. fl, 2018 [4]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=1248 kvinnor	Kvinnors erfarenheter av de första två månaderna efter av analsfinkter skada med fokus på problematisk återhämtning.
Lindqvist m.fl, 2019 [3]	Kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys	n=625	Kvinnors erfarenheter relaterade till återhämtning av analsfinkter skada ett år efter förlossning
Lindberg m.fl 2020 [14]	Kvalitativ metod	n=3418 kvinnor	Undersöka kvinnors upplevelse av grad 2 bristning och konsekvenser på det dagliga livet 8 veckor efter förlossningen

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Kvinnans upplevelse av delaktighet information om bäckenbottenskada			
Datum: 2020-10-19			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR Pregnancy Complications[Mesh] OR Delivery, Obstetric[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Pregnancy Trimesters"[Mesh] OR pregnancy[tiab] OR prenatal[tiab] OR pregnant[tiab] OR antenatal[tiab] OR second trimester[tiab] OR primiparous[tiab] OR nulliparous[tiab] OR multiparous[tiab]	1077314
2.	Mesh/FT	"Cultural Diversity"[Mesh] OR "Culturally Competent Care"[Mesh] OR "Cultural Competency"[Mesh] OR Transcultural Nursing[Mesh] OR culturally competent[tiab] OR cultural competency[tiab] OR culturally diverse*[tiab] OR transcultural[tiab]	24610
3.		1 AND 2 Filter: Systematic Reviews, English	19 (10)
4.	Mesh/FT	"Prenatal Education"[Mesh] OR Patient Education as Topic[Mesh] OR Directive Counseling[Mesh] OR Health Education[Mesh] OR prenatal education[tiab] OR prenatal classes[tiab] OR parent classes[tiab] OR parenting classes[tiab] OR parental classes[tiab] OR parent education[tiab] OR parental education[tiab] OR parenting education[tiab] OR antenatal education[tiab] OR antenatal classes[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR antenatal course*[tiab] OR advice*[tiab] OR health information[tiab] OR education*[ti] OR counseling[tiab] OR workshop*[tiab] OR inform*[ti] OR information[tiab]	1706282
5.	Mesh/FT	"Refugees"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR migrant*[tiab] OR refugee*[tiab] OR immigrant*[tiab] OR asylum*[tiab] OR speaking[ti] OR foreign born[tiab] OR muslim women[tiab]	68142
6.	Mesh/FT	Translating[Mesh] OR native languag*[tiab] OR maternal languag*[tiab] OR mother's languag*[tiab] OR mother tongue[tiab] OR translat*[tiab] OR interpreter*[tiab] OR interpreting[tiab]	36164
7.		1 AND 4 AND 5 AND 6 English	55
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-10-19			
8.	DE/FT	(MH "Pregnancy") OR (MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy Complications") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant) OR AB (pregnancy OR prenatal OR pregnant OR antenatal OR "second trimester" OR primiparous OR nulliparous OR "expectant mother*" OR pregnant)	255450
9.	DE/FT	(MH "Cultural Diversity") OR (MH "Cultural Competence") OR (MH "Transcultural Nursing") OR TI ("culturally competent" OR "cultural competenc*" OR "culturally diverse*" OR transcultural) OR AB ("culturally competent" OR	27538

Ämne: Kvinnans upplevelse av delaktighet information om bäckenbottenskada
Datum: 2020-10-19

		"cultural competenc*" OR "culturally diverse*" OR transcultural)	
10.	DE/FT	(MH "Childbirth Education") OR (MH "Patient Education") OR (MH "Counseling") OR (MM "Health Education") OR TI (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*) OR AB (education* OR counseling OR workshop* OR inform* OR midwife OR midwifery OR midwife* OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR advice*)	900982
11.	DE/FT	(MH "Translations") OR (MH "Interpreter Services") OR TI ("native languag*" OR "maternal languag*" OR "mother's languag*" OR "mother tongue" OR translat* OR interpreter* OR interpreting) OR AB ("native languag*" OR "maternal languag*" OR "mother's languag*" OR "mother tongue" OR translat* OR interpreter* OR interpreting)	69287
12.		8-11 AND	33
13.	DE/FT	(MH "Refugees") OR (MH "Transients and Migrants") OR TI (migrant* OR refugee* OR immigrant* OR asylum* OR "foreign born" OR "muslim women" OR speaking) OR AB (migrant* OR refugee* OR immigrant* OR asylum* OR "foreign born" OR "muslim women")	34896
14.		8 AND 10 AND 11 AND 13	75
15.		12 OR 14 English	88
16.			

ProQuest databaser:

Referenser

1. Skinner EM, Barnett B, Dietz HP. Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of women's mental health*. 2018; 21(3):341-51.
2. Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013; 27(2):406-13.
3. Lindqvist M, Lindberg I, Nilsson M, Uustal E, Persson M. "Struggling to settle with a damaged body" – A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019; 19:36-41.
4. Lindqvist M, Persson M, Nilsson M, Uustal E, Lindberg I. 'A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery*. 2018; 61:22-8.
5. Thompson S, Walsh D. Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*. 2015; 23(8):553-9.
6. Kirss J, Pinta T, Böckelman C, Victorzon M. Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016; 95(9):1063-9.
7. Cerro CR, Franco EM, Santoro GA, Palau MJ, Wiczorek P, Espuña-Pons M. Residual defects after repair of obstetric anal sphincter injuries and pelvic floor muscle strength are related to anal incontinence symptoms. *International urogynecology journal*. 2017; 28(3):455-60.
8. SBU. Förlossningsbristningar Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. 2021. Hämtad från: <http://www.sbu.se>
9. Herron-Marx S, Williams A, Hicks C. AQ methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery*. 2007; 23(3):322-34.
10. Priddis HS, Schmied V, Kettle C, Sneddon A, Dahlen HG. "A patchwork of services"—caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales—from the perspective of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14(1):1-14.
11. Tucker J, Clifton V, Wilson A. Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014; 54(4):377-81.
12. O'Reilly R, Peters K, Beale B, Jackson D. Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *Journal of clinical nursing*. 2009; 18(14):2013-9.

13. Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC women's health*. 2014; 14(1):1-11.
14. Lindberg I, Persson M, Nilsson M, Uustal E, Lindqvist M. "Taken by surprise"-Women's experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. *Midwifery*. 2020; 87:102748.

Amning och Uppfödning

Två av nedanstående rekommendationer i detta kapitel baseras på praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. Det gäller rekommendationen om reflekterande samtal samt rekommendationen om tillmatning. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*.

Reflekterande samtal

Rekommendation

Du som möter gravida bör

erbjuda reflekterande samtal om erfarenheter, förväntningar och inställning till amning.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Bröstmjölken är näringsmässigt idealisk för barnet. Den innehåller med undantag för D-vitamin de näringsämnen som barnet behöver för att växa och utvecklas under sina första sex levnadsmånader och är en viktig skyddsfaktor mot en rad risker såsom diarré, luftvägsinfektioner och öroninfektioner, plötslig spädbarnsdöd och nekrotiserande enterocolit samt minskar risken för att få astma eller allergier. De gynnsamma hälsoeffekterna kvarstår även efter att bröstmjölksuppfödningen avslutats; på lång sikt minskas risken även för diabetes typ 2 och fetma. Eftersom effekten är dosberoende förstärks den om barnet helammas de första sex månaderna.

Amningen erbjuder den fysiska närhet, hud-mot-hud-beröring och ögonkontakt som behövs för att främja bindningen mellan mamma och barn och som får barnet att känna sig trygg.

Även för kvinnan har amningen gynnsamma effekter då den har konstaterats vara en skyddsfaktor mot en rad risker som, äggstockscancer, livmodercancer, hypertoni, hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes samt bidra till en normaliserad vikt.

Konsekvenserna av att inte amma, när detta inte är medicinskt indikerat, är att de skyddande effekterna av amning och bröstmjölken uteblir för både barn och mamma. De hinder som kan stå mellan föräldern och viljan att mamma inkluderar dåliga erfarenheter av och missuppfattningar om amning. Även kulturella aspekter kan spela en roll.

I ett reflekterande samtal mellan barnmorskan och kvinnan kan barnmorskan få ta del av och utgå från tidigare erfarenheter av och förväntningar på amning. En dialog där kvinnan inte möts av en värderande attityd utan där hon får möjlighet att formulera sina önskemål och behov av stöd är viktig för att hennes erfarenheter av,

förväntningar på och inställning till amning blir kända. I kommunikationen ingår att möta föräldrarna med respekt och att barnmorskan lyssnar på kvinnan och är medveten om olika barriärer för en god kommunikation såsom t.ex. språk- och kulturbarriärer.

I de fall där kvinnan inte kan amma eller väljer att inte amma kan ett reflekterande samtal fokusera på hur föräldra-barn relationen kan stärkas, barnets behov samt praktiskt handhavande av modersmjölksersättning.

Vilken effekt har åtgärden?

Reflekterande samtal kan väcka nyfikenhet för amning samtidigt som mamman kan få kunskapsbaserad information utifrån sina behov men också vara ett stöd för kvinnan för att få en ökad självtillit inför att amma. Den dialog som utvecklas under graviditeten mellan barnmorskan och kvinnan ger möjlighet till att få ta del av och utgå från tidigare erfarenheter av och förväntningar på amning. Dialogen kan leda till reflekterande samtal där kvinnan kan känna sig fri att ställa frågor och diskutera med barnmorskan. Att kvinnan får en ökad självtillit inför att amma tillsammans med en vilja att amma utgör viktiga hörnstenar i hennes val att amma och att amma länge.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det finns, enligt studierna, inga oönskade effekter av reflekterande samtal om kvinnans erfarenheter av, förväntningar på och inställning till amning. Däremot krävs att barnmorskan är lyhörd och utformar samtalen så att det blir en dialog där kvinnan känner sig trygg att berätta och ställa frågor till barnmorskan.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget till rekommendationen som handlar om reflekterande samtal kring amning, utgörs av tre systematiska översikter och metaanalyser.

I en systematisk översikt [1] ingick 110 RCT:er och kvasi-experimentella studier där utbildning/stöd jämfördes med rutinvård avseende amning. Amningsutbildning och/eller stöd ökade helamning och sågs som ett resultat av amningsfrämjande interventioner. Helamning ökade med 157 procent dag 1 (RR 2,57), 35 procent upp till en månads ålder (RR 1,35) samt 188 procent vid 1 – 5 månaders ålder (RR 2,88). Kombinerad individuell och grupprådgivning verkade ha bättre effekt än enbart individuell eller enbart grupprådgivning [1].

En metaanalys med syfte att utvärdera effekten av användning av e-teknologi för att stödja amning publicerades 2016 av Lau et al [2]. I analysen ingick 16 studier där totalt drygt 5 500 kvinnor från sex länder var inkluderade. Metaanalysen visade att helamning ökade avsevärt vid amningsstart ($z = 6,90$, $P < 0,00001$), vid fyra veckor ($z = 2,12$, $P = 0,03$) samt vid 6 månader ($z = 3,2$, $P = 0,001$). Även inställning till och kunskaper om amning påverkades positivt enligt resultatet från metaanalysen. Författarna menar att webbtexter, cd-skivor och interaktiva digitala hjälpmedel kan främja och stödja amning [2].

En annan systematisk översikt och metaanalys av 11 studier undersökte om det finns ett samband mellan självtillit och förmåga att amma och helamning [3]. I översikten ingick även att undersöka om insatser för att stärka kvinnors självtillit

till amning leder till högre amningsfrekvens. Interventioner för att öka självtilliten och förmåga att amma var utbildning under graviditeten, uppföljning via telefon eller individuella möten den första tiden efter förlossningen, återbesök på sjukhuset med rådgivande samtal. Resultatet visar att kvinnor i interventionsgrupperna hade signifikant högre självtillit två månader efter förlossningen och var 1,56 och 1,66 gånger mer benägna att amma 1 månad respektive 2 månader efter förlossningen [3].

Utöver ovanstående vetenskaplig litteratur ingår WHO's implementeringsguide till *Tio steg som främjar amning*, i kunskapsunderlaget. Det grundat sig på Baby-friendly hospital initiative, BFHI. Huvudsyftet är att erbjuda säker vård till gravida och nyblivna mödrar och deras barn och skydda, främja och stödja amning för en god hälsa och utveckling. I implementeringsguiden betonas att amningsrådgivning under graviditet måste skraddarsys till kvinnans och hennes familjs individuella behov och ta hänsyn till eventuella problem och frågor som kvinnan har. Denna rådgivning måste ges med omsorg se till varje familjs sociala och kulturella sammanhang. Samtal om amning bör enligt WHO börja vid det första eller andra mödravårdsbesöket (WHO).

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 1 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Reflekterande samtal mellan barnmorska och den gravida kvinnan om hennes erfarenheter av, förväntningar på och inställning till amning bidrar till att främja amning, t.ex. avseende att initiera amning och amma helt eller delvis under en längre period och till att stärka föräldrabarn relationen när amning inte är aktuell – jämfört med att sådana samtal inte för.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 10 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (72) var det 100 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	72	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	0	-
Total	82	100 %

Hud-mot-hudkontakt

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

möjliggöra oavbruten säker hud-mot-hudkontakt mellan den nyförlösta och barnet – oavsett amning eller flaskuppfödning, och oavsett förlossningssätt, tills barnet har sugit eller somnat.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Oavbruten hud-mot-hudkontakt under de första levnadstimmarna innebär att barnet läggs på mammans nakna bröstborg så snart som möjligt efter födseln. Om barnet får vara ostört söker det sig instinktivt mot bröstet och börjar suga. Hud-mot-hudkontakt karaktäriseras av en speciell hormonell situation hos barnet och mamman och stimulerar samspelet mellan dem. Den tidiga hudkontakten bör inte avbrytas förrän barnet har hittat bröstet och sugit och/eller har somnat.

Vilken effekt har åtgärden?

Hud-mot-hudkontakt har betydelse för främjande av amningen på både kort och lång sikt och skapar dessutom förutsättningar för att underlätta tidig amningsstart och minska andelen interventioner.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det finns, enligt studierna, inga oönskade effekter av oavbruten hud-mot-hudkontakt de första levnadstimmarna. Däremot behöver personalen vara uppmärksam på barnets andning och rörelser för att se att barnet har fria luftvägar.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget för rekommendationen som handlar om oavbruten hud-mot-hudkontakt, utgörs av en Cochrane översikt [4]. Slutsatserna från Cochrane översikten grundar sig på resultat från 38 randomiserade studier omfattande 3 472 kvinnor med sina nyfödda barn [4]. Primära utfall som redovisas är hel- och del-amning samt amningens duration. Blodsockernivå, temperaturförändringar samt cirkulatorisk stabilitet hos barnet ingår också i de primära utfallen. I översikten konstateras att kvinnor som tillämpade tidig hud-mot-hudkontakt med sina barn, ammade sina barn längre, (95 % CI 37,96 - 89,50). Vidare förekom helamning upp till sex månader efter födseln i denna grupp (RR 1,30). Enligt Cochrane översikten leder hudkontakten till att barnet skriker mindre, vilket sänker energikonsumtionen och stabiliserar barnets blodsockernivåer jämfört med om barnet separerats från mamman.

Ingen av de inkluderade studierna uppfyllde alla kriterier för låg risk för bias. I 22 av de inkluderade studierna fanns tydliga beskrivningar av lämpliga metoder och en randomiseringsprocess som minskade risken för bias. Bristande blindning var den högsta risken för bias i de inkluderade studierna.

I kunskapsunderlaget ingår även en RCT med 114 deltagare [5]. Det som studerades var självtillit till att amma (breastfeeding self efficacy - BSE) hos förstföderskor. Initiering av amning lyckades bättre hos de förstföderskor som tillämpat direkt hud-mot-hudkontakt med det nyfödda barnet i jämförelse med förstföderskor som följt den sedvanliga rutinen (56 % vs 35 %). Det första amningstillfället inträffade tidigare i hud-mot-hud-gruppen och visade en signifikant skillnad i jämförelse med den grupp som tillämpat sedvanlig rutin direkt efter barnets födelse. En studie som bygger på en videoinspelning ingår också i det underlag som stöder rekommendationen om hud-mot-hudkontakt [6]. Widström et al filmade 28 nyfödda barn direkt efter födelsen och identifierade nio stadier som barnet går igenom när det får ligga ostört hud-mot-hud med mamman: födelseskriket, avslappning, uppvakning, aktivitet, vila, krypstadiet, tillvänjning, sugstadiet och slutligen sömn.

Observation och analys av videoinspelningen visar att barnet söker sig till bröstet och placerar sin vidöppna mun på vårtgården och bröstvårtan om det får vara ostört hud-mot-hud med sin mamma direkt efter födelsen. Blicken blir klar och fokuserad om barnets händer får ligga stilla på bröstet. Barnet fortsätter att anpassa sitt tag om bröstvårtan tills det upplever att det har ett ordentligt tag och detta kan ta en stund och bör inte föranleda några korrigeringar från vårdpersonalen. De flesta friska fullgångna nyfödda barn är vakna cirka två timmarna efter förlossningen och börjar vanligtvis suga under den perioden [6].

En artikelserie i den vetenskapliga tidskriften Lancet, där fokus är på evidensbaserad mödra- och förlossningsvård, ingår också i det underlag som stöder rekommendationen [7]. Artikelserien bygger på 13 metasynteser om kvinnors förlossningsupplevelser och visar att av de interventioner som främjar amning är att möjliggöra tidig amning, inom en timme efter födelsen, den viktigaste.

Amningsstöd

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset utifrån den nyförlöstas egna önskemål och barnets behov.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Amningsstöd kan ges på olika sätt. Några exempel är hembesök efter förlossningen, veckovisa uppföljande telefonsamtal och sammankomster för nyblivna mammor kring amning. Olika modeller kan användas för att ge stöd och kunskap till föräldrarna. Även e-teknologi, med olika interaktiva metoder kan fungera som ett stöd för de nyblivna mammor som har frågor eller vanliga amningssvårigheter. Ett balanserat amningsstöd innebär ett positivt men ändå realistiskt, uppmuntrande och proaktivt förhållningssätt hos den som ger stöd och är en förutsättning för ett konstruktivt amningsstöd.

Vilken effekt har åtgärden?

De flesta amnings- och bröstkomplikationer kan undvikas om kvinnan får ett professionellt amningsstöd. Amningsstöd kan öka helamning de första sex månaderna.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det finns, enligt studierna, inga oönskade effekter av att erbjuda kvinnan amningsstöd efter förlossningen och hemgång från sjukhuset utifrån hennes önskemål och behov.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget för rekommendationen som handlar om amningsstöd efter förlossningen utgörs av en Cochrane översikt, tre systematiska översikter med metaanalys, en metaanalys samt en RCT.

Slutsatsen från Cochrane översikten [8] grundar sig på resultat från 14 enskilda RCT som undersökt hur olika utbildningsinterventioner påverkar amningsresultatet. Rådgivning, amningskonsultation, sammankomster kring amning och veckovisa uppföljande telefonsamtal kan öka helamning de första sex månaderna. Det var ingen intervention som var signifikant mer effektiv än någon annan och de effekter som sågs var ganska små. Det kan ha sin orsak i att de flesta av de inkluderade studierna var av låg kvalitet [8].

I kunskapsunderlaget ingår också en systematisk översikt och metaanalys som undersöker effekten insatser i hemmet med professionellt stöd för att främja amning [9]. Slutsatsen att amningsinformation är mest effektiv om den ges både pre- och postnatalt bygger på resultatet från 26 studier. Vidare visar översikten att hembesök både före och efter barnafödelsen var en effektiv modell för att kvinnor ska

komma igång med amningen och amma länge. Samtliga inkluderade studier uppfyllde de uppställda kvalitetskriterierna.

En annan systematisk litteraturöversikt och metaanalys [10] har undersökt effekter av amningsstöd från omgivningen den första tiden efter förlossningen. Översikten bygger på resultat från 47 studier och visar att kvinnor som erbjuds stöd, helammar i högre utsträckning vid tre (RR 1.90) och vid 6 månader (RR 3.53) än de som inte erbjuds stöd.

Den tredje systematiska översikten med metaanalys [11] har utvärderat resultat av olika beteendeförändringstekniker (BCT) som interventioner för att främja amning samt effektivitet. Slutsatserna grundar sig på resultat från 23 studier som omfattar 13 902 kvinnor. Det fanns en måttlig signifikant effekt av interventionerna som främjade exklusiv amning upp till fyra veckor efter förlossningen (OR 1,77) men denna effekt minskade något efter tretton veckor (OR 1,63).

En metasyntes som grundar sig på resultat från 31 studier har undersökt kvinnors upplevelse av amningsstöd [12]. Enligt metasyntesen är det viktigt att den som ger stöd kan balansera mellan att vara positiv, men ändå realistisk och inte vara överidealistisk, att uppmuntra och att vara proaktiva. Vidare fann man att kvinnorna kände sig stöttade om de bemöttes med empati, fick detaljerad och realistisk information som baserades på deras behov samt om de fick bekräftelse [12].

I kunskapsunderlaget ingår även en RCT där totalt 3 541 mödrar inkluderades varav 2 065 i intervention och 1 476 i kontrollgrupp [13]. Studiens syfte var att utvärdera riktlinjer gällande amningsrådgivning. Resultatet visar att amningsstöd som koncentrerar sig på ökad hud-mot-hud-kontakt, frekvent amning, barnets positionering och ökad involvering av partner underlättar förebygga amnings- och bröstkomplikationer samt ökad helamning vid 6 månader (OR 1.36).

En artikelserie i den vetenskapliga tidskriften Lancet, där fokus är på evidensbaserad mödra- och förlossningsvård, ingår också i det underlag som stöder rekommendationen [7]. Artikelserien bygger på 13 metasynteser om kvinnors förlossningsupplevelser där rådgivning och utbildning är exempel på de interventioner som främjar amning.

Tio steg som främjar amning

Utöver vetenskapliga publikationer ligger även Världshälsoorganisationens, WHO:s, *Ten steps for successful breastfeeding* med tillhörande implementeringsguide (11) till grund för rekommendationerna som rör amning.

Ten steps to successful breastfeeding, publicerades första gången 1989 i en gemensam rekommendation utgiven av Unicef och WHO. De tio stegen sammanfattar principer och rutiner för att främja amning.

WHO och UNICEF har lanserat Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) för att underlätta implementering av Tio steg som främjar amning. WHO har uppmanat alla som tillhandahåller mödravård och förlossningsvård att tillämpa de tio stegen. Det finns starka belägg för att införandet av de tio stegen förbättrar amning genom att amningsfrekvensen ökar, fler ammar direkt efter förlossningen, fler helammar och ammar under en längre tid. Efterlevnaden av de tio stegen påverkar amningsstart omedelbart efter förlossningen, om barnet endast ammas och hur länge amningen varar.

Tillmatning och alternativ uppfödning

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda anpassat stöd om tillmatning och alternativ uppfödning när amning inte är aktuell.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Bröstmjölken är näringsmässigt idealisk för barnet. Amningen erbjuder den fysiska närhet, hud-mot-hud-beröring och ögonkontakt som behövs för att främja bindningen mellan mamma och barn och som får barnet att känna sig trygg.

Även för kvinnan har amningen gynnsamma effekter då den har konstaterats vara en skyddsfaktor mot en rad risker som, äggstockscancer, livmodercancer, hypertoni, hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes samt bidra till en normaliserad vikt. Konsekvenserna av att inte amma, när detta inte är medicinskt indikerat, är att de skyddande effekterna av amning och bröstmjölken uteblir för både barn och mamma.

Matningsstunden erbjuder möjlighet till närhet och kontakt med barnet. Föräldrar som inte ammar kan behöva stöd och information om hur de kan optimera detta tillfälle.

Tidig tillmatning med modersmjölksersättning får enbart ske om det är ordinerat av medicinska skäl. Tillmatning kan också ske med mammans egen urpumpade/urmjölkade bröstmjolk. I de fall där barnet behöver tidig tillmatning och där kvinnan har för avsikt att framledes helamma sitt barn kan mamman behöva stöd och information om hur urmjölkning och stimulering av bröstet går till.

Orsakerna till alternativ uppfödning kan vara medicinska såsom att kvinnan lever med hiv, bruk av vissa läkemedel eller personliga skäl. Kvinnor som genomgått bröstoperation helammar i mindre utsträckning än kvinnor som inte genomgått sådan operation. Det kan bero på operationen i sig men även på bristande stöd och uppmuntran eller personliga skäl.

Ett respektfullt bemötande är extra viktigt i mötet med föräldrar där amning inte är aktuell, oavsett vilken orsaken är till att inte amma. I de fall där kvinnan inte kan amma eller väljer att inte amma kan ett reflekterande samtal fokusera på hur bindningen mellan mor och barn kan stärkas, barnets behov samt praktiskt handhavande av modersmjölksersättning. Även praktisk information om hur exempelvis modersmjölksersättning blandas, hur mycket och hur ofta barnet behöver äta och hygieniskt handhavande av flaskan ingår i samtal om alternativ uppfödning. Det säkerställer att föräldrarna får adekvat information om säker och ändamålsenlig tillmatning och alternativ uppfödning.

Vid tidig tillmatning kan mamman behöva stöd och information om hur hon de första dagarna kan mjölka ur för hand, med handpump eller elektrisk pump för att barnet ska få råmjölken. Detta gäller även stimulering av bröstet för att mjölkproduktionen snabbare ska komma igång och underlätta övergången till helamning.

Vilken effekt har åtgärden?

Stöd och samtal om tillmatning och alternativ uppfödning samt hur bindningen mellan mor och barn kan stärkas bidrar till att nyblivna föräldrar till barn som behöver tillmatning eller där amning inte är aktuell får möjlighet att påverka anknytningen till barnet, och till att de får möjlighet att uppleva samma närhet och kontakt med barnet som amning kan medföra.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det finns, enligt studierna, inga oönskade effekter av att erbjuda stöd och samtal om tillmatning och alternativ uppfödning.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget för rekommendationen som handlar om tillmatning och alternativ uppfödning utgörs av två metaanalyser, en systematisk översikt samt en litteraturöversikt och två fallbeskrivningar.

De två metaanalyser som finns som rör bröstförstoring och amning visar att kvinnor som genomgått bröstförstoring helammar i mindre utsträckning än kvinnor som inte genomgått sådan operation [14, 15]. De ingående studierna har låg kvalitet och det går inte att dra några slutsatser om det beror på operationen i sig eller andra faktorer. Existerande forskning kan inte svara på om det kan bero på låg självförtroende och låg förtroende till sin amningsförmåga, rädsla att förstöra bröstets utseende, omgivningens attityder eller dåligt amningsstöd. Enligt författarna bör hälso- och sjukvården samtala om att det är möjligt att amma, anpassa information utifrån typ av operation och eventuella operativa komplikationer och erbjuda extra stöd.

En systematisk översikt om bröstreduktion och amning visar att operationstekniken har betydelse för amningsförmågan [16]. Enligt författarna finns möjlighet för att kunna helamma om hela bröstkörtelvävnaden bevaras. Däremot minskar möjligheten om den delvis tagits bort och är i stort sett obefintlig om hela bröstkörtelvävnaden tagits bort. Vidare visar översikten att den primära orsaken till att inte försöka amma är bristande stöd och uppmuntran [16]. Därför bör hälso- och sjukvården anpassa information utifrån operationsteknik och ge extra stöd till kvinnor som genomgått bröstreduktion.

En litteraturöversikt av kort- och långsiktiga komplikationer efter bröstkirurgi påtalar att det finns risk att en operation för att förstora bröstet kan störa innervation, förstöra bröstkörtelvävnaden och mjölkgångar där själva operationen i sig eller implantatet genom sitt tryck orsakar skador [17]. Postoperativa infektioner finns rapporterade i fallbeskrivningar [18, 19] vilket skulle kunna leda till att amning senare upplevs smärtsam.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 2 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Stöd och samtal om tillmatning och alternativ uppfödning samt hur anknytningsprocessen kan stärkas med nyblivna föräldrar till barn som behöver tillmatning eller där amning inte är aktuell, bidrar till att föräldrarna får möjlighet att uppleva samma närhet och kontakt med barnet som amning kan medföra – jämfört med att sådant stöd och samtal inte ges.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 10 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (72) var det 100 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	72	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	10	-
Total	82	100 %

Översikt av granskade studier

Val av litteratur

Resultat från litteratursökning som genomfördes 2020-01-14 avseende "Amning och uppfödning".

Beskrivning	Antal
Studier som identifierades vid litteratursökningen och som granskades på abstraktnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO*	467
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	55
Systematiska översikter/metaanalyser, Cochrane översikter som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	13
RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	3
Vetenskapliga artiklar/fallbeskrivningar som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	3

*PICO = Population, Intervention, Control, Outcome

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
Haroon et al 2013 (1)	Systematisk översikt	110 studier varav 63 RCT och 47 kvasi-experimentella studier	Framgår inte	Vilken effekt amningsutbildning och/eller stöd har på helamning.	Inkluderade RCT hade oklar eller hög risk för bias (otydligt om blinding).	CHERG och GRADE användes för evidensgradering.
Lau et al 2015 (2)	Metaanalys	16 RCT och kvasi-RCT	5 505 kvinnor	Utvärdera effekten av användning av e-teknologi för att stödja amning	Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions användes	Endast 25 % av studierna uppnådde adekvat evidensgradering.
Brockway 2017 (3)	Systematisk översikt och metaanalys	11 RCT och kvasi-experimentella studier	2615 kvinnor	Vilken effekt olika interventioner har på helamning och självtillit och förmåga att amma.	Cochrane collaboration tool användes för att mäta risk för bias	GRADE användes för evidensgradering
Moore et al 2016 (4)	Cochrane översikt	38 RCT	n= 3 472 kvinnor och deras nyfödda barn	Effekter av tidig hud-mot-hud kontakt avseende amning och barnets fysiologi.	De flesta studier hade låg eller oklar risk för bias.	GRADE användes för evidensgradering
Aghdas et al 2014 (5)	RCT		n= 114 förstföderskor	Hur hud-mot-hud kontakt direkt efter förlossningen påverkar förstföderskors självtillit till att amma (breastfeeding self efficacy – BSE)		
Widström et al 2011 (6)	Video-protokoll (observationsstudie)		n=28 nyfödda barn	Barnets beteende direkt efter födelsen.		
Rollins et al 2016 (7)	Metaanalys	Artikelserie med 13 metaanalyser		Kvinnors förlossningsupplevelser		
Lumbiganon 2016 (8)	Cochrane översikt	14 studier	n= 6 932 kvinnor	Att bedöma effektiviteten av amningsförberedelse	De flesta inkluderade studierna var av dålig kvalitet	Cochrane Collaboration's tool
Cheng et al 2019 (9)	Systematisk översikt Metaanalys 1986-2018	26 studier		Undersöker effekten insatser i hemmet med professionellt stöd för att främja amning	Samtliga inkluderas studier uppfyllde de uppställda kvalitets-kriterierna	Cochrane Collaboration's tool
Shakya et al 2017 (10)	Systematisk översikt med metaanalys 1978 - 2015	47 studier		Effekter av amnings stöd den första tiden efter förlossningen	Samtliga inkluderas studier uppfyllde de uppställda kvalitets-kriterierna	Cochrane tool och RoBANS- Risk of Bias Assessment Tool for Nonrandomized Studies användes för bedömning av evidens

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
Kassianus et al 2019 (11)	Systematisk översikt och metaanalys	23 studier	n= 13 902	Undersöka insatser som främjar amning efter förlossningen	Samtliga inkluderas studier uppfyllde de uppställda kvalitets-kriterierna	ROBIN-I
Schmied et al 2011 (12)	Metasyntes 1990-2007	31 studier		Kvinnors upplevelse av amningsstöd	Låg risk för bias	Johanna Briggs Institute for Evidence Based Nurse- Qualitative Assessment and Review instrument
Nilsson et al 2017 (13)	RCT	Klusterrandomisering	n= 3 541	Riktlinjer för amnings-rådgivning	Låg risk för bias	
Schiff et al 2014 (14)	Systematisk översikt och metaanalys	3 kohort-studier	171 kvinnor med bröstimplantat	Förmåga att amma hos kvinnor som genomgått bröstoperation med implantat.	Bedömdes som "fair"	Låg evidens
Cheng et al 2018 (15)	Metaanalys	4 kohort-studier 1 tvärsnittsstudie	1 381 kvinnor	Hur påverkar estetisk bröstoperation amning.	Potentiell risk för bias (pga ej blindat, egenrapportering)	Använde Newcastle-Ottawa Scale + Agency for Healthcare Research and Quality methodology checklist
Kraut et al 2017 (16)	Systematisk översikt	observationsstudier	Fler än 1 800 kvinnor	Om olika operationstekniker vid bröstreduktion påverkar möjligheten att amma	Bedömning enl. Sobhy samt Newcastle_Ottawa scale	6 av 51 studier hade låg – medium risk för bias
Michalopoulos 2007 (17)	Litteraturoversikt	Litteratur om kort- och långsiktiga komplikationer efter bröstoperationer.	Ej angivet	Genomgång av komplikationer efter bröstreduktion.	-	-
Acartürk 2005 (18)	Artikel	Fallbeskrivning	1 kvinna	Beskrivning av komplikation efter bröstoperation	-	-
DeLoach et al 1994 (19)	Artikel	Fallbeskrivning	2 kvinnor	Beskrivning av komplikationer efter bröstoperation	-	-

Dokumentation av informationssökning

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-01-14			
Ämne: Amning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
PubMed/NLM			
1.	Mesh/FT	"Breast Feeding"[Majr] OR breast feed*[ti] OR breastfeed*[ti] OR breast milk[ti]	30670
2.	Mesh/FT	Program Evaluation[MeSH] OR Counseling[MeSH] OR Persuasive Communication[MeSH] OR Motivational Interviewing[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Majr:NoExp] OR "Models, Educational"[Mesh] OR "Health Communication"[Mesh] OR "Consumer Health Information"[Majr] OR Mothers/education[Mesh] OR Social Support[Mesh] OR Motivation*[tiab] OR motivate*[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR information[tiab] OR instruction*[tiab] OR advice*[tiab] OR communicat*[ti] OR promot*[ti] OR conversation*[tiab] OR consultation[tiab] OR counsel*[ti] OR counseling[tiab] OR counselling[tiab] OR education*[tiab] OR feedback[tiab] OR biofeedback[tiab] OR behavior*[tiab] OR tailored[tiab] OR one-to-one[tiab] OR face-to-face[tiab] OR leaflet*[tiab] OR support*[tiab] OR coaching[tiab] OR talk*[tiab] OR pro-breastfeeding practice*[tiab] OR breastfeeding program*[tiab] OR intervention*[ti]	4501156
3.		1 AND 2	11061
4.		Filters activated: Systematic Reviews, Metaanalysis, Guideline, Practice Guideline English	336
CINAHL, PsycInfo/EBSCO			
5.	FT/ti	TI (Breastfeed* OR breast feed* OR breast milk)	15231
6.	FT/ti,ab,su	TI (Motivation* OR motivate* OR self-efficacy OR information OR instruction* OR advice* OR communicat* OR promot* OR conversation* OR consultation* OR counsel* OR education* OR feedback OR biofeedback OR behavior* OR tailored OR one-to-one OR face-to-face OR support* OR coach* OR talk* OR dialog* OR "pro-breastfeeding practice*" OR "breastfeeding program*" OR intervention*) OR AB (Motivation* OR motivate* OR self-efficacy OR information OR instruction* OR advice* OR communicat* OR promot* OR conversation* OR consultation* OR counsel* OR education* OR feedback OR biofeedback OR behavior* OR tailored OR one-to-one OR face-to-face OR support* OR coach* OR talk* OR dialog* OR "pro-breastfeeding practice*" OR "breastfeeding program*" OR intervention*) OR SU (Motivation* OR motivate* OR self-efficacy OR information OR instruction* OR advice* OR communicat* OR promot* OR conversation* OR consultation* OR counsel* OR education* OR feedback OR	5097516

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-01-14			
Ämne: Amning			
		biofeedback OR behavio* OR tailored OR one-to-one OR face-to-face OR support* OR coach* OR talk* OR dialog* OR "pro-breastfeeding practice*" OR "breastfeeding program*" OR intervention*)	
7.	FT/ti,ab	TI ("systematic review" OR "literature review" OR meta-analysis OR metasyntes* OR meta-syntes* OR guideline*) OR AB ("systematic review" OR "literature review" OR meta-analysis OR metasyntes* OR meta-syntes* OR guideline*)	380737
8.		5-7 Limiters - Published Date: 20000101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by SubjectGeographic: - canada Narrow by SubjectGeographic: - australia & new zealand Narrow by SubjectGeographic: - continental europe Narrow by SubjectGeographic: - uk & ireland Narrow by SubjectGeographic: - europe Narrow by SubjectGeographic: - usa Narrow by Language: - english	373

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

Cochrane library:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

Referenser

1. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13 Suppl 3(Suppl 3):S20. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S20. Epub 2013 Sep 17. PMID: 24564836; PMCID: PMC3847366.
2. Lau Y, Htun TP, Tam WS, Klainin-Yobas P. Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: a meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2016 Jul;12(3):381-401. doi: 10.1111/mcn.12202. Epub 2015 Jul 21. PMID: 26194599; PMCID: PMC6860104.
3. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact*. 2017 Aug;33(3): 486-99. doi: 10.1177/0890334417707957. Epub 2017 Jun 23. PMID: 2864476
4. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD003519.
5. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth J Aust Coll Midwives* 2014; 27: 37–40.
6. Widstrom, A. M., G. Lilja, P. Aaltomaa-Michalias, A. Dahllof, M. Lintula and E. Nissen (2011). "Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation." *Acta Paediatr* 100(1): 79-85.
7. Rollins NC, et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet* 2016; 387: 491– 504.
8. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 6;12(12):CD006425. doi: 10.1002/14651858.CD006425.pub4. PMID: 27922724; PMCID: PMC6463791.
9. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *Int J Public Health*. 2019 Sep;64(7):999-1014. doi: 10.1007/s00038-019-01266-5. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31197407.
10. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, Rai SS, Miyaguchi M, Dhakal S, Sandy S, Sunguya BF, Jimba M. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017 May 16;12(5):e0177434. doi: 10.1371/journal.pone.0177434. PMID: 28510603; PMCID: PMC5433692.
11. Kassianos AP, Ward E, Rojas-Garcia A, Kurti A, Mitchell FC, Nostikasari D, Payton J, Pascal-Saadi J, Spears CA, Notley C. A systematic review and meta-analysis of interventions incorporating behaviour change techniques to promote breastfeeding among postpartum women. *Health Psychol Rev*. 2019 Sep;13(3):344-372. doi: 10.1080/17437199.2019.1618724. Epub 2019 May 30. PMID: 31117897.

12. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth*. 2011 Mar;38(1):49-60. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x. Epub 2010 Dec 23. PMID: 21332775.
13. Nilsson IMS, Strandberg-Larsen K, Knight CH, Hansen AV, Kronborg H. Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Matern Child Nutr*. 2017 Oct;13(4):e12432. doi: 10.1111/mcn.12432. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28194877; PMCID: PMC7082818.
14. Schiff M, Algert CS, Ampt A, Sywak MS, Roberts CL. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int BreastfeedJ*;2014;9:17e
15. Cheng F, Dai S, Wang C, Zeng S, Chen J, Cen Y. Do Breast Implants Influence Breastfeeding? A Meta-Analysis of Comparative Studies. *J Hum Lact*;2018;34(3):424-32.
16. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, Katz LS, Vandermeer B, Babenko O, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: Systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186591. doi: 10.1371/journal.pone.0186591. PMID: 29049351; PMCID: PMC5648284.
17. Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. *Breast J* 2007;13(1):62–7.
18. Acartürk S, Gencel E, Tuncer I. An uncommon complication of secondary augmentation mammoplasty: bilaterally massive engorgement of breasts after pregnancy attributable to postinfection and blockage of mammary ducts. *Aesthetic Plast Surg* 2005;29(4):274–9.
19. Deloach ED, Lord SA, Ruf LE. Unilateral galactocoele following augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg*;1994; 33(1):68–71.

Vård efter graviditet och förlossning

Alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel baseras på praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*.

Uppföljning och stöd efter förlossning

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda planering för uppföljning av den gravidas fysiska och psykiska omställning efter förlossningen, inklusive amningsstöd.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Den blivande mamman kan ha behov av att känna kontinuitet i vården efter förlossningen. Hon kan behöva känna till de fysiska och känslomässiga utmaningar som ofta präglar den första tiden efter graviditet och förlossning då den kan innebära en ökad risk för hälsoproblem. Att inte vara förberedd för tiden efter förlossning och inte känna till vilken vård som erbjuds och vart man ska vända sig för stöd, rådgivning eller vård och behandling om behov uppstår, kan bidra till en känsla av otrygghet, fysiskt och psykisk stress, missnöje med vården, och till att kvinnor inte söker vård på rätt nivå.

Vårdplanering för tiden efter förlossning tas fram gemensamt med den blivande mamman under graviditetsperioden. Vårdplaneringen ses över vid behov och uppdateras efter förlossningen, innan kvinnan lämnar sjukhuset då nya behov kan ha tillkommit i samband med eller efter förlossningen. Av vårdplaneringen är det viktigt att det framgår vilken uppföljning som ska genomföras och när den kan behöva ske. Det är också viktigt att det framgår vart kvinnan kan vända sig om hon inte mår fysiskt eller psykiskt bra eller om hon behöver amningsstöd. Vårdplaneringen har som syfte att bland annat säkra att kvinnan får den vård hon kan komma att behöva efter förlossningen snabbt och på rätt nivå, samt till att kvinnan känner sig trygg. Vårdplanering bör göras av barnmorska tillsammans med kvinnan och vid behov i samråd med ansvarig läkare. I de fall andra professioner är involverade i vården av kvinnan bör planeringen ske i samråd med dessa och med beaktande av de behov och önskemål som kvinnan har.

Viken effekt har åtgärden?

Kontinuitet i planering av vården mellan graviditetsperioden och tiden efter graviditet och förlossning kan bidra till att minska ”glappet” i vårdkedjan. Att redan under

graviditeten tydliggöra vilken uppföljning som erbjuds efter eller amningsrelaterade behov uppstår kan bidra till ökad trygghet genom att kvinnan känner sig mer förberedd inför tiden efter förlossningen. Bättre kännedom om vart kvinnan ska vända sig om hon inte mår bra fysiskt, psykiskt eller behöver amningsstöd.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av två översikter och en metasyntes. Helsloot m fl pekar på att planering för eftervård bör starta redan under graviditet, samt att individuella bedömningar om vilka kvinnor som kommer behöva extra stöd är viktigt [1].

I en metasyntes av Finlayson m fl [2] pekar resultatet på att professionellt stöd och förberedelse under graviditet kan hjälpa kvinnor att övervinna utmattning, och fysisk, känslomässig och psykisk stress i början av postpartum perioden [2].

I Entsiehs m fl systematiska översikt och metasyntes av 12 kvalitativa studier pekar resultaten på att deltagarna upplevde det betydelsefullt att under graviditeten få information inför kommande föräldraskap och information om var de som nyblivna föräldrar ska vända sig när eventuella problem uppstår under postpartumperioden [3].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 1 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Att barnmorskan vid slutet av graviditeten gemensamt med den gravida kvinnan tar fram en vårdplanering för den period som följer efter förlossning, bidrar till ökad känsla av trygghet och att vara förberedd för tiden efter graviditet och förlossning, t.ex. avseende att känna till vilken uppföljning som erbjuds och vilka vårdkontakter som ska tas vid behov så att hon kan söka vård på rätt nivå - jämfört med att detta inte görs

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 11 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (71) var det 96 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	68	96 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	3	4 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	11	-
Total	82	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Helslott m.fl. [1]	Systematisk ansats.	57 studier 10 systematiska översikter		Kvalitetsindikatorer för vården efter utskrivning från sjukhuset
Finlaysson mfl. 2020 [2]	Systematisk översikt Metasyntes	36 studier	n=983	Kvinnors behov under postpartum perioden
Entsieh A m.fl., 2016 [3]	Systematisk översikt Metasyntes	12 studier	n=916 kvinnor och deras partner	Blivande och nyblivna föräldrars behov av förlossnings och föräldraförberedelse

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Tillgänglighet av barnmorska/tidig uppföljning av barnmorska efter hemgång från BB			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-02			
1.	Mesh/FT	Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR "Maternal-Child Nursing"[Mesh] OR "Neonatal Nursing"[Mesh] OR postnatal care[tiab] OR postpartum period[tiab] OR postpartum care[tiab] OR postpartum women[tiab] OR postpartum[ti] OR postnatal[ti] OR neonatal nursing[tiab] OR care after delivery[tiab] OR after delivery[ti] OR post-birth care[tiab]	115827
2.	Mesh/FT	"Midwifery"[Majr] OR "Nurse Midwives"[Majr] OR ((midwifery[tiab] OR midwives[tiab] OR midwife[tiab]) NOT Medline[sb])	21463
3.	Mesh/FT	Continuity of Patient Care[Majr] OR contin*[ti] OR continuity of care*[tiab] OR continuity of midwifery care[tiab] OR follow-up*[tiab] OR early check-up*[tiab] OR early visit*[tiab] OR visit*[ti]	1204708
4.		1-3 AND	149
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-10-02			
5.		(MH "Postnatal Period+") OR (MM "Postnatal Care") OR (MM "Maternal-Child Care") OR TI ("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "after delivery" OR "post-birth care") OR AB ("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "after delivery" OR "post-birth care")	22741
6.		(MH "Midwifery+") OR (MH "Midwifery Service+") OR (MH "Midwives+") OR TI (Midwifery OR midwives OR midwife) OR AB (Midwifery OR midwives OR midwife)	53494
7.		(MH "Continuity of Patient Care+") OR TI (contin* OR visit* OR follow-up*) OR AB ("continuity of care*" OR "continuity of midwifery care" OR follow-up* OR "early check-up*" OR "early visit*")	376968
8.		5-7 AND	194

Ebsco-baserna:

*)DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

PubMed:

*)MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

*De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

En familjecentrerad vård på BB

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda samvård dygnet runt för den nyförlösta, partner eller medförälder och det nyfödda barnet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

En stor andel nyblivna mammor har stort behov av att partner/medförälder får stanna på sjukhuset efter förlossningen och tillgång till eget rum. De flesta verksamhets- och professionsföreträdare ser också ett stort värde i att närstående stannar kvar på vårdenheten med kvinnan och det nyfödda barnet. Variationen är dock stor vad gäller att erbjuda närstående möjlighet att stanna på sjukhuset eller att erbjuda familjerum till alla familjer med möjlighet för mammans partner eller medförälder att stanna kvar även nattetid. När möjlighet till familjen att vara tillsammans eller att ha eget rum inte ges riskerar familjen ökad stress och minskad trygghet.

Viken effekt har åtgärden?

Samvård dygnet runt för mamman, partner/medförälder och barn på vårdenheten bidrar till ökad livskvalitet, känsla av trygghet hos föräldrarna, och stärker förmågan till anpassning i rollen som nybliven förälder samt ökad trygghet för kvinnan när partner är närvarande och kan ge stöd. Åtgärden underlättar även främjande insatser vad gäller amning och stödjande insatser både vad gäller amning och alternativ uppfödning.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av en systematisk översikt med både kvantitativa och kvalitativa studier, samt en metasyntes. Resultatet i metasyntesen i Nilssons m.fl. [4] pekar på betydelsen av att de nyblivna föräldrarna får vara tillsammans den första tiden efter förlossningen, att det bidrar till upplevd trygghet känsla kontroll och bidrar till anpassning till den nya rollen som nybliven förälder[4]. Den systematiska litteraturöversikt av Malouf m.fl. pekar på att individualiserad vård var den viktigaste aspekten inom BB-vården och att partnern hade möjlighet att stanna på sjukhuset bidrog till ökad trygghet och positiv upplevelse av BB-tiden [5].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 2 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Samvård på vårdenheten dygnet runt efter förlossning för mamma, partner/medförälder och barn bidrar till ökad känsla av trygghet samt främjar amning och anknytning till barnet - jämfört med att samvård inte erbjuds.

Av de 83 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 3 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (80) var det 94 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	75	94 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	5	6 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	3	-
Total	83	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
Nilsson m.fl. 2018 [4]	Systematisk översikt. Metasynthes	8 kvalitativa och 2 kvantitativa studier	n=237 kvinnor och deras partner,	Nyblivna föräldrars upplevelse av vården på sjukhus efter förlossningen och hemgång ifrån sjukhuset	Studerna har låg risk för bias	QARI användes för evidensgradering
Malouf m.fl. 2019 [5]	Systematisk översikt Metasynthes	53 studier	kvinnor och deras partner	Nyblivna föräldrars erfarenheter av hemgång från BB	Hög risk för bias	CASP användes för evidensgradering

Dokumentation av informationssökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-02 Ämne: vårdtid på BB efter förlossning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR "Maternal-Child Nursing"[Mesh] OR postnatal care[tiab] OR postpartum period[tiab] OR postpartum care[tiab] OR postpartum women[tiab] OR postpartum[ti] OR postpartum period[tiab] OR postnatal[ti] OR neonatal nursing[tiab] OR care after delivery[tiab] OR care after childbirth[tiab]	111620
2.	Mesh/FT	"Hospitals, Maternity"[Mesh] OR "Birthing Centers"[Mesh] OR birth center*[tiab] OR birthing center*[tiab] OR birth unit*[tiab] OR birthing unit*[tiab] OR birth setting*[tiab] OR birth facilit*[tiab] OR hospital birth*[tiab] OR maternity hospital*[tiab] OR hospital based[tiab] OR maternity ward*[tiab]	34464
3.	Mesh/FT	Length of Stay[Mesh] OR Patient Discharge[Mesh] OR length of stay[tiab] OR early discharge*[tiab] OR hospital stay[tiab] OR postpartum discharge*[tiab] OR discharge[tiab] OR stay[tiab]	352231
4.	Mesh/FT	"Africa"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR Kenya[tiab] OR developing countries[tiab] OR low-income countries[tiab] OR Africa*[tiab]	326980
5.		1 AND 2 AND 3 NOT 4 Publication date from 2000/01/01; English	139
6.	Mesh/FT	"Cesarean Section"[Majr] OR (cesarean section*[tiab] OR caesarean section*[tiab]) NOT Medline[sb]	5219
7.	Mesh/FT	Postnatal Care[Majr] OR Postpartum Period/nursing [Majr] OR "Midwifery"[Majr] OR "Nurse Midwives"[Majr] OR "Maternal-Child Nursing"[Majr] OR (midwifery[tiab] OR midwives[tiab] OR midwife[tiab] OR postnatal care[tiab] OR postpartum care[tiab] OR care after delivery[tiab] OR nursing care[tiab] OR care after childbirth[tiab] OR care after child birth[tiab]) NOT Medline[sb]	
8.		6 AND 7 NOT 4 Filters activated: Publication date from 2000/01/01	158
9.		early postnatal discharge*[tiab] OR early postpartum discharge*[tiab] Publication date from 2000/01/01, English	43
CINAHL			
10.		(MH "Postnatal Care") OR (MH "Postnatal Period") OR (MM "Maternal-Child Nursing") OR (MM "Nurse Midwifery") OR (MM "Maternal-Child Care")	15427
11.		TI("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "care after delivery" OR "care after childbirth" OR postnatal OR postpartum) OR AB("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "after delivery" OR "after childbirth")	18858
12.		10 OR 11	27888
13.		TI ("birth center*" OR "birthing center*" OR "birth unit*" OR "birthing unit*" OR "birth setting*" OR "birth	

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-02			
Ämne: vårdtid på BB efter förlossning			
		facilit*" OR "hospital birth*" OR "maternity hospital*" OR "hospital based" OR "maternity ward*") OR AB ("birth center*" OR "birthing center*" OR "birth unit*" OR "birthing unit*" OR "birth setting*" OR "birth facilit*" OR "hospital birth*" OR "maternity hospital*" OR "hospital based" OR "maternity ward*")	
14.		(MH "Length of Stay") OR (MH "Early Patient Discharge") OR (MH "Patient Discharge") OR TI (discharge* OR stay*) OR AB ("length of stay" OR "early discharge*" OR "hospital stay" OR "postpartum discharge*")	80928
15.		12 AND 13 AND 14 Publication date from 2000/01/01, English	42
16.		(MH "Midwifery Service") OR (MH "Nurse Midwifery") OR (MH "Midwifery") OR TI "midwifery care" OR "maternity care" OR "midwife care"	20665
17.		12 AND 13 AND 16 Publication date from 2000/01/01, English; Academic Journals	66
18.		(MH "Cesarean Section/NU") OR TI ("cesarean section*" OR "caesarean section*") OR AB ("cesarean section*" OR "caesarean section*")	9821
19.		12 AND 16 AND 18 Publication date from 2000/01/01, English; Academic Journals	22
20.		TI ("early postnatal discharge" OR early postpartum discharge") OR AB ("early postnatal discharge" OR early postpartum discharge") Publication date from 2000/01/01, English; Academic Journals	27

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

Vårdtid på sjukhuset eller BB i samråd med föräldrarna

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda en vårdtid på sjukhuset eller BB efter förlossningen, som beslutas i samråd och anpassas utifrån hennes och det nyfödda barnets behov.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

En del föräldrar känner oro och osäkerhet inför korta vårdtider på sjukhusen/BB. Oron och osäkerheten kan härstamma från en känsla av otrygghet och osäkerhet i att ta hand om sitt nyfödda barn eller i fråga om amning och alternativ uppfödning. Detta kan inträffa exempelvis när rutinerna för hemgång inte är flexibla, föräldrarna känner att de inte varit delaktiga i beslutet att gå hem och att de inte är förberedda på hemgång. En del föräldrar har individuella och specifika behov av information och stöd på sjukhusen/BB som kan kräva längre tid att tillmötesgå än vad rutinerna för korta vårdtider medger.

Vilken effekt har åtgärden?

Vårdtider som beslutas i samråd med kvinnan skapar förutsättningar för henne att få det stöd och den information hon behöver i en takt som passar henne. Detta bidrar till, känsla av trygghet samt till förmågan till anpassning i rollen som nybliven förälder och hälsa.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

En studie och en systematisk översikt som använt både kvalitativa och kvantitativa studier (totalt 110 studier) pekar på att individualiserad och flexibel vård var den viktigaste aspekten inom BB-vården; åtgärden bidrog till ökad känsla av trygghet och minskad stress hos kvinnan [1, 5]. Vidare pekar en metasyntes, som inkluderade 10 kvalitativa studier med syfte att undersöka föräldrars erfarenheter av hemgång från BB inom 72 timmar, på att för nyblivna föräldrar var det viktigt att de fick vara med och bestämma när de kände sig redo att gå hem från BB[4].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat

erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 3 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Vårdtid på sjukhuset/BB efter förlossning som beslutas i samråd med kvinnan och anpassas utifrån hennes behov bidrar till ökad känsla av trygghet och minskad stress hos henne – jämfört med att detta inte görs.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 2 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (80) var det 97 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 3. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	78	97 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	2	3 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	2	-
Total	82	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Helslott m.fl. [1]	Systematisk ansats.	67 studier		Kvalitetsindikatorer för vården efter utskrivning från sjukhuset
Nilsson m.fl. 2018 [4]	Systematisk översikt. Metasyntes	8 kvalitativa och 2 kvantitativa studier	n=237 kvinnor och deras partner,	Nyblivna föräldrars upplevelse av vården på sjukhus efter förlossningen och hemgång ifrån sjukhuset
Malouf m.fl. 2019 [5]	Systematisk översikt Metasyntes	53 studier	kvinnor och deras partner	Nyblivna föräldrars erfarenheter av hemgång från BB

Dokumentation av informationssökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-02 Ämne: vårdtid på BB efter förlösning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR "Maternal-Child Nursing"[Mesh] OR postnatal care[tiab] OR postpartum period[tiab] OR postpartum care[tiab] OR postpartum women[tiab] OR postpartum[ti] OR postpartum period[tiab] OR postnatal[ti] OR neonatal nursing[tiab] OR care after delivery[tiab] OR care after childbirth[tiab]	111620
2.	Mesh/FT	"Hospitals, Maternity"[Mesh] OR "Birthing Centers"[Mesh] OR birth center*[tiab] OR birthing center*[tiab] OR birth unit*[tiab] OR birthing unit*[tiab] OR birth setting*[tiab] OR birth facilit*[tiab] OR hospital birth*[tiab] OR maternity hospital*[tiab] OR hospital based[tiab] OR maternity ward*[tiab]	34464
3.	Mesh/FT	Length of Stay[Mesh] OR Patient Discharge[Mesh] OR length of stay[tiab] OR early discharge*[tiab] OR hospital stay[tiab] OR postpartum discharge*[tiab] OR discharge[tiab] OR stay[tiab]	352231
4.	Mesh/FT	"Africa"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR Kenya[tiab] OR developing countries[tiab] OR low-income countries[tiab] OR Africa*[tiab]	326980
5.		1 AND 2 AND 3 NOT 4 Publication date from 2000/01/01; English	139
6.	Mesh/FT	"Cesarean Section"[Majr] OR (cesarean section*[tiab] OR caesarean section*[tiab]) NOT Medline[sb]	5219
7.	Mesh/FT	Postnatal Care[Majr] OR Postpartum Period/nursing [Majr] OR "Midwifery"[Majr] OR "Nurse Midwives"[Majr] OR "Maternal-Child Nursing"[Majr] OR (midwifery[tiab] OR midwives[tiab] OR midwife[tiab] OR postnatal care[tiab] OR postpartum care[tiab] OR care after delivery[tiab] OR nursing care[tiab] OR care after childbirth[tiab] OR care after child birth[tiab]) NOT Medline[sb]	
8.		6 AND 7 NOT 4 Filters activated: Publication date from 2000/01/01	158
9.		early postnatal discharge*[tiab] OR early postpartum discharge*[tiab] Publication date from 2000/01/01, English	43
CINAHL			
10.		(MH "Postnatal Care") OR (MH "Postnatal Period") OR (MM "Maternal-Child Nursing") OR (MM "Nurse Midwifery") OR (MM "Maternal-Child Care")	15427
11.		TI("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "care after delivery" OR "care after childbirth" OR postnatal OR postpartum) OR AB("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "after delivery" OR "after childbirth")	18858
12.		10 OR 11	27888
13.		TI ("birth center*" OR "birthing center*" OR "birth unit*" OR "birthing unit*" OR "birth setting*" OR "birth	

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-02

Ämne: vårdtid på BB efter förlossning

		facilit*" OR "hospital birth*" OR "maternity hospital*" OR "hospital based" OR "maternity ward*") OR AB ("birth center*" OR "birthing center*" OR "birth unit*" OR "birthing unit*" OR "birth setting*" OR "birth facilit*" OR "hospital birth*" OR "maternity hospital*" OR "hospital based" OR "maternity ward*")	
14.		(MH "Length of Stay") OR (MH "Early Patient Discharge") OR (MH "Patient Discharge") OR TI (discharge* OR stay*) OR AB ("length of stay" OR "early discharge*" OR "hospital stay" OR "postpartum discharge*")	80928
15.		12 AND 13 AND 14 Publication date from 2000/01/01, English	42
16.		(MH "Midwifery Service") OR (MH "Nurse Midwifery") OR (MH "Midwifery") OR TI "midwifery care" OR "maternity care" OR "midwife care"	20665
17.		12 AND 13 AND 16 Publication date from 2000/01/01, English; Academic Journals	66
18.		(MH "Cesarean Section/NU") OR TI ("cesarean section*" OR "caesarean section*") OR AB ("cesarean section*" OR "caesarean section*")	9821
19.		12 AND 16 AND 18 Publication date from 2000/01/01, English; Academic Journals	22
20.		TI ("early postnatal discharge" OR early postpartum discharge") OR AB ("early postnatal discharge" OR early postpartum discharge") Publication date from 2000/01/01, English; Academic Journals	27

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

Samtal om förlossningsupplevelsen

Rekommendation

Du som möter nyförlösta bör

erbjuda möjlighet till samtal om förlossningen och förlossningsupplevelsen med dig som medverkade vid förlossningen, eller med en annan barnmorska om den nyförlösta önskar det. Tiden för samtalet anpassas efter den nyförlöstas önskemål.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Efter förlossning och i början av den postnatale perioden kan nyblivna mammor till följd av förlossningen uppleva utmattning och fysisk, känslomässig och psykisk stress. En del har behov av att bli lyssnade till och till att förstå och bearbeta dessa känslor i relation till förlossningsupplevelsen och händelseförloppet under förlossningen.

Samtal i nära anslutning till förlossning mellan nybliven mamma och barnmorska erbjuder kvinnan en möjlighet att få diskutera sin förlossningsupplevelse och prata om sina känslor kring förlossningen. Hon får möjlighet att ställa frågor och få information från barnmorskan vilket bidrar till förståelse av händelseförloppet och stärker kvinnans känsla av kontinuitet. Det är av betydelse att den barnmorska som varit delaktig under förlossningen håller i samtalet.

Samtalet kan hållas de första dagarna upp till några veckor efter förlossningen. Tidpunkten för samtalet anpassas till föräldrarnas önskemål och behov. Samtalet kan även ske på plats innan föräldrarna har skrivits ut från BB.

Samtalet kan också ske digitalt, till exempel genom videomöte efter att föräldrarna har kommit hem. I de fall kvinnan föredrar att ha samtalet med en annan barnmorska än den som var med vid förlossningen behöver möjlighet till detta finnas.

Vilken effekt har åtgärden?

Samtalet bidrar till att kvinnan får det känslomässiga stödet hon behöver för att övervinna utmattning, och fysisk, känslomässig och psykisk stress som kan inträffa i början av den postnatale perioden.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av två litteraturoversikter och en RCT. I Baxter et al studie [6] pekar resultaten på att kvinnor värdesätter att få möjlighet att samtala med en barnmorska om förlossningen och förlossningsupplevelse, gå igenom sin förlossning och prata om sina känslor kring händelsen. Studien belyser även barnmorskors upplevelse är att generellt är att kvinnor är nöjda med att få samtala med

en barnmorska om förlossningen, förlossningsupplevelse, och reda ut eventuella oklarheter[6]. Likaså pekar studien av Rowan m.fl.[7] på att kvinnor uppskattar att erbjudas möjlighet att få samtala med barnmorskan om sin förlossningsupplevelse. Resultatet av en RCT av Gamble m.fl. [8] pekar på att kvinnor som haft samtal om sin förlossningsupplevelse av barnmorska får en ökad förståelse för händelseförloppet under förlossningen. Samtalet erbjuder möjlighet att uttrycka och bearbeta känslor kring sin förlossningsupplevelse.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 4 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: För den nyförlösta kvinnan kan samtal med barnmorska om förlossningen och förlossningsupplevelsen bidrar till kvinnans välmående, t.ex. avseende ökad tillfredsställelse, upplevelse av kontinuitet samt känslomässigt stöd– jämfört med att inte erhålla detta.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 1 panelmedlem som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (81) var det 99 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 4. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	80	99 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	1	1 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	1	-
Total	82	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Baxter m.fl. 2014 [6]	Litteraturöversikt.	9 RCT 3 kvalitativa studier 1 mixad metod 2 litteraturöversikter	Nyförlösta kvinnor och deras partner,	Kvinnors upplevelse av att erbjudas samtal om förlossningsupplevelsen.
Gamble 2005 [8]	RCT		N=103 Kvinnor inom 72 timmar, samt 4–6 veckor efter förlossningen	Utvärdera en barnmorskeledd kort rådgivningsintervention för kvinnor efter förlossningen
Rowan, C. 2007 [7]	litteraturöversikt.	8 RCT	Nyförlösta kvinnor	Utvärdera debriefing och rådgivningsintervention till kvinnor efter förlossningen

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Postpartum samtal för kvinnor i den postnatala perioden Sökning gjord av: Natalia Berg			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-12-19			
1.	Mesh/FT	Postnatal Care[Majr] OR Postpartum Period[Majr] OR ((postnatal care[tiab] OR postpartum period[tiab]) NOT Medline[sb]) OR after delivery[ti] OR after childbirth[ti] OR postpartum[ti] OR postnatal[ti]	72599
2.	Mesh/FT	Directive Counseling[Majr] OR Telephone[Majr] OR Persuasive Communication[Majr] OR Motivational Interviewing[Majr] OR "Patient Education as Topic"[Majr:NoExp] OR "Models, Educational"[Majr] OR "Health Communication"[Majr] OR "Consumer Health Information"[Majr] OR "Counseling"[Majr] OR Mothers/education[Majr] OR Social Support[Majr] OR motivational interviewing[ti] OR advice*[ti] OR communicat*[ti] OR promot*[ti] OR coaching[ti] OR talk*[ti] OR counsel*[ti] OR counseling[tiab] OR counselling[tiab] OR educat*[ti] OR educational intervention*[tiab] OR educational program*[tiab] OR preventive program*[tiab] OR feedback[tiab] OR psychosocial intervention*[tiab] OR psychosocial[ti] OR information[ti] OR psychoeducation*[ti] OR telephone*[ti] OR support[ti] OR social support[tiab] OR psychosocial support[tiab] OR debriefing[tiab]	903762
3.	Mesh/FT	Quality of Life[Mesh] OR Self-Efficacy[Mesh] OR Stress, Psychological[Mesh] OR Adaptation, Psychological[Mesh] OR Anxiety/prevention and control[Mesh] OR anxiety[tiab] OR life quality[tiab] OR quality of life[tiab] OR maternal wellbeing[tiab] OR psychological health[tiab] OR mental health[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR stress*[tiab] OR maternal role[tiab] OR maternal health[tiab] OR childbirth fear[tiab] OR fear of childbirth[tiab] OR postnatal adjustment[tiab] OR sense of security[tiab]	1496942
4.		1-3 AND	1056
5.		Filters activated: Systematic Reviews, Meta-Analysis, Practice Guideline; Publication date from 2000/01/01	60
6.	Mesh/FT	"Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR midwife[tiab] OR midwives[tiab] OR midwifery[tiab]	34759
7.	Mesh/FT	"Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR Kenya*[tiab] OR Ethiopia*[tiab] OR iran*[tiab] OR Congo[tiab] OR Asia*[tiab] OR China[tiab] OR Korea*[tiab] OR developing countries[tiab] OR ((low[ti] OR middle[ti] OR developing[ti]) AND (country[ti] OR countries[ti])) OR Africa*[tiab]	1430747
8.		4 AND 6 NOT 7 Publication date from 2000/01/01	72
9.		4 AND (sweden OR swedish) NOT 7 Publication date from 2000/01/01	38
10.		4 NOT 7 Randomized Controlled Trials Publication date from 2000/01/01	87
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-12-19			

Ämne: Postpartum samtal för kvinnor i den postnatale perioden Sökning gjord av: Natalia Berg			
11.	MH	(MH "Postnatal Care") OR (MH "Postnatal Period")	11200
12.	FT	TI("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "care after delivery" OR "care after childbirth" OR postnatal OR postpartum) OR AB("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "after delivery" OR "after childbirth")	17752
13.		11 OR 12	22969
14.	MH/FT	(MH "Midwifery Service") OR (MH "Nurse Midwifery") OR (MM "Maternal-Child Nursing") OR (MM "Nurse Midwifery") OR (MM "Maternal-Child Care") OR (MH "Midwifery") OR TI (midwifery OR midwife*) OR AB (midwifery OR midwife*)	31528
15.	FT	TI (psychosocial OR information OR psychoeducation* OR telephone* OR support* OR educat* OR counsel* OR advice* OR communicat* OR promot* OR coach* OR talk*) OR AB ("motivational interviewing" OR counseling OR counselling OR "educational intervention*" OR "educational program*" OR "preventive program*" OR feedback OR "psychosocial intervention*" OR "social support" OR "psychosocial support" OR debriefing)	348676
16.		13 AND 14 AND 15 Published Date: 20000101-20191231	198
17.		16 AND (systematic review or meta-analysis or literature review or review of literature)	13
18.		16 AND TI (randomized OR random) OR AB (randomized OR random)	14

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Uppföljning och stöd efter hemgång från sjukhuset

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda de nyförlösta:

1. ett första tillfälle för uppföljning av barnmorska under barnets första levnadsvecka, efter att den nyförlösta kommit hem från sjukhuset.
2. ett andra tillfälle för uppföljning av barnmorska under barnets andra eller tredje levnadsvecka.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Kvinnan kan behöva aktivt stöd från barnmorskan efter förlossningen i rollen som mamma, med amning och alternativ uppfödning. En period som präglas av den fysiska och psykiska omställningen, är kvinnan står inför utmaningar att hitta lösningar på ett eventuellt uppkommet problem.

När kvinnan inte vet hur eller när hon själv kan hantera ett uppkommit problem, inte känner till vilken vård som erbjuds och vart hon ska vända sig för stöd, rådgivning eller vård och behandling om behov uppstår, löper hon ökad risk att känna otrygghet, fysiskt och psykisk stress, missnöje med vården, och till att hon inte söker vård på rätt nivå.

En uppföljning som görs av barnmorskan barnets första levnadsvecka, efter att kvinnan kommit hem från sjukhuset efter hemkomst från sjukhuset och ett andra tillfälle för uppföljning av barnmorska under barnets andra eller tredje levnadsvecka fångar snabbt uppkomna behov och ger den nyblivna mamman ett viktigt stöd i övergången till moderskapet. Innehållet i uppföljningen anpassas utifrån kvinnans individuella behov. Genom samtal kan hon få möjlighet att ställa frågor och få rådgivning i en trygg miljö. Uppföljningen erbjuder också möjlighet till att vid behov snabbt erbjuda kvinnan vård på rätt nivå. Utöver det bidrar uppföljningen till en känsla av trygghet och kontinuitet hos kvinnan.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av en kvalitativ systematisk översikt, två metasynteser och en systematisk översikt. I den kvalitativa systematiska översikten av Walker m fl pekar resultaten på att vård och uppföljning av barnmorskan och att kvinnan få sina behov tillgodosedda, bidrar till ökad trygghet och omställningen till föräldraskapet hos den nyblivna mamman under den första postpartum perioden [9].

I metasyntesen av Filnlayson m fl [2] identifieras vad som är viktigt för kvinnor under postnatal perioden. Resultatet visade att en positiv postpartum upplevelse är en erfarenhet där kvinnor kan anpassa sig till sin nya självidentitet och utveckla en kompetens som förälder, anpassa sig till den nya förändringen i de nya

familjerelationerna, samt navigera fysiska och känslomässiga utmaningar. Studien pekar på att professionellt stöd ifrån barnmorskan kan bidra till att övervinna utmattning, och fysisk, känslomässig och psykisk stress i början av postnatal perioden [2].

Metasyntesen av Nilsson m fl [4] pekar på att tillgång till professionellt stöd är betydelsefullt för nyblivna föräldrar första tiden efter graviditet och förlossning. Det kan hjälpa föräldrarna att övervinna utmattning och fysisk, känslomässig och psykisk stress i början av postpartumperioden [4].

Resultatet av en systematisk översikt av Wiklund m.fl. pekar på att ett professionellt och personcentrerat stöd efter förlossningen bidrar till känsla av kontroll och trygghet i den nya rollen som nybliven förälder [10].

Vilken effekt har åtgärden?

En uppföljning som görs av barnmorskan att erbjuda uppföljning barnets första levnadsvecka, samt en andra uppföljning den andra eller tredje veckan efter förlossningen fångar snabbt uppkomna behov och ger den nyblivna mamman ett viktigt stöd i övergången till moderskapet. Innehållet i uppföljningen anpassas utifrån kvinnans individuella behov. Genom samtal kan hon få möjlighet att ställa frågor och få rådgivning i en trygg miljö. Uppföljningen erbjuder också möjlighet till att vid behov snabbt erbjuda kvinnan vård på rätt nivå. Utöver det bidrar uppföljningen till en känsla av trygghet och kontinuitet hos kvinnan.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Uppföljning av barnmorska 1–2 dagar efter hemkomst

Tabell 5 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: En uppföljning av barnmorska inom 1–2 dagar efter hemkomst från sjukhuset bidrar till ökad trygghet hos den nyblivna mamman, t ex genom att möta hennes eventuella behov av information och stöd och genom att eventuell remittering till rätt instans sker i god tid - jämfört med att en sådan uppföljning inte görs.

Av de 80 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 13 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som

tog ställning (67) var det 88 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 5. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	59	88 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	8	12 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	13	-
Total	80	100 %

Uppföljning av barnmorska den andra veckan efter hemkomst

Tabell 6 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: En uppföljning av barnmorska under den andra veckan efter hemkomst från sjukhuset bidrar till ökad trygghet hos den nyblivna mamman, t ex genom att möta hennes eventuella behov av information och stöd och genom att eventuell remittering till rätt instans sker i god tid - jämfört med att en sådan uppföljning inte görs.

Av de 80 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 31 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (49) var det 89 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 6. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	44	89 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	5	11 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	31	-
Total	80	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Finlaysson m.fl. 2020 [2]	Metasysntes	36 studier	n=983	Kvinnors behov under postpartum perioden
Walker m.fl. 2019 [9]	Systematisk kvalitativ översikt	19 studier	n=1621 kvinnor och partners n= barnmorskor och läkare	Kvinnors behov av stöd under postpartum perioden, barnmorskans inverkan
Nilsson m.fl. 2018 [4]	Metasysntes	8 kvalitativa och 2 kvantitativa studier	n=237 kvinnor och deras partner,	Nyblivna föräldrars upplevelse av vården på sjukhus efter förlossningen och hemgång ifrån sjukhuset
Wiklund m.fl. 2018 [10]	Systematisk översikt. Narrativ syntes 2002-2017	8 kvalitativa och 2 kvantitativa studier	n=3699 kvinnor och deras partner, medförälder	Nyblivna föräldrars upplevelse av trygghets och förlossningsupplevelse i relation till föräldraskapsstöd

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Hembesök av barnmorska efter förlossning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-03			
1.	Mesh/FT	Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR postnatal care[tiab] OR postpartum period[tiab] OR postpartum care[tiab] OR postpartum women[tiab] OR postpartum[ti] OR postpartum period[tiab] OR postnatal[ti] OR neonatal nursing[tiab] OR care after delivery[tiab] OR care after childbirth[tiab]	106531
2.	Mesh/FT	"House Calls"[Majr] OR "Home Health Nursing"[Majr] OR house call*[tiab] OR home visit*[tiab] OR home midwifery[tiab] OR home-based[tiab]	19376
3.	Mesh/FT	"Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR "Maternal-Child Nursing"[Mesh] OR midwifery[tiab] OR midwives[tiab] OR midwife[tiab]	39910
4.	Mesh/FT	"Africa"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR Kenya[tiab] OR developing countries[tiab] OR low- income countries[tiab] OR middle-income countries[tiab] OR Africa*[tiab]	479034
5.		1 AND 2 NOT 4 Filters activated: Systematic Reviews, Meta-Analysis, Publication date from 2000/01/01	26
6.		1 AND 2 AND 3 NOT 4 Publication date from 2000/01/01; English	134
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-10-03			
7.		(MH "Postnatal Care") OR (MH "Postnatal Period") OR (MM "Maternal-Child Nursing") OR (MM "Nurse Midwifery") OR (MM "Maternal-Child Care")	15427
8.		TI("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "care after delivery" OR "care after childbirth" OR postnatal OR postpartum) OR AB("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "postpartum period" OR "neonatal nursing" OR "after delivery" OR "after childbirth")	18858
9.		7 OR 8	27888
10.		(MH "Midwifery Service") OR (MH "Nurse Midwifery") OR (MH "Midwifery") OR TI (midwifery OR midwife*) OR AB (midwifery OR midwife*)	29808
11.		(MH "Home Visits") OR TI ("home visit*" OR "home midwifery" OR "home-based" OR "house call*") OR AB ("home visit*" OR "home midwifery" OR "home- based" OR "house call*")	14299
12.		9 AND 10 AND 11 Publication date from 2000/01/01, English	37

Ebsco-bas*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Strukturerad första bedömning av vårdbehov

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

skyndsamt erbjuda en strukturerad första bedömning av vårdbehov till kvinnan med hälsoproblem de första 16 veckorna efter förlossningen, med möjlighet till hänvisning till annan vårdgivare.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Kvinnan kan uppleva ihållande fysiska och psykiska problem efter förlossningen. Till exempel kan hon uppleva utdragna besvär efter förlossningsbristning, inkontinens, smärta från kejsarsnitt eller ryggont. Hon kan också uppleva akut stress, ångest, depression eller andra psykiska besvär som t.ex. PTSD. Om kvinnan inte får rätt behandling i tid och på rätt vårdnivå finns det risk för försämrad hälsa och längre sjukdomstillstånd.

Vilken effekt har åtgärden?

Hög tillgänglighet till en första bedömning av vårdbehov hos nybliven mamma med hälsoproblem de första sexton veckorna efter förlossningen med möjlighet till hänvisning inom mödrahälsovård, primärvård och specialistvård, maximerar förutsättningarna för att tidigt erbjuda adekvat behandling och bidrar till en god hälsa för kvinnan på kort sikt och över tid.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av två metaynteser och en systematisk översikt med en metasynthes av kvalitativ litteratur. I metasynthesen av Nilsson m fl [4] visar resultaten att tillgång till professionellt stöd är betydelsefullt för nyblivna föräldrar första tiden efter graviditet och förlossning. Det kan hjälpa föräldrarna att övervinna utmattning och fysisk, känslomässig och psykisk stress i början av postpartumperioden [4].

I metasynthesen i den systematiska översikten av Entsieh m fl [3] pekar resultaten på att det är betydelsefullt att ha tillgång till professionellt stöd för nyblivna föräldrar första tiden efter graviditet och förlossning.

Vidare visar metasynthesen i Finlayson m fl [2] på betydelsen av tillgång till professionellt stöd under den första tiden som nybliven förälder.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 7 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Hög tillgänglighet till en bedömning av vårdbehov hos nybliven mamma med hälsoproblem de första sexton veckorna efter förlossningen med möjlighet till hänvisning inom mödrahälsovård, primärvård och specialistvård och som görs av barnmorskan ökar möjligheten till rätt behandling i ett tidigt skede och därmed bidrar till god hälsa för kvinnan – jämfört med att detta inte görs.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 15 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (67) var det 96 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 7. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	64	96 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	3	4 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	15	-
Total	82	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-de- sign	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd
Finlaysson mfl. 2020 [2]	Metasyntes	36 studier	n=983	Kvinnors behov under post-partum perioden
Nilsson m.fl. 2018 [4]	Metasyntes	8 kvalitativa och 2 kvanti- tativa studier	n=237 kvinnor och deras part- ner,	Nyblivna föräldrars upple- velse av vården på sjukhus efter förlossningen och hem- gång ifrån sjukhuset
Entsieh A m.fl., 2016 [3]	Systematisk översikt Metasyntes	12 studier	n=916 kvinnor och de- ras partner	Blivande och nyblivna föräldrars behov av förloss- nings och föräldraförberedelse

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Tillgänglighet av barnmorska/tidig uppföljning av barnmorska efter hemgång från BB

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-02

1.	Mesh/FT	Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR "Maternal-Child Nursing"[Mesh] OR "Neonatal Nursing"[Mesh] OR postnatal care[tiab] OR postpartum period[tiab] OR postpartum care[tiab] OR postpartum women[tiab] OR postpartum[ti] OR postnatal[ti] OR neonatal nursing[tiab] OR care after delivery[tiab] OR after delivery[ti] OR post-birth care[tiab]	115827
2.	Mesh/FT	"Midwifery"[Majr] OR "Nurse Midwives"[Majr] OR (midwifery[tiab] OR midwives[tiab] OR midwife[tiab]) NOT Medline[sb])	21463
3.	Mesh/FT	Continuity of Patient Care[Majr] OR contin*[ti] OR continuity of care*[tiab] OR continuity of midwifery care[tiab] OR follow-up*[tiab] OR early check- up*[tiab] OR early visit*[tiab] OR visit*[ti]	1204708
4.		1-3 AND	149

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-10-02

5.		(MH "Postnatal Period+") OR (MM "Postnatal Care") OR (MM "Maternal-Child Care") OR TI ("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "after delivery" OR "post-birth care") OR AB ("postnatal care" OR "postpartum period" OR "postpartum care" OR "postpartum women" OR "after delivery" OR "post- birth care")	22741
6.		(MH "Midwifery+") OR (MH "Midwifery Service+") OR (MH "Midwives+") OR TI (Midwifery OR midwives OR midwife) OR AB (Midwifery OR midwives OR midwife)	53494
7.		(MH "Continuity of Patient Care+") OR TI (contin* OR visit* OR follow-up*) OR AB ("continuity of care*" OR "continuity of midwifery care" OR follow-up* OR "early check-up*" OR "early visit*")	376968
8.		5-7 AND	194

Ebsco-baserna:

*)DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

PubMed:

*)MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

*De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Referenser

1. Helsloot K, Walraevens M, Van Besauw S, Van Parys A-S, Devos H, Van Holsbeeck A, et al. A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium. *Midwifery*. 2017; 48:60-8.
2. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020; 15(4):e0231415.
3. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation - A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*. 2016; 39:1-11.
4. Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*. 2015; 31(10):926-34.
5. Malouf R, Henderson J, Alderdice F. Expectations and experiences of hospital postnatal care in the UK: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ open*. 2019; 9(7):e022212.
6. Baxter JD, McCourt C, Jarrett PM. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*. 2014; 30(2):194-219.
7. Rowan C, Bick D, Bastos MHdS. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2007; 4(2):97-105.
8. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005; 32(1):11-9.
9. Walker SB, Rossi DM, Sander TM. Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*. 2019; 79:102552.
10. Wiklund I, Wiklund J, Pettersson V, Boström AM. New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*. 2018; 17:35-42.

Obesitas under graviditet

Alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel baseras på praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*.

Utökat stöd under graviditeten

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda utökat och individanpassat stöd hos barnmorska till gravida med BMI >30 som önskar det.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Konsekvenserna av obesitas för den vill skaffa barn eller är gravid kan vara allvarliga och riskerna är högre ju högre BMI. För kvinnan med obesitas som planerar att bli gravid kan fetman minska hennes fertilitet och öka tiden att bli gravid. Om hon blir gravid kan fetmarelaterad samsjuklighet (som typ-2 diabetes och kronisk högt blodtryck) öka risken för oönskad graviditets- och förlossningsutfall för så väl henne själv som för fostret och det nyfödda barnet. Till exempel löper gravida kvinnor med obesitas större risk för tidigt missfall, medfödda fosterskador, föda prematurt, samt dödföddhet.

Högt BMI under graviditeten kan även innebära fördröjda hälsorisker för utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar hos barnet till exempel neuropsykiatriska tillstånd såsom ADHD och autism. Sena graviditetskomplikationer som till exempel graviditetsdiabetes och preeklampsi kan medföra långvariga sjukdomar efter förlossningen.

Övervikt och obesitas ökar bland gravida i Sverige men det finns regionala skillnader vad gäller förekomst. I arton av regionerna var procentandelen kvinnor med obesitas 15 procent eller högre.

Utökat stöd inkluderar dels dialog med kvinnan och dels vid behov återkommande besök. Utökat stöd ges av en barnmorska med kunskap om motiverande strategier och beteendetekniker samt god kunskap om mat och näring, eller under handledning av en sådan. Stödet ges genom rådgivande samtal som bör vara personcentrerat vilket innebär att barnmorskan för en person-centrerad dialog med patienten och anpassar samtalet till den specifika individens ålder, hälsa, risknivåer, med mera. När samtalet för kan barnmorskan med fördel använda motiverande strategier som kompletteras med lämpliga verktyg och hjälpmedel. Åtgärden inkluderar vid behov återkommande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen.

Vilken effekt har åtgärden?

Genom att anpassa stödet utifrån kvinnas behov och önskemål kan hon få ett individanpassat stöd som bidrar till att minimera risken för komplikationer. Utökat stöd hos barnmorskan kan ge kvinnan större möjlighet att bli medveten om och minimera riskerna. Det kan dessutom bidra till en positiv graviditets- och förlossningsupplevelse och även påverka kvinnans och familjens levnadsvanor framgent.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

En systematisk litteratursökning på ämnet ”Barnmorskesamtal till gravida med fetma” genomfördes i 2019-11-04 i databaserna PubMed och Cinahl. Det var 340 studier som granskades på abstraktsnivå och 247 i fulltext. I underlaget ingår sex studier, varav två är systematiska översikter.

Resultaten i en systematisk översikt [1] grundar sig på 63 studier. Följande ämnen ingår i de inkluderade studierna i översikten:

- risker relaterade till obesitas under graviditet
- kommunikation med vårdpersonal
- viktökning under graviditet och kost/fysisk aktivitet
- diabetes, förhöjt blodtryck, sömnapné, psykisk hälsa
- monitorering
- förberedelse inför förlossning.

Slutsatserna i Carlson et als översikt är att motiverande intervjutekniker/samtal är lämpliga i vårdmöten med gravida som har högt BMI. Vidare anser författarna att individanpassat stöd ger större framgång för diet-, tränings- och livsstilsinterventioner. Kvinnor med obesitas har högre risk för samsjuklighet som ytterligare kan öka risken för negativa utfall hos både kvinnor och deras nyfödda barn om det inte upptäcks och behandlas. I översikten framgår det att det är brist på information om hur kvinnor som är överviktiga på bästa sätt kan förbereda sig under graviditeten inför förlossning och amning. Detta samtidigt som vårdpersonal ger vård med bättre kvalitet och är mer trygga i sin yrkesroll när det finns evidensbaserade riktlinjer att följa och som rör obesitas under graviditeten [1].

En Cochrane översikt [2] som gjorts för att utvärdera effekten av diet och/eller träning för att minska kraftig viktuppgång under graviditet grundar sig på resultatet från 65 RCT:er. Resultatet från 49 av de inkluderade studierna involverade 11 444 kvinnor. Författarnas slutsatser är att diet och/eller träning under graviditeten kan minska risken för kraftig viktökning under graviditeten (RR 0,80 och CI 0,73 - 0,87). Andra vinster till följd av diet och/eller träning under graviditeten är en lägre risk för kejsarsnitt, minskad risk för högt blodtryck under graviditeten samt minskad risk för stort barn (hög födelsevikt) och neonatal respiratorisk sjuklighet [2].

I en narrativ översikt [3] studerades stigma kopplat till obesitas och vilka konsekvenser det kan ha för bemötande och kommunikation mellan patienter och vårdpersonal samt att identifiera strategier för att förbättra vården för patienter med

obesitas. Enligt författarna förekommer starka negativa attityder bland vårdpersonal om personer med obesitas. Dessa attityder kan påverka den vård som de ger och påverka personuppfattning, omdöme, bemötande och beslutsfattande negativt. Detta kan i sin tur orsaka stress och att personer med obesitas inte söker vård, har en misstro mot läkare och har en dålig följsamhet till ordinationer och föreslagna behandlingar. Stigma kan sänka vårdens kvalitet för patienter med obesitas trots de bästa avsikterna från vårdgivare att ge vård av hög kvalitet. Strategier att minska stigma i hälso- och sjukvården inkluderar förutom förändrade attityder även förändringar i den kliniska miljön så att patienter med obesitas känner sig accepterade och mindre hotade. Det kan exempelvis vara att inte göra förenklade antaganden och ge råd som att patienten ska ”dra ner på snabbmat och ta trapporna” eller att se till så att utrustning som blodtrycksmanschett i rätt storlek finns lätt tillgänglig [3].

I kunskapsunderlaget för rekommendationen ingår även en fenomenologisk studie [4] där tio svenska kvinnor med BMI >30, intervjuats fyra till sex veckor efter förlossningen. Författarnas slutsats är att överviktiga gravida kvinnor är en sårbar grupp och att många överviktiga kvinnor har negativa upplevelser av hälso- och sjukvård. För att undvika dömande attityder och orsaka ökat lidande för gravida kvinnor med högt BMI, måste barnmorskor och läkare vara medvetna om och reflektera över sina egna attityder. Författarna menar att vårdpersonal är i behov av kunskap om hur vård ska ges utifrån kvinnans synvinkel, att det är nödvändigt att individualisera vården av överviktiga gravida kvinnor. Det innebär att ta sig tid och att ge kvinnorna en möjlighet att berätta sin egen berättelse [4].

Förutom ovanstående vetenskapliga publikationer ingår guidelines utgivna av The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) och The Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) [5] med sex rekommendationer om träning under och efter graviditet. Rekommendationerna från SOGC/CSEP är evidensgraderade enligt Canadian Task Force on the Periodic Health och har följande gradering:

- det finns goda bevis för att styrka rekommendationen (A)
- det finns rimliga bevis som stöder rekommendationen (B)
- det finns dåliga bevis, men rekommendationer ges av andra skäl (C).

Rekommendationerna är följande:

1. Alla kvinnor utan kontraindikationer bör uppmuntras att delta i konditionsövningar som en del av en hälsosam livsstil under graviditeten (B).
2. Rimliga mål för träning under graviditeten bör vara att upprätthålla en bra konditionsnivå under hela graviditeten utan att försöka nå toppkondition (C).
3. Kvinnor bör välja aktiviteter som där risken att tappa balansen är liten (C).
4. Kvinnor bör informeras om att graviditeten eller fostret påverkas negativt av träning (B).
5. Initiering av bäckenbottenträning direkt efter förlossningen kan minska risken för framtida urininkontinens (C).
6. Kvinnor bör informeras om att måttlig träning under amning inte påverkar kvantitet eller sammansättningen av bröstmjolk eller spädbarns tillväxt (A).

En genomgång av litteratur om betydelsen av träning för att minska risken för graviditetsdiabetes hos överviktiga kvinnor [6], ingår också i kunskapsunderlaget. Slutsatsen är att livsstilsförändringar mest effektiva för att minska risken för

graviditetsdiabetes. Interventionsprogram bör omfatta både motion och diet för effektiv behandling av diabetes i graviditet. I litteraturgenomgången ingår förutom rekommendationer från professionsföreningar i USA, Storbritannien och Kanada även ni vetenskapliga publikationer varav tre är systematiska översikter.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabellerna 1-2 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till två påståenden med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående 1: Utökat stöd hos barnmorskan till gravida kvinnor med BMI >30 bidrar till att minska graviditets- och förlossningskomplikationer, t.ex. avseende graviditetsdiabetes och skulderdystoci - jämfört med att utökat stöd inte ges.

Av de 90 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 16 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (74) var det 88 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 1)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	65	88 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	9	12 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	16	-
Total	90	100 %

Påstående 2: Utökat stöd hos barnmorskan till gravida kvinnor med BMI > 30 bidrar till ökad livskvalitet och bättre levnadsvanor för kvinnan - jämfört med att detta inte görs.

Av de 89 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 20 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (69) var det 87 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 2)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	60	87 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	9	13 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	20	-
Total	89	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studiedesign	Inkluderade studier (SÖ)	Studiedeltagare	Studerad åtgärd	Kommentar
Carlson et al 2018 (35)	Systematisk översikt	63		-Risker under graviditet relaterade till obesitas -Kommunikation med vårdpersonal -Viktökning, kost och fysisk aktivitet under graviditet -Förberedelse inför förlossning.	Evidensgradering enligt Joanna Briggs Institute, nivå 1 till 4a-b.
Davies et al 2003 (26)	Guidelines	6 rekommendationer		Träning under och efter graviditet.	Evidensgradering enligt "Report of the Canadian Task Force on the Periodic Health Exam"
Artal 2015 (27)	Litteraturoversikt	9 vetenskapliga publikationer varav 3 SÖ Guidelines från ACOG, ADA, RCOG, SOGC	60 993	Träning för att minska risken för diabetes hos överviktiga kvinnor	
Phelan et al 2015 (37)	Narrativ review	Ej tydligt angivet		Stigma avseende obesitas och dess konsekvenser för vårdpersonal och patienter.	
Nyman et al 2010 (38)	Intervjustudie, fenomenologisk design		10 kvinnor med BMI > 30 intervjuades 4 – 6 veckor efter förlossningen	Upplevelser av vård och bemötande under graviditeten.	
Muktabhant 2015 (39)	Cochrane översikt	RCTs	Mer än 11 444 kvinnor	Effekt av diet och/eller träning för att minska risk för kraftig viktuppgång under graviditet.	20 studier hade moderat – hög risk för bias.

Dokumentation av informationssökning

Litteratursökning PubMed

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-11-04 Ämne: Barnmorskesamtal till gravida kvinnor med obesitas			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Pregnancy, High-Risk"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh:NoExp] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Peripartum Period"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR pregnant[tiab] OR pregnancy[tiab] OR peripartum[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR "Pregnancy Complications"[Mesh]	1014707
2.	Mesh/FT	"Obesity"[Mesh] OR "Body Mass Index"[Mesh] OR "Gestational Weight Gain"[Mesh] OR obesity[tiab] OR obese[tiab] OR body mass index[tiab] OR BMI[tiab] OR weight gain[tiab] OR weight retention[tiab] OR weight loss[tiab] OR weight change*[tiab] OR weight reduction[tiab] OR overweight*[tiab] OR "Body Weight Changes"[Mesh] OR "Overweight"[Mesh]	612997
3.	Mesh/FT	"Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR midwife[tiab] OR midwives[tiab] OR midwifery[tiab]	34602
4.	Mesh/FT	Behavior Therapy[Majr] OR Program Evaluation[MeSH] OR Pamphlets[MeSH] OR Directive Counseling[MeSH] OR Persuasive Communication[MeSH] OR Motivational Interviewing[Mesh] OR "Interview, Psychological"[Majr] OR "Patient Education as Topic"[Majr:NoExp] OR "Mod- els, Educational"[Mesh] OR "Health Communica- tion"[Mesh] OR "Consumer Health Information"[Majr] OR "Counseling"[Majr] OR Health Promotion[Mesh]	262760
5.	Mesh/FT	motivational interviewing[tiab] OR motivation[tiab] OR motivate*[tiab] OR Stage of Change intervention[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR Goal setting[tiab] OR written information[tiab] OR information[tiab] OR instruction*[tiab] OR advice*[tiab] OR communicat*[ti OR promot*[ti] OR conversation*[tiab] OR consultation[tiab] OR counsel*[ti] OR counseling[tiab] OR counselling[tiab] OR educat*[ti] OR educational intervention*[tiab] OR educational program*[tiab] OR preventive program*[tiab] OR feedback[tiab] OR biofeedback[tiab] OR health education[tiab] OR education[tiab] OR health information*[tiab] OR health literacy[tiab] OR health promotion*[tiab] OR interview*[ti] OR minimal intervention*[tiab] OR psychosocial intervention*[tiab] OR psychosocial[ti] OR information[ti] OR behavior program*[tiab] OR behavior therap*[tiab] OR behavioral change*[tiab] OR behaviour change*[tiab] OR behaviour modification*[tiab] OR behavior*[tiab] OR tailored[tiab] OR one-to-one[tiab] OR face-to- face[tiab] OR leaflet*[tiab] OR weight management intervention*[tiab] OR healthy lifestyle[tiab] OR lifestyle intervention*[tiab] OR weight gain intervention*[tiab] OR support*[tiab] OR coaching[tiab] OR talking[tiab]	4359254
6.		4 OR 5	4476399
7.	Mesh/FT	"Healthy Lifestyle"[Mesh] OR "Life Style"[Mesh:NoExp] OR "Sedentary Behavior"[Mesh] OR "Health Behavior"[Mesh] OR "Healthy Diet"[Mesh] OR "Feeding Behavior"[Mesh] OR lifestyle[tiab] OR life style[tiab] OR diet[tiab] OR dietary[tiab] OR nutrition[tiab] OR healthy eating[tiab] OR healthy diet*[tiab] OR physical	1350146

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-11-04			
Ämne: Barnmorskesamtal till gravida kvinnor med obesitas			
		activity[tiab] OR exercise*[tiab] OR eating support[tiab] OR eating[ti] OR moving[tiab] OR health behavio*[tiab]	
8.		6 OR 7	5378452
9.		1 AND 2 AND 3 AND 8 Filters activated: published in the last 10 years; English	216
10.		Filters activated: systematic reviews, meta-analysis	5
11.		Filters activated: Randomized Controlled Trial	14
12.		9 AND random*[tiab] NOT Medline[sb]	9
13.		Sweden OR swedish	393292
14.		9 AND 13	16
15.	Mesh/FT	"Qualitative Research"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp] OR "Interview" [Publication Type] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR "Longitudinal Studies"[Mesh] OR qualitative[tiab] OR questionnair*[tiab] OR cross-sectional[tiab] OR interview*[tiab] OR longitudinal[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational[tiab]	2808460
16.		9 AND 15	137

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Litteratursökning Cinahl

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-11-04 Ämne: Barnmorskesamtal till gravida kvinnor med obesitas			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MH/FT	(MM "Pregnancy") OR (MM "Pregnancy, High Risk") OR (MM "Pregnancy Complications") OR (MM "Prenatal Care") OR TI (pregnant OR pregnancy OR peripartum OR antenatal OR prenatal) OR AB (pregnant OR pregnancy OR peripartum OR antenatal OR prenatal)	134304
2.	MH/FT	(MM "Obesity") OR (MM "Gestational Weight Gain") OR (MM "Body Mass Index") OR TI (obesity OR obese OR "body mass index" OR BMI OR "weight gain" OR "weight retention" OR "weight loss" OR "weight change*" OR "weight reduction" OR overweight*) OR AB (obesity OR obese OR "body mass index" OR BMI OR "weight gain" OR "weight retention" OR "weight loss" OR "weight change*" OR "weight reduction" OR overweight*)	169335
3.	MH/FT	(MH "Midwifery+") OR (MM "Nurse Midwifery") OR (MM "Midwives") OR (MM "Nurse Midwives") OR TI (midwife OR midwives OR midwifery) OR AB (midwife OR midwives OR midwifery)	38506
4.	FT	TI (Motivation* OR motivate* OR "self-efficacy" OR "goal setting" OR information OR instruction* OR advice* OR communication OR promotion* OR conversation* OR consultation OR counseling OR counselling OR "educational intervention*" OR "educational program*" OR "preventive program*" OR feedback OR biofeedback OR "health education" OR "lifestyle education" OR "health information*" OR "health literacy" OR interview* OR psychosocial OR "behavior program*" OR "behavior therap*" OR "behavioral change*" OR "behaviour change*" OR behavio* OR tailored OR "one-to-one" OR "face-to-face" OR leaflet* OR "weight management intervention*" OR "healthy lifestyle" OR "lifestyle intervention*" OR "weight gain intervention*" OR support* OR coaching OR talking) OR AB (Motivation* OR motivate* OR "self-efficacy" OR "goal setting" OR information OR instruction* OR advice* OR communication OR promotion* OR conversation* OR consultation OR counseling OR counselling OR "educational intervention*" OR "educational program*" OR "preventive program*" OR feedback OR biofeedback OR "health education" OR "lifestyle education" OR "health information*" OR "health literacy" OR interview* OR psychosocial OR "behavior program*" OR "behavior therap*" OR "behavioral change*" OR "behaviour change*" OR behavio* OR tailored OR "one-to-one" OR "face-to-face" OR leaflet* OR "weight management intervention*" OR "healthy lifestyle" OR "lifestyle intervention*" OR "weight gain intervention*" OR support* OR coaching OR talking) OR MW (Motivation* OR motivate* OR "self-efficacy" OR "goal setting" OR information OR instruction* OR advice* OR communication OR promotion* OR conversation* OR consultation OR counseling OR counselling OR "educational intervention*" OR "educational program*" OR "preventive program*" OR feedback OR	1768536

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-11-04

Ämne: Barnmorskesamtal till gravida kvinnor med obesitas

		biofeedback OR "health education" OR "lifestyle education" OR "health information*" OR "health literacy" OR interview* OR psychosocial OR "behavior program*" OR "behavior therap*" OR "behavioral change*" OR "behaviour change*" OR behavio* OR tailored OR "one-to-one" OR "face-to-face" OR leaflet* OR "weight management intervention*" OR "healthy lifestyle" OR "lifestyle intervention*" OR "weight gain intervention*" OR support* OR coaching OR talking)	
5.		1-4 AND	180
6.	FT	TI (lifestyle OR "life style" OR diet OR dietary OR nutrition* OR "healthy diet*" OR "physical activity" OR exercise* OR eating OR moving OR "health behavio*") OR AB (lifestyle OR "life style" OR diet OR dietary OR nutrition* OR "healthy diet*" OR "physical activity" OR exercise* OR eating OR moving OR "health behavio*") OR MW (lifestyle OR "life style" OR diet OR dietary OR nutrition* OR "healthy diet*" OR "physical activity" OR exercise* OR eating OR moving OR "health behavio*")	533481
7.		1 AND 2 AND 3 AND 6	124
8.		5 OR 7 Filters activated: published in the last 10 years; English	182
9.		8 AND systematic review or meta-analysis or literature review or review of literature	12
10.		8 AND random*	14
11.		8 AND (Sweden OR swedish)	12
12.		8 AND TI (qualitative OR questionnaire* OR cross-sectional OR interview* OR longitudinal OR follow-up OR observational) OR AB (qualitative OR questionnaire* OR cross-sectional OR interview* OR longitudinal OR follow-up OR observational) OR MW (qualitative OR questionnaire* OR cross-sectional OR interview* OR longitudinal OR follow-up OR observational)	110

**))

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Kostrådgivning

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda rådgivande samtal med en dietist till gravida med BMI >30 som har uttalat behov och önskar det.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Konsekvenserna av obesitas för den vill skaffa barn eller är gravid kan vara allvarliga och riskerna är högre ju högre BMI. För kvinnan med obesitas som planerar att vara gravid kan fetman minska hennes fertilitet och öka tiden att bli gravid. Om hon blir gravid kan fetmarelaterad samsjuklighet (som typ-2 diabetes och kronisk högt blodtryck) öka risken för oönskade graviditets- och förlossningsutfall för så väl henne själv som för fostret och det nyfödda barnet. Till exempel löper gravida kvinnor med obesitas större risk för tidigt missfall, medfödda fosterskador, föda prematurt, samt dödföddhet. Högt BMI under graviditeten kan även innebära fördröjda hälsorisker för utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar hos barnet till exempel neuropsykiatriska tillstånd såsom ADHD och autism. Sena graviditetskomplikationer som till exempel graviditetsdiabetes och preeklampsi kan medföra långvariga sjukdomar efter förlossningen.

Övervikt och obesitas ökar bland gravida i Sverige men det finns regionala skillnader vad gäller förekomst. I arton av regionerna var procentandelen kvinnor med obesitas 15 procent eller högre.

Kvinnor med obesitas kan ha ett försämrat näringsupptag pga. glutenintolerans, är tidigare obesitasopererade, är veganer, har annan kosthållning, har underliggande sjukdom, allergi eller behöver mer stöd än vad barnmorskan kan erbjuda. Rådgivande samtal med en dietist kan innehålla information om hur kvinnan kan sänka sitt energi- och fettintag och samtidigt få i sig väl sammansatt kost med lämpliga nivåer av näringsämnen som är särskilt viktiga under graviditeten. Råd och samtal hos dietisten bör ske enskilt men helst även vid något tillfälle tillsammans med ev. partner.

Vilken effekt har åtgärden?

Rådgivande samtal med en dietist kan minska risken för komplikationer under graviditeten och förlossningen för kvinnor med BMI >30. Det kan bidra till att kvinnan kan hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall. Samtal med dietist kan ge kvinnan vägledning till att äta en väl sammansatt kost med de näringsämnen som hon behöver under graviditeten. Samtalen kan även motivera kvinnan till att sänka sitt energi- och fettintag och få insikt i hur hon kan få i sig väl sammansatt kost med de näringsämnen som är särskilt viktiga under graviditeten.

I förlängningen kan rådgivande samtal med en dietist även påverka barnets och familjens kosthållning positivt genom förändrade levnadsvanor, ökad livskvalitet och hälsa.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

En systematisk litteratursökning på ämnet ”Rådgivning som ges av en dietist till gravida med obesitas” genomfördes i 2019-10-30 i databasen PubMed. Det var 80 studier som granskades på abstraktsnivå och 37 i fulltext. Ingen av dessa ingår i underlaget till rekommendationen utan den vilar på beprövad erfarenhet genom ett konsensusförfarande.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 3 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Rådgivande samtal med en dietist till gravida kvinnor med BMI >30 bidrar till att kvinnan kan hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall, och därmed till minskad risk för graviditets- och förlossningskomplikationer - jämfört med att detta inte görs.

Av de 89 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 18 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (71) var det 92 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 3. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	65	92 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	6	8 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	18	-
Total	89	100 %

Dokumentation av informationssökning

Litteratursökning PubMed

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-10-30 Ämne: Rådgivning som ges av en dietist till gravida kvinnor med obesitas			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1	Mesh/FT	"Pregnancy, High-Risk"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh:NoExp] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Peripartum Period"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR pregnant[tiab] OR pregnancy[tiab] OR peripartum[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR "Pregnancy Complications"[Mesh]	1014707
2	Mesh/FT	"Obesity"[Mesh] OR "Body Mass Index"[Mesh] OR "Gestational Weight Gain"[Mesh] OR obesity[tiab] OR obese[tiab] OR body mass index[tiab] OR BMI[tiab] OR weight gain[tiab] OR weight retention[tiab] OR weight loss[tiab] OR weight change*[tiab] OR weight reduction[tiab] OR overweight*[tiab] OR "Body Weight Changes"[Mesh] OR "Overweight"[Mesh]	612997
3	Mesh/FT	"Nutritionists"[Majr] OR nutritionist*[tiab] OR dietitian*[tiab] OR dietician*[tiab]	9765
4		1 AND 2 AND 3 NOT diabetes[ti] Filters: published in the last 10 years; English	80
5		Filters activated: systematic reviews, meta-analysis	0
6		Filters activated: Randomized Controlled Trial	22
7		4 AND random*[tiab] NOT Medline[sb]	3
8	Mesh/FT	"Qualitative Research"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp] OR "Interview" [Publication Type] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR "Longitudinal Studies"[Mesh] OR qualitative[tiab] OR questionnaire*[tiab] OR cross-sectional[tiab] OR interview*[tiab] OR longitudinal[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational[tiab]	2808460
9		4 AND 8	37

Referenser

1. Carlson, NS, Leslie SL, Dunn A. Antepartum Care of Women Who Are Obese During Pregnancy: Systematic Review of the Current Evidence. *J Midwifery Womens Health*;2018;63(3): 259–72.
2. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Db Syst Rev*. 2015(6).
3. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*;2015;16(4):319–26.
4. Nyman VMK, Prebensen AK, Flensner GEM. Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and child birth. *Midwifery*. 2010;26(4):424–9.
5. Davies GAL, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. Joint SOGC/CSEP Clinical Practice Guideline: Exercise in pregnancy and the postpartum period. *Can J Appl Physiol*. 2003;28(3):329–41.
6. Artal R. The role of exercise in reducing the risks of gestational diabetes mellitus in obese women. *Best Pract Res Cl Ob*. 2015;29(1):123–32.

Föräldraskapsstöd i mindre grupper

Alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel baseras på praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*

Föräldraskapsstöd i mindre grupper med andra blivande föräldrar

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda gravida och deras partner eller medförälder föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Blivande föräldrar kan känna sig oförberedda inför tiden efter graviditet och förlossning och inför föräldraskapet och utmaningarna som första tiden som förälder till ett nyfött barn kan innebära. Brist på tidigare erfarenhet av den nya rollen som blivande förälder kan skapa osäkerhet kring vilka krav som ställs på hen och på den egna förmågan att hantera dessa krav. Osäkerheten kan även gälla den fysiska och psykiska omställningen till den nya livssituationen och de nya omständigheterna innebär. Även för föräldrar som har tidigare erfarenheter presenteras nya utmaningar. Barnmorskan ger individuellt stöd och för ett kontinuerligt samtal med blivande föräldrar under graviditet. Blivande föräldrar kan dock ha behov av att lyfta egna frågor och problem i en bredare kontext där de kan få bekräftelse och känna samhörighet med andra i liknande livssituation.

Vilken effekt har åtgärden?

Att erbjuda blivande föräldrar föräldraskapsstöd i grupp kan deras egna resurser att hantera denna period stärkas. Att känna sig förberedd kan bidra till:

- blivande föräldrars förmåga och medvetenhet om de egna resurserna att hantera barnet och underlätta omställningen efter graviditeten och förlossningen
- positiv inverkan på den psykiska hälsan
- att stödja och främja amning
- blivande föräldrars sociala nätverk med andra blivande föräldrar

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av en systematisk översikt, fyra systematiska översikter av kvalitativ litteratur med tillhörande metasynteser samt en RCT.

Analysen av Wiklund m fl pekar på att nyblivnas föräldrars deltagande i föräldragrupper i samband med graviditet (och även efter förlossning), bidrog till känsla av kontroll i den nya rollen som nybliven förälder [1].

I Enstieh m fl systematiska översikt av kvalitativ litteratur [2] pekar resultaten på att deltagarna upplevde det som betydelsefullt att det ges möjligheten att möta, lära av och diskutera med andra blivande föräldrar i minde grupper. Männen som deltog efterfrågade särskilt utformat föräldraskapsstöd i grupp utifrån deras specifika behov [2].

I en systematisk översikt av Delicate m fl pekar metasyntesen på att deltagande i föräldraskapsstöd i grupp förbereder blivande föräldrar inför relationsförändringar och ger stöd för att identifiera och övervinna problem vid omställningen som nybliven förälder[3].

Enligt en RCT studie av Koushede [4] minskar upplevelsen av stress 6 månader efter förlossningen hos kvinnor som deltagit i föräldraskapsstöd i mindre grupper under graviditet.

Stöd för rekommendationen kan också hittas i nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd [5]. För att utveckla föräldrastödet tog regeringen för första gången fram strategin *Föräldrastöd – en vinst för alla* 2009. *Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap*. Dess övergripande mål var att alla föräldrar skulle erbjudas föräldrastöd. Regeringen beslutade 2018 om att ersätta den tidigare strategin med *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd* med syfte att främja barns hälsa och utveckling. Strategin beskriver Mödrahälsovårdens verksamhet som en viktig funktion när det gäller stöd till föräldrar i samband med graviditet och barnens första år [5].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 1 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Föräldraskapsstöd i mindre grupper bidrar till positiva effekter på blivande föräldrar t.ex. avseende att stärka föräldrarnas förmåga och medvetenhet om egna resurser att hantera barnet, att underlätta omställningen efter graviditet och förlossning samt stärka föräldrarnas sociala nätverk med andra blivande föräldrar - jämfört med att inte ge sådant stöd.

Av de 81 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 20 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (61) var det 92 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	56	92 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	5	8 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	20	-
Total	81	100 %

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studiedeltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
Wiklund m.fl. 2018 [1]	Systematisk översikt. Narrativ syntes 2002-2017	8 kvalitativa och 2 kvantitativa studier	n=3699 kvinnor och deras partner, medförälder	Nyblivna föräldrars upplevelse av trygghets och förlossningsupplevelse i relation till föräldraskapsstöd	Studierna har låg risk för bias	CASP användes för evidens gradering
Entsieh A m.fl., 2016 [2]	Systematisk översikt metasyntes	12 studier	n=916 kvinnor och deras partner	Blivande och nyblivna föräldrars behov av förlossnings och föräldraförberedelse	Låg risk för bias	
Delicate m.fl 2018 [3]	Systematisk översikt Metasyntes	12 studier	n=334 kvinnor och män	Omställning till föräldraskap på nyblivna föräldrars relationer	Hög risk för bias	COREQ och CASP användes för evidens gradering
Brixval m.fl 2015 [6]	Systematisk översikt	12 studier		Effekterna av föräldraskapsstöd i grupp små grupper på förlossningsutfall och psykosociala hälsa	Hög risk för	
Koushede, et al 2017 [4]	RCT		N=1,766 gravida	Jämför föräldraskapsstöd i grupp och föreläsning i förhållande och gravidas upplevelse	Låg risk för bias	

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Föräldrastöd under graviditet			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-12-19			
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Majr] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Maternal-Fetal Relations"[Mesh] OR ((pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab]) NOT Medline[sb])	201236
2.	Mesh/FT	"Prenatal Education"[Mesh] OR prenatal education[tiab] OR prenatal classes[tiab] OR parent classes[tiab] OR parenting classes[tiab] OR parental classes[tiab] OR parent education[tiab] OR parental education[tiab] OR parenting education[tiab] OR antenatal education[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR parenthood education[tiab] OR parenthood classes[tiab] OR antenatal course*[tiab]	6443
3.	Mesh/FT	"Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR Kenya*[tiab] OR Ethiopia*[tiab] OR Iran*[tiab] OR Congo[tiab] OR Asia*[tiab] OR China[tiab] OR Korea*[tiab] OR developing countries[tiab] OR ((low[ti] OR middle[ti] OR developing[ti]) AND (country[ti] OR countries[ti])) OR Africa*[tiab]	
4.		1 AND 2 NOT 3 Publication date from 2000/01/01; English	345
5.		Filters: Practice Guideline; Meta-Analysis; Guideline	11
6.		Randomized Controlled Trials	26
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-12-19			
7.		(MM "Pregnancy") OR TI (pregnancy OR pregnant) OR AB (pregnancy OR pregnant)	113468
8.		TI (transition OR expectant) OR AB (transition OR expectant)	40778
9.		(MM "Childbirth Education") OR (MM "Parenting Education") OR TI ("prenatal education" OR "prenatal classes" OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR "parent education" OR "parental education" OR "parenting education" OR "antenatal education" OR "childbirth education" OR "childbirth classes" OR "parenthood education" OR "parenthood classes" OR "antenatal course*") OR AB ("prenatal education" OR "prenatal classes" OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR "parent education" OR "parental education" OR "parenting education" OR "antenatal education" OR "childbirth education" OR "childbirth classes" OR "parenthood education" OR "parenthood classes" OR "antenatal course*")	6047
10.		7 AND 8 AND 9 Published Date: 20000101-20191231; English	169

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Utbildning, handledning och fortbildning till gruppledaren

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda hälso- och sjukvårdspersonal som ska leda föräldraskapsstöd i grupp grundläggande utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik för att leda verksamheten.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Föräldraskapsstöd i grupp leds av barnmorskan som arbetar på mödrahälsovården (MHV). En nationell struktur och riktlinjer för hur dessa ska genomföras saknas. Att leda gruppdiskussioner är en dynamisk process där handledning och fortbildning är nödvändig. Barnmorskor efterfrågar en utökad pedagogisk kunskap för att skapa en optimal och givande gruppverksamhet för de blivande föräldrarna. Barnmorskan behöver i sitt arbete som gruppledare relevant kunskap om metodik och pedagogik för att kunna bibehålla och utveckla arbetet utifrån de ämnen som tas upp utifrån föräldrarnas önskemål och behov.

Viken effekt har åtgärden?

Att erbjuda de barnmorskor som ger föräldraskapsstöd i grupp grundläggande utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik bidrar till ökad kvalitet i stödet och en ändamålsenlig gruppverksamhet. Genom åtgärden skapas bättre förutsättningar att anpassa verksamheten till gruppdeltagarnas behov, vilket leder till ett positivt samtalsklimat och en ökad delaktighet bland gruppdeltagarna. En ändamålsenlig gruppverksamhet inom ramen för föräldraskapsstöd leder till att blivande föräldrar känner sig förberedda inför förlossningen, kommande föräldraskap, tiden efter graviditet och förlossning.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det har inte kunnat gå att uttala sig om åtgärden har oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningsunderlaget utgörs av en systematisköversikt med en metasyntes av kvalitativ litteratur [2]. Enligt studien upplevde deltagarna behov av evidensbaserat lärande, gruppdiskussioner där deltagarna hade möjlighet att påverka innehållet vid och möjlighet till gruppdiskussioner, där gruppdeltagarna ges möjlighet att interagera med varandra[2].

Stöd för rekommendationen kan också hittas i nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd [5]. För att utveckla föräldrastödet tog regeringen för första gången fram strategin *Föräldrastöd – en vinst för alla 2009. Nationell strategi för*

samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. Dess övergripande mål var att alla föräldrar skulle erbjudas föräldrastöd. Regeringen beslutade 2018 om att ersätta den tidigare strategin med *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd* med syfte att främja barns hälsa och utveckling. Strategin beskriver Mödrahälsovårdens verksamhet som en viktig funktion när det gäller stöd till föräldrar under graviditeten och barnens första år [5].

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 2 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Utbildning, handledning, och fortbildning i pedagogik och metodik att leda föräldragrupper bidrar till en ökad kvalitet i stödet och en mer ändamålsenlig gruppverksamhet, t.ex. avseende att bättre kunna anpassa verksamheten efter deltagarnas behov, skapa ett positivt arbetsklimat och underlätta delaktighet hos deltaga - jämfört med att inte få ett sådant stöd.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 16 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (66) var det 95 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	63	95 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	3	6 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	16	-
Total	82	100 %

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studiedeltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
Entsieh A m.fl., 2016 [2]	Systematisk översikt Metaanalys	12 studier	n=916 kvinnor och deras partner	Blivande och nyblivna föräldrars behov av förlossnings och föräldraförberedelse	Låg risk för bias	

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Föräldrastöd under graviditet			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-12-19			
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Majr] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Maternal-Fetal Relations"[Mesh] OR ((pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab]) NOT Medline[sb])	201236
2.	Mesh/FT	"Prenatal Education"[Mesh] OR prenatal education[tiab] OR prenatal classes[tiab] OR parent classes[tiab] OR parenting classes[tiab] OR parental classes[tiab] OR parent education[tiab] OR parental education[tiab] OR parenting education[tiab] OR antenatal education[tiab] OR childbirth education[tiab] OR childbirth classes[tiab] OR parenthood education[tiab] OR parenthood classes[tiab] OR antenatal course*[tiab]	6443
3.	Mesh/FT	"Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR Kenya*[tiab] OR Ethiopia*[tiab] OR iran*[tiab] OR Congo[tiab] OR Asia*[tiab] OR China[tiab] OR Korea*[tiab] OR developing countries[tiab] OR ((low[ti] OR middle[ti] OR developing[ti]) AND (country[ti] OR countries[ti])) OR Africa*[tiab]	
4.		1 AND 2 NOT 3 Publication date from 2000/01/01; English	345
5.		Filters: Practice Guideline; Meta-Analysis; Guideline	11
6.		Randomized Controlled Trials	26
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2019-12-19			
7.		(MM "Pregnancy") OR TI (pregnancy OR pregnant) OR AB (pregnancy OR pregnant)	113468
8.		TI (transition OR expectant) OR AB (transition OR expectant)	40778
9.		(MM "Childbirth Education") OR (MM "Parenting Education") OR TI ("prenatal education" OR "prenatal classes" OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR "parent education" OR "parental education" OR "parenting education" OR "antenatal education" OR "childbirth education" OR "childbirth classes" OR "parenthood education" OR "parenthood classes" OR "antenatal course*") OR AB ("prenatal education" OR "prenatal classes" OR "parent classes" OR "parenting classes" OR "parental classes" OR "parent education" OR "parental education" OR "parenting education" OR "antenatal education" OR "childbirth education" OR "childbirth classes" OR "parenthood education" OR "parenthood classes" OR "antenatal course*")	6047
10.		7 AND 8 AND 9 Published Date: 20000101-20191231; English	169

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Referenser

1. Wiklund I, Wiklund J, Pettersson V, Boström AM. New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*. 2018; 17:35-42.
2. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation - A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*. 2016; 39:1-11.
3. Delicate A, Ayers S, McMullen S. A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*. 2018; 61:88-96.
4. Koushede V, Brixval CS, Thygesen LC, Axelsen SF, Winkel P, Lindschou J, et al. Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood – A randomised trial. *PloS one*. 2017; 12(5):e0176819.
5. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2018.
6. Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes - a systematic review. *Syst Rev*. 2015; 4:20.

Kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

i tillägg till kvalificerad obstetrisk vård, så långt som möjligt skapa förutsättningar för kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen till de kvinnor som önskar det.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Att föda barn är en fysiologisk process som kvinnor hanterar på olika sätt. Med professionellt stöd menas information, vård och behandling av en barnmorska under det aktiva normala förlossningsförloppet. Det professionella stödet innefattar stöd under både öppnings- och utdrivningsskedet. Vilken form av stöd som kvinnan har behov av varierar mellan olika individer liksom hur lång tid som kvinnan behöver och önskar stöd. Närvaro och stöd under förlossningen kan bidra till att kvinnan upplever delaktighet i den vård som rör hennes förlossning, till exempel vid val av smärtlindring. Efter förlossningen kan professionellt stöd till exempel handla om stöd vid amningen.

Vilken effekt har åtgärden?

Åtgärderna bidrar till att kvinnan upplever ökad trygghet och minskad oro under förlossningen vilket leder till en positiv förlossningsupplevelse. Närvaro och stöd under förlossningen kan bidra till minskat behov av smärtlindring och ett kortare förlossningsförlopp. Uppföljning av förväntningar och upplevelser kring förlossningen samt amningsstöd och råd kring läkningsprocessen bidrar till en positiv förlossningsupplevelse på lång sikt. Åtgärderna kan även leda till en minskad andel komplikationer i samband med och efter förlossningen.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det finns inga oönskade effekter av stöd till kvinnan under hela vårdkedjan enligt studierna.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget för rekommendationen som handlar om kvinnans behov och önskemål erbjuder förutsättningar för att få professionellt stöd under förlossningen samt efter att förlossningen fått uppföljning och stöd utgörs av tre Cochrane översikter. Enligt översikterna får kvinnor som föder inom barnmorskeledd vård en mer positiv förlossningsupplevelse i jämförelse med kvinnor som föder inom standardvård.

En Cochrane översikt av Sandall et al (1) grundar sig på resultat från 15 randomiserade studier omfattande 17 674 kvinnor. Totalt redovisas sju primära och 35 sekundära utfall. Spontan vaginal förlossning, mindre behov av smärtlindring, ett längre förlossningsförlopp och större tillfredsställelse med vården är vanligare hos kvinnor som får professionellt stöd under förlossningen. Utöver detta är vården mer kostnadseffektiv.

Hodnett et al (8) visar i en Cochrane-översikt 2012 med data från 10 randomiserade studier omfattande 11 795 kvinnor. Alternativa vårdformer ökar chanserna för att inte behöva smärtlindring (RR 1.18), spontan vaginal födsel (RR 1.03), amning (RR 1.04), mycket positiv upplevelse av vården (RR 1.96). Alternativa vårdformer minskar användning av epidural (RR 0.80), oxytocindropp (RR 0.77), sugklocka (RR 0.89) och klipp i bäckenbotten (RR 0.83). Även färre interventioner och förbättrad amning ses på barnmorskeledd enhet på sjukhus.

Den tredje Cochrane översikten (9) inkluderade 27 randomiserade studier med totalt 15 858 kvinnor från 17 länder. Resultatet visade ökad förekomst av spontan vaginal födsel (RR 1.08), kvinnorna hade mindre ofta en negativ förlossningsupplevelse (RR 0.69), mindre användning av smärtlindring (RR 0.90), kortare förlossningsförlopp (mean -0.69 h), minskad risk för kejsarsnitt (RR 0.75) instrumentella förlossningar (RR 0.90), mindre behov av epiduralbedövning (RR 0.93), samt minskad risk för låg Apgar hos barnet (RR 0.62). Inga skillnader sågs i andra maternella komplikationer eller som rörde barnets hälsa. Författarna framhåller att kontinuerligt stöd verkar fungera bäst när det gäller att reducera andelen kejsarsnitt i länder där stödpersonen var en doula och där epiduralbedövning inte fanns tillgängligt. Författarna poängterar dock att man bör vara försiktig med subgruppsanalyser och att mer forskning behövs för olika vårdkontext. Slutsatsen är dock att kontinuerligt stöd kan förbättra utfallet för mor och barn och är inte skadligt. De flesta studier bedömdes ha lågt evidensvärde.

I kunskapsunderlaget ingår även systematiska översikter av kvalitativa studier. En systematisk kvalitativ översikt baserad på 35 studier från 19 länder och omfattar 1 801 kvinnor (10). De studier som ingick var av måttlig till hög kvalitet. Slutsatsen i översikten är att förväntningar på förlossningen, tankar kring förlossningen och värderingar har betydelse för kvinnans upplevelse. Tre teman redovisas:

- att föreställa sig att man klarar av förlossningen
- rädsla för smärta
- rädsla för att bli övergiven.

Författarna menar att delaktighet i beslutsfattande är viktigt för att kvinnan ska känna trygghet och få en positiv förlossningsupplevelse.

I en tematisk syntes av Coates et al (11), är elva studier om induktion inkluderade. Resultatet bygger på intervjuer med 157 kvinnor och presenteras i fyra teman:

- Beslutsvägar
- Kvinnors äganderätt i processen
- Kvinnors sociala behov
- Platsen för induktion”.

Slutsatsen är att det finns ett glapp mellan kvinnors behov och deras upplevelser när det gäller information och beslutsfattande, stöd och miljö.

En annan kvalitativ systematisk översikt av Thomson et al (12) om kvinnors upplevelse av olika smärtlindringsmetoder, inkluderar 24 studier omfattande 2 640 kvinnor. Samtliga ingående studier i översikten uppfyller de uppställda kvalitetskriterierna. Resultatet visar blandade upplevelser och presenteras i fem nyckelteman:

- önskan om smärtlindring
- påverkan på smärta
- delaktighet och erfarenhet av stöd
- inflytande på fokus och kontroll
- påverkan på välbefinnande och hälsa.

Slutsatsen är att farmakologiska metoder kan minska smärta men har negativa sidoeffekter. Icke-farmakologiska metoder minskar inte smärta på samma sätt som farmakologiska metoder, men ger en ökad bonding till personal och stödpersoner. Vidare menar författarna att kvinnor behöver information om risker och fördelar med alla smärtlindringsmetoder som tillhandahålls.

En systematisk översikt av Beake et al (13) redovisar kvalitativ forskning i 21 publikationer inkluderande 455 kvinnor, 117 barnmorskor och 263 män/stödpersoner. Samtliga ingående studier uppfyller de uppställda kvalitetskriterierna. Slutsatsen presenteras tillsammans med två primära frågor:

- Vilka erfarenheter och upplevelser har kvinnor, stödpersoner och vårdpersonal av råd och stöd tidigt i förlossningsprocessen, och när sker en bekräftelse på att kvinnan är i aktiv förlossning?
- Vilka fysiska och psykologiska behov har kvinnor och deras stödpersoner tidigt i förlossningsprocessen, innan de vet att kvinnan är i aktiv förlossning?

Beake et al konstaterar att kommunikation med förlossningspersonalen för att kunna vara med i beslutsprocessen är viktigt. Barnmorskor som lyssnar och kan förmedla att de tidiga tecknen är normala och ge tydliga råd om vad kvinnan ska göra är av stor betydelse för förlossningsupplevelsen. Förberedelser under graviditeten med realistisk information om vad man kan förvänta sig är viktigt.

I kunskapsunderlaget ingår även en tematisk analys av 10 studier (14) inkluderande 158 kvinnor. I analysen framkommer två huvudteman som är viktiga för att påverka kvinnors förmåga att hantera smärta. De handlar om individualiserat kontinuerligt stöd och accepterande av smärta under förlossning. Enligt analysen känner kvinnor sig sårbara under sin förlossning och uppskattar relationen till den som ger vården. Det finns en paradox i att förlossningssmärtan är en utmaning samtidigt som den är nödvändig för att föda barnet. När kvinnan accepterar detta gör det att hon succesivt kan anpassa sig till smärtan.

En artikelserie i den vetenskapliga tidskriften Lancet, där fokus är på evidensbaserad mödra- och förlossningsvård, ingår i det underlag som stöder rekommendationen (5). Artikelserien bygger på 13 metasynteser om kvinnors förlossningsupplevelser och visar att kvinnor önskar vårdpersonal som kombinerar professionell kunskap med kompetens i sin relation till kvinnan.

Utöver ovanstående vetenskapliga publikationer ligger även Världshälsoorganisationens, WHO:s, internationella riktlinjer för att skapa en positiv förlossningsupplevelse till grund för rekommendationen (7). I riktlinjerna belyser WHO att förutom en säker förlossningsvård behöver man även säkerställa att kvinnor får en

positiv förlossningsupplevelse. I det ingår en kvinnocentrerad vård genom ett holistiskt arbetssätt som möjliggör en minskning av onödiga ingrepp. WHO:s mål med riktlinjerna är att de även ska bidra till en mer effektiv vård med hög kvalitet.

Översikt av granskade studier

Tabellering av inkluderade studier

Beskrivning	Antal
Studier som identifierades vid litteratursökningen och som granskades på abstraktnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO*	676
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	74
Systematiska översikter/metaanalyser, Cochrane översikter som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	6 (kontinuitet och alternativa vårdformer) 1 (positiv förlossningsupplevelse) 5 (kontinuerligt stöd) 10 (smärta och smärtlindring) 8 (information och beslutsfattande)
RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	7

*PICO = Population, Intervention, Control, Outcome

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
Sandall et al 2016 (1)	Cochrane översikt 1989 - 2013	15 RCT	n = 17 674 kvinnor	Kontinuitet och vårdformer	Samtliga studier var av hög kvalitet avseende bevisvärdet.	
Perriman et al 2018 (2)	Systematisk översikt med metaanalys 2006 - 2016	13 kvalitativa studier	n = 1 273 kvinnor	Barnmorske-kontinuitet	Samtliga studier screenades för att minimera risken för bias.	Två verktyg användes för att minimera risk för bias: PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses CASP - Critical Appraisal Skills Programme
Taheri et al 2018 (3)	Systematisk översikt med metaanalys 1997 - 2016	4 RCT, 7 systematiska översikter med metaanalys 2 metaanalyser 7 narrativa studier	n = 22 800 kvinnor	Interventioner som bidrar till en positiv förlossningsupplevelse	Låg risk för bias	Evidensen i metaanalyserna graderades med PEDro scale och ett modifierat Cochrane-verktyg
Baxter et al 2014 (4)	Meta-etnografisk granskning 1998 - 2011	Totalt 20: 4 observationsstudier 3 kvalitativa 1 mixed methods 3 systematiska översikter 9 RCT:er	n = 5 395 fördelat på: n = 4 870 kvinnor n = 343 pappor n = 43 barnmorskor n = 139 kliniker	Uppföljning efter förlossningen	Rimlig kvalitet för denna typ av granskning	En kritisk utvärdering har gjorts av varje studie. Majoriteten av studierna är kliniska
Hodnett et al 2012 (8)	Cochrane-översikt	10 RCT	n = 11 795 kvinnor	Alternativa vårdformer	De flesta studierna var av hög eller medelhög kvalitet.	Stora studier, ingen inkonsekvens i resultaten
Bohren et al 2017 (9)	Cochrane-översikt 1976 - 2016	27 RCT	n = 15 858 kvinnor	Kontinuerligt stöd	Samtliga studier graderades till låg evidens, mestadels baserat på att det inte gick att blinda	
Downe et al 2018 (10)	Systematisk kvalitativ översikt 1998 - 2015	35 kvalitativa studier, mestadels intervjuer	n = 1 801 kvinnor	Vad bidrar till en positiv förlossningsupplevelse	De studier som ingår är av måttlig till hög kvalitet	Ett värderingsinstrument användes med 11 kriterier för att bedöma studiens

Författare, år, referens	Studie-design	Inkluderade studier	Studie-deltagare	Studerad åtgärd	Risk för systematiska fel (bias)	Kommentar
						trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och överensstämmelse
Coates et al 2019 (11)	Tematisk syntes 2010 - 2018	11 djupintervju studier	n = 157 kvinnor	Kvinnors upplevelse av inducerad förlossning	5 studier har hög 4 har medium 2 har låg kvalitet	CASP - <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> användes för kvalitetsbedömning av studierna
Thomson et al 2019 (12)	Kvalitativ tematisk översikt 1998 - 2017	25 studier	n = 1 601 kvinnor	Kvinnors upplevelse av olika smärtlindringsmetoder	Samtliga ingående studier uppfyllde de uppställda kvalitetskriterierna.	Ett värderingsinstrument, med gradering A-D, användes för bedömning av kvalitet. Enbart studier som klassades som nivå C eller högre inkluderades i de slutgiltiga analyserna.
Beake et al 2018 (13)	Systematisk översikt av kvalitativ forskning 2006 - 2016	21 kvalitativa studier	n = 455 kvinnor	Betydelse av stöd och råd tidigt under förlossningsprocessen	Samtliga ingående studier uppfyller de uppställda kvalitetskriterierna.	CASP - <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> användes för bedömning av evidens.
Van der Gucht 2015 (14)	Tematisk analys 1996 - 2014	10 kvalitativa studier varav 8 med fenomenologiskt perspektiv	N = 158 kvinnor	Kontinuitet av vård	Samtliga ingående studier uppfyllde de uppställda kvalitetskriterierna	CASP - <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> användes för bedömning av evidens

Dokumentation av informationssökning

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-07-16 Ämne: I.a individualiserad vård, (woman-centred care) I.b personkontinuitet (continuity of carer) och vårdkedjekontinuitet (continuity of care)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Labor, Obstetric"[Majr] OR "Parturition"[Majr] OR "Delivery, Obstetric"[Majr] OR ((labor[tiab] OR labour[tiab] OR delivery[tiab]) AND (obstetric*[tiab] OR birth[tiab] OR childbirth[tiab])) OR "Perinatal Care"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Maternal-Child Health Services"[Majr] OR ((perinatal care[tiab] OR postnatal care[tiab] OR prenatal care[tiab] OR antenatal care[tiab] OR maternal) NOT Medline[sb])	193441
2.	Mesh/FT	Continuity of Patient Care[Majr] OR Patient-Centered Care[Majr] OR ((patient-centered[tiab] OR patient-centred[tiab] OR contin*[ti] OR woman-centered[tiab] OR woman-centred[tiab] OR Coordinated care[tiab] OR continuity of care*[tiab] OR individualized[tiab] OR tailored[tiab] OR continuity of midwifery care[tiab]) NOT Medline[sb])	187732
3.		1 AND 2 English	1692
4.		Filters activated: Systematic Reviews, Meta-Analysis	60 (15)
5.	Mesh/FT	Patient Satisfaction[Majr] OR Self Efficacy[Mesh] OR Perception[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR Pregnancy Outcome[Majr] OR ((satisfaction[tiab] OR self-reliance[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR self-care[tiab] OR well-being[tiab] OR wellbeing[tiab] OR sense of security[tiab] OR experience of birth[tiab] OR sense of coherence[tiab] OR satisfied[tiab] OR childbirth experience[tiab] OR birth experience[tiab] OR perception[tiab] OR women's experience[tiab] OR experience*[ti]) NOT Medline[sb])	598219
6.		3 AND 5 NOT 4 Filters: published in the last 10 years; English	188 (29)
CINAHL 2019-07-16			
7.	MM/FT	(MM "Labor") OR (MM "Childbirth") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR TI (Labor OR birth OR childbirth OR "obstetric delivery") OR AB (Labor OR childbirth OR "obstetric delivery")	64394
8.	MM/FT	(MH "Continuity of Patient Care") OR (MH "Patient Centered Care") OR TI ("patient-centered" OR "patient-centred" OR continuity OR "with woman" OR "woman-centered" OR "woman-centred" OR "person-centered" OR "models of care")	48347
9.		7 AND 8	865
10.		9 AND ((ZT "systematic review") or ((ZT "meta analysis") or (ZT "meta synthesis"))	18 (3)

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-07-16			
Ämne: I.a individualiserad vård, (woman-centred care)			
I.b personkontinuitet (continuity of carer) och vårdkedjekontinuitet (continuity of care)			
11.	FT	TI (satisfaction OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR satisfied OR perception OR experience*) OR AB (satisfaction OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR satisfied OR perception OR experience*)	501477
12.		9 AND 11 published in the last 10 years; English; Academic Journals	97 (30)

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-06-12			
Ämne: I.a delaktighet i beslut, (Participation and Informed choice/shared decision making)			
I.b valfrihet (decision making)			
I.c god information och kommunikation			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
13.	Mesh/FT	"Labor, Obstetric"[Majr] OR "Parturition"[Majr] OR "Delivery, Obstetric"[Majr] OR ((labor[tiab] OR labour[tiab] OR delivery[tiab]) AND (obstetric*[tiab] OR birth[tiab] OR childbirth[tiab]))	129270
14.	Mesh/FT	"Decision Making"[Majr] OR "Patient Participation"[Majr] OR "Professional-Patient Relations"[Majr] OR "Communication"[Majr] OR "Patient Education as Topic"[Majr] OR Prenatal Education[Mesh] OR "Informed Consent"[Majr] OR Patient Preference[Majr] OR "Personal Autonomy"[Majr] OR "Counseling"[Mesh:NoExp] OR informed choice*[tiab] OR desire of control[tiab] OR birth preparedness[tiab] OR childbirth preparation[tiab] OR midwife counseling[tiab] OR knowledge[ti] OR antenatal education[tiab] OR birth preparation[tiab] OR ((decision making[tiab] OR participation[tiab] OR involvement[tiab] OR shared decision[tiab] OR informed choice[tiab] OR information[tiab] OR education[tiab] OR communication[tiab] OR self-determination[tiab] OR autonomy[tiab] OR informed consent[tiab] OR counseling[tiab] OR counselling[tiab]) NOT Medline[sb])	780304
15.	Mesh/FT	Patient Satisfaction[Majr] OR Self Efficacy[Mesh] OR Perception[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR Pregnancy Outcome[Majr] OR satisfaction[tiab] OR self-reliance[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR self-care[tiab] OR well-being[tiab] OR wellbeing[tiab] OR sense of security[tiab] OR experience of birth[tiab] OR sense of coherence[tiab] OR satisfied[tiab] OR childbirth experience[tiab] OR birth experience[tiab] OR perception[tiab] OR women's experience[tiab] OR experience*[ti] OR birth outcome*[tiab] OR delivery outcome*[tiab]	1033485
16.		1 AND 2 AND 3	1302
17.		Filters: Systematic Reviews; Meta-Analysis	48 (22)
18.		Filters: Randomized Controlled Trial	64
CINAHL 2019-07-09			

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-06-12 Ämne: I.a delaktighet i beslut, (Participation and Informed choice/shared decision making) I.b valfrihet (decision making) I.c god information och kommunikation			
	MM/FT	(MM "Labor") OR (MM "Childbirth") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR TI (Labor OR birth OR childbirth OR "obstetric delivery") OR AB (Labor OR childbirth OR "obstetric delivery")	64339
	MM	(MM "Decision Making") OR (MM "Decision Making, Patient") OR (MM "Decision Making, Shared") OR (MH "Communication+") OR (MM "Communication Skills") OR (MM "Conversation") OR (MM "Communication Barriers") OR (MM "Health Education") OR (MM "Childbirth Education") OR (MM "Parenting Education") OR (MM "Patient Education") OR (MH "Patient Preference") OR (MM "Counseling")	305113
	FT	TI ("desire of control" OR "birth preparedness" OR "childbirth preparation" OR knowledge OR "antenatal education" OR "birth preparation" OR "decision making" OR participat* OR involvement OR "shared decision" OR "informed choice" OR information OR education* OR communication OR self-determination OR autonomy counseling OR counselling) OR AB ("desire of control" OR "birth preparedness" OR "childbirth preparation" OR knowledge OR "antenatal education" OR "birth preparation" OR "decision making" OR participat* OR involvement OR "shared decision" OR "informed choice" OR information OR education* OR communication OR self-determination OR autonomy counseling OR counselling)	883672
		8 OR 9	1073546
	FT	TI (satisfaction OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR satisfied OR perception OR experience* OR "birth outcome*" OR "delivery outcome*") OR AB (satisfaction OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR satisfied OR perception OR experience* OR "birth outcome*" OR "delivery outcome*")	500996
		7 AND10 AND 11	8349
		12 AND (ZT "systematic review") OR TI (meta-analysis or systematic review) ; English; Academic Journals	118 (32)
		12 AND (ZT "randomized controlled trial"); Academic Journals	88

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term
**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2019-06-12			
Ämne: Smärtlindring (sufficient pain relief during labour/maternal perception of pain experience)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
19.	Mesh/FT	"Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR (((labor[tiab] OR labour[tiab] OR delivery[tiab]) AND (obstetric*[tiab] OR birth[tiab] OR childbirth[tiab]))) NOT Medline[sb])	125965
20.	Mesh/FT	"Labor Pain"[Majr] OR "Pain Perception"[Mesh] OR Pain Management[Mesh] OR (((analgesia[tiab] AND pain[tiab]) OR pain management[tiab] OR pain relief[tiab] OR pain experience*[tiab] OR pain perception[tiab]) NOT Medline[sb])	48256
21.	Mesh/FT	Patient Satisfaction[Majr] OR Self Efficacy[Mesh] OR Perception[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR Pregnancy Outcome[Majr] OR satisfaction[tiab] OR self-reliance[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR self-care[tiab] OR well-being[tiab] OR wellbeing[tiab] OR sense of security[tiab] OR experience of birth[tiab] OR sense of coherence[tiab] OR satisfied[tiab] OR childbirth experience[tiab] OR birth experience[tiab] OR perception[tiab] OR women's experience[tiab] OR experience*[ti]	1032704
22.		1-3	338 (36)
23.		Filters: Systematic Reviews; Meta-Analysis	20
CINAHL 2019-07-09			
24.	MM/FT	(MM "Labor") OR (MM "Childbirth") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR TI (Labor OR birth OR childbirth OR "obstetric delivery") OR AB (Labor OR childbirth OR "obstetric delivery")	64339
25.	MM/FT	(MM "Labor Pain") OR (MM "Pain Management") OR TI ("pain perception" OR "pain experience*" OR "pain relief" OR "pain management")	12586
26.	FT	TI (satisfaction OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR satisfied OR perception OR experience* OR "birth outcome*" OR "delivery outcome*") OR AB (satisfaction OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR satisfied OR perception OR experience* OR "birth outcome*" OR "delivery outcome*")	503133
27.		6-9 AND	369 (26)
28.		9 AND (ZT "systematic review")	31

Referenser

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2016: 4. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
2. Perriman N, Davis D.L, Ferguson S. What women value in midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery* 2018; 62:220-229.
3. Taheri M, Amirhossien T, Taghizadeh Z, Jafari Nm Sarafranz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health* (2018) 15:73
4. Baxter JD, McCourt C, Jarrett PM. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 2014: 30(2):194-219.
5. Renfrew M. et al., (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384: 1129-4
6. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience WHO Luxembourg 2016. ISBN 978 92 4 154991 2
7. World Health Organization. Intrapartum care for a positive birth experience. Report. WHO Geneva, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5
8. Hodnett D, Downe S, Walsh D. Alternative Versus Conventional Institutional Settings for Birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012 (8), CD000012, 2012
9. Bohren M, Hofmeyr J, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7 (7), CD003766, 2017 Jul 6
10. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018; 13:e0194906.
11. Coates R, Cupples G, Scamell S, McCourt C. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery* 2019; 69: 17-28.
12. Thomson G, Feeley C, Hall Moran V, Downe S, Oladapo O. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health* 2019; 16:71.
13. Beake S, Chang Y-S, Cheyne H, Spiiby H, sandal J, Bick D. Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery* 2018; 57: 69-84.

14. Van der Gucht N, Lewis K. Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery* 2015; 31:349-358.

Substansbruk hos gravida och nyförlösta

Alla nedanstående rekommendationer i detta kapitel baseras på praxis och vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. För dessa presenterar vi narrativt litteratur som är av viss relevans eller erbjuder en viss kontext för åtgärden och utfallet. Dokumentation om erfarenhetsbaserad kunskap hittas under rubriken *Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus*.

Rutinmässig identifiering av substansbruk och skadligt bruk hos gravida

Rekommendation

Du som möter gravida bör

rutinmässigt identifiera substansbruk och fosterskadligt bruk hos gravida. Du bör identifiera detta vid det första inskrivningsbesöket på barnmorskemottagningen, inom en vecka efter att den gravida tagit kontakt med mottagningen.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

I Sverige räknas all konsumtion av alkohol och narkotika¹ hos gravida som skadligt för fostret och därmed som problematiskt. Detta gäller också vissa läkemedel, även i terapeutiska doser. Konsumtion av dessa substanser kan också vara problematisk för nyförlösta.

Alkoholkonsumtion har ett direkt samband med fetalt alkoholsyndrom (FAS), den allvarligaste fetala alkoholskadan, bestående av typiska ansiktsavvikelser tillsammans med tillväxthämning och avvikelser i centrala nervsystemet. *Fetal alcohol spectrum disorder* (FASD), ett paraplybegrepp som inkluderar FAS, omfattar kognitiva och beteendeproblem av olika allvarlighetsgrad samt strukturella avvikelser. Det är känt att riskerna ökar för missfall, dödföddhet, prematur födsel och låg födelsevikt, i synnerhet vid hög konsumtion [1, 2].

Konsumtion av illegala droger kan orsaka låg födelsevikt [3] och hämmad utveckling hos barnet. Detta kan i sin tur leda till kognitiva funktionsstörningar [4] och andra negativa effekter på olika födelseutfall [5, 6].

Legalt och illegalt opioidintag ökar risken för ett antal allvarliga komplikationer. Abstinensepisoder under graviditeten kan leda till mekoniumaspiration.

¹ Vilka substanser som är narkotikaklassade framgår av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS). Läkemedel kan också vara narkotikaklassade som t.ex. vissa sömnmedel, lugnande medel, smärtstillande och centralstimulerande läkemedel. Om sådana läkemedel används utan läkarrecept, eller i högre doser än vad som ordinerats, är det juridiskt att betrakta som narkotikaanvändning (CAN, 2021).

Andra komplikationer är moderkaksavlossning, tillväxthämning, intrauterin fosterdöd och förtidsbörd. Det nyfödda barnet riskerar neonatal abstinens och tillväxstörningar. Andra legalt och illegalt använda läkemedel, såsom bensodiazepiner, kan också leda till neonatal abstinens.

För tobak är det i första hand cigarrettrökning som bör undvikas på grund av dess negativa effekter på graviditeten och på fostrets hälsa [7]. Rökare som vill sluta med cigaretter väljer ibland att gå över till ersättningsläkemedel (nikotinplåster eller nikotintuggummi). Fördelen är att man undviker inhalation av toxiska substanser, som exempelvis kolmonoxid, men exponering för nikotin blir ett kvarstående problem som kan ha långtgående negativa effekter. Nikotin som finns i dessa ersättningsmedel är inte godkänd för behandling under graviditeten. Snus under graviditet har också negativ effekt på fostret då det också innehåller nikotin, ibland med kontinuerlig exponering över dygnet.

För nyblivna föräldrar påverkar ett pågående substansbruk den psykosociala miljön och bidrar i längden till negativa effekter på barnet. Berusning sätter ner föräldraförmågan. Rökning av tobak eller cannabis har dessutom direkt skadlig påverkan på barnets fysiska miljö.

Graviditeten är en bra period för levnadsvaneförändringar eftersom den gravida ofta är mottaglig för hälsofrämjande information och motiverad till förändring. Barnmorskor i mödrahälsovården har därför en idealisk situation för att screena, inleda motiverande samtal och erbjuda andra interventioner [8], vilket också sker så gott som överallt i Sverige.

Vilken effekt har åtgärden?

Identifiering av substansbruk är ett första led i att minimera risken att fostret exponeras för substanser som kan leda till skador. Det förutsätter att alla gravida får saklig information om riskerna och att den gravida med problematiskt substansbruk eller med svårighet att avstå respektive substans erbjuds behandling och stöd till en substansfri graviditet. Ju tidigare identifikation desto större chans för fostret att utvecklas optimalt. Övriga levnadsvanor kan med fördel diskuteras vid andra inskrivningsbesöket.

Vilka studier ingår i granskningen?

Det finns i dag samstämmighet världen över att rekommendera screening för att identifiera ett problematiskt bruk av alkohol under graviditeten [9]. WHO och nationella riktlinjer från olika länder, bland annat Kanada, Storbritannien, USA, Frankrike och Danmark, förespråkar att den gravida avstår helt från alkohol, illegala droger och tobak, och rekommenderar identifiering av substansbruk under den antenatala vården [12-16].

Dessa riktlinjer baseras på beprövad erfarenhet och rekommendationer från expertkommittéer. Evidensen för dessa rekommendationer är god på grund av den kliniskt preventiva betydelsen.

Internationellt har man systematiskt försökt identifiera de svårigheter och framgångsfaktorer som barnmorskan upplever i sitt arbete med screening av substansbruk hos gravida. I nedanstående tabell visas vad som framkommit i studier från Australien och Kanada [10, 11]. Några slutsatser som kan vara värda att beakta i en svensk kontext:

- betydelsen av att använda validerade instrument
- återkommande träning
- tillgång till specialistvård
- en öppen, ärlig, icke-dömande dialog som kan leda till nödvändiga interventioner för förbättrat utfall.

Några faktorer som skapade svårigheter för barnmorskans arbete med screening:

- bristande validerade instrument
- otillräckligt stöd och träning
- avsaknad av en specialistenhet i regionen
- ökad arbetsbörda
- otillräcklig mottagningstid
- patienter som inte följer upp remissförslag
- patientens upplevelse av obehag vid screeningen
- patienters motvillighet att svara

Några framgångsfaktorer som främjade barnmorskans arbete med screening:

- evidensen för substansbrukets skadepotential hos fostret
- ökande erfarenhet över tiden
- kontinuitet i vården och tillgång till multidisciplinärt team.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdens effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tabell 1 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Vid inskrivning på mödrahälsovården, bidrar rutinmässig identifiering av drogbruk hos gravida kvinnor till att fler gravida med drogbruk kan tidigt få hjälp och därmed till att förebygga risken för fostret att exponeras för toxiska substanser som kan leda till skador – jämfört med att detta inte görs.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 7 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (75) var det 100 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 1. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	75	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	7	-
Total	82	100 %

Tidig specialistvård och stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

så tidigt som möjligt erbjuda gravida med substansbruk, eller med svårighet att avstå skadliga substanser, specialistvård och anpassat stöd från ett multidisciplinärt samverkansteam. Där geografiska förhållanden försvårar bildande av samverkansteam bör befintliga verksamheter samverka för att erbjuda den gravida erforderlig specialistvård och stöd.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

så tidigt som möjligt erbjuda nyblivna mammor med substansbruk intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Barn till substansbrukande gravida kvinnor riskerar i högre grad att drabbas av prematuritet, tillväxthämning, försenad utveckling och funktionsstörningar i sin neuropsykologiska utveckling jämfört med de barn vars mödrar ej brukar substanser.

Återkommande bruk av substanser som illegala droger, alkohol och tobak i ett konsumtionsmönster för med sig potentiella risker för fostrets utveckling. Alkoholkonsumtion har direkt samband till fetalt alkoholsyndrom och är känd att öka risken för missfall, dödföddhet, prematur födsel och låg födelsevikt. Illegala droger kan orsaka låg födelsevikt och hämmad utveckling hos barnet som kan leda till kognitiva funktionsstörningar.

Integrerade program kan beskrivas som samverkansmodeller mellan flera olika specialiteter inom hälso- och sjukvården där man samverkar kring patientens behov (tvärprofessionell vård). Ofta behövs samverkan även med socialtjänsten. I en integrerad tvärprofessionell samverkansmodell ges gravida och nyblivna mammor med substansbruk specialistvård och stöd utifrån sina specifika fysiska, sociala och psykiska behov – alltid med så väl det väntade som det nyfödda barnets bästa i fokus. Har den gravida redan barn boende hos sig behöver deras situation och behov kartläggas utan dröjsmål.

Vilken effekt har åtgärden?

Tvärprofessionell samverkan kring den vård som ges av olika specialiteter som arbetar tillsammans och ger stöd och behandling till substansbrukande gravid kvinna förbättrar de negativa effekterna för graviditetsutfall och bidrar till att förbättra barnets utveckling, tillväxt samt känslomässiga funktioner. I en tvärprofessionell samverkansmodell koordineras interventionerna och anpassas individuellt till varje kvinna utifrån hennes specifika fysiska, sociala och mentala behov (i Sverige finns det motsvarande enheter i Göteborg, Haga mödra- och barnhälsovårdsteamet, och i Stockholm, Rosenlunds mödravårdsteam och Rosenlunds barnhälsovårdsteam, där multiprofessionell samverkan har skapats mellan barnmorska, obstetrik, beredningsläkare, psykiatriker, barnläkare, socionomer, psykologer som i sin tur kan direkt samverka med socialtjänst). I regioner med större patientunderlag är det väl motiverat med att samverkanssteam agerar samlad i samma lokal. Modellen kan dock byggas i andra former som ett nätverk med tydlig struktur i regioner med glesare patientunderlag.

Vilka studier ingår i granskningen?

Det kan vara svårt att jämföra insatser och vårdmodeller bland länder med mycket varierande mödrahälsovård. I Sverige är det till exempel utomordentligt ovanligt att kvinnor som är medvetna om sin graviditet inte uppsöker mödrahälsovården. Några viktiga slutsatser kan dock dras från erfarenheter och studieresultat från andra länder som har samverkan som en arbetsmodell, och som kan vara viktiga att beakta i en svensk kontext. Till exempel har det konstaterats att integrerade tvärprofessionella samverkansmodeller erbjuder ändamålsenligt stöd och behandling till gravida med substansbruk [17]. Samtidigt har det visats i flera systematiska studier att integrerade program är effektiva för att minska substansbruket hos mödrarna [18] och även bidrar till en förbättring av mödrarnas psykiska hälsa [19].

En studie från i Ontarioregionen i Kanada utvärderade 12 olika integrerade program av totalt 34 möjliga. Studien visade att substansbrukande gravida upplevde vården de fick mycket mer positiv jämfört med kvinnor som deltog i standardversionen av mödrahälsovårdsprogrammet [20]. I intervjuer med kvinnorna vittnade många om olika positiva effekter som programmet bidrog till:

- självuppfattningen utvecklades
- tilliten stärktes
- deras egen medverkan stärktes
- det blev lättare att avstå från fortsatt substansbruk.

Det som utmärkte dessa integrerade program var tillgängliga vårdtjänster för både substansbruk och psykisk ohälsa. De nyckelområden som kvinnorna själva fann

viktiga var personalens icke dömande attityd, känslan av samhörighet och tillgången till flera enheter på ett ställe [21].

Gemensamt för programmen är att de bygger på skademinimeringsprincipen och samlar olika specialiteter under en enhet, antingen direkt eller via nätverk. De når kvinnor som använder substanser och utsätts för våld. De handlägger såväl barnavårdsärenden som bostadsfrågor. Stöd för barnen efter födelsen fanns i varierade grad i dessa program.

Föreningen för obstetrik och gynekologi och folkhälsomyndigheten i USA rekommenderar generell screening av gravida vid första mödrahälsovårdsbesöket. Därefter rekommenderas en kort intervention med motiverande samtal för kvinnor med substansbruk och vidare remittering till behandling för individer med hög risk för substansbruk [22].

En systematisk studie från Australien och Nya Zeeland visar att de negativa effekterna för graviditetsutfall hos barnen kan förbättras genom multidisciplinär och integrerad arbetsmodell. Det leder dessutom till positiva livsstilsförändringar hos mödrarna [23].

I en annan systematisk studie har man försökt lyfta fram vilka framgångsfaktorer som leder till positiva utfall i dessa integrerande program. Man fann evidens för att de perinatale förloppen kan förbättras genom vårdgivarens engagemang i den gravida och genom åtgärder som underlättar anknytningen mellan mor och barn [24].

Tillgängliga översiktsstudier kan inte visa stark evidens för effekten av olika vård- och stödmodeller under och efter graviditet för kvinnor med substansbruk och skadligt bruk. Det finns dock omfattande klinisk erfarenhet som talar för att barnen får en bättre utveckling (neurokognitivt och beteendemässigt). Det är, i frånvaro av stark evidens, relevant att stödja sig på beprövad erfarenhet samt på den försiktighetsprincip som styr många andra rekommendationer och åtgärder inom mödrahälsovården.

Erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas effekt via konsensus

Vi har gjort bedömningen att det vetenskapliga underlaget för att uttala sig om effekten av åtgärden är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför sökt och inhämtat erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden via ett konsensusförfarande (Se inledningskapitlet i detta dokument för hur vi tar vara på beprövad erfarenhet via konsensusförfarande).

Tidig kontakt med multiprofessionellt samverkanssteam

Tabellerna 2-3 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till två påståenden med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående 1: Tidig kontakt med och anpassat stöd från ett multiprofessionellt samverkansteam bidrar till positiva effekter på den gravida kvinnan med substansbruk t.ex. avseende minskat substansbruk, minskad psykisk ohälsa, positiva livsstilsförändringar, förbättrad självuppfattning, förhöjd egen tillit och bättre relation till det blivande barnet – jämfört med att detta inte görs.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 11 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (70) var det 100 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 2. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 1)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	70	100 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	0	0 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	11	-
Total	82	100 %

Påstående 2: Tidig kontakt med och anpassat stöd från ett multiprofessionellt samverkansteam minskar risken för negativa utfall för barnet, t.ex. avseende barnets hälsa och den psykosociala miljön det blivande barnet kommer att vistas i – jämfört med att detta inte görs

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 9 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (73) var det 97 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 3. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen (Påstående 2)

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	71	97 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	2	3 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	9	-
Total	82	100 %

Intensifierad kontakt inom ramen för ett samverkansteam med multiprofessionellt samverkansteam

Tabell 4 sammanfattar resultatet av konsensusförfarandet för effekten av åtgärden. Konsensuspanelen ombads ta ställning till följande påstående med de svarsalternativ som återfinns i tabellen:

Påstående: Intensifierad kontakt och hög tillgänglighet av vård inom ramen för ett samverkansteam i form av återkommande besök samt utökat stöd till nyblivna mammor med substansbruk bidrar till bättre utveckling hos barnet, t.ex. avseende barnets tillväxt, och barnets känslomässiga och kognitiva funktioner – jämfört med att detta inte görs.

Av de 82 panelmedlemmar som svarade på frågan var det 30 panelmedlemmar som avstod från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet. Bland de som tog ställning (52) var det 96 % som instämde i påståendet. Konsensus nås när 75 % instämmer.

Tabell 4. Sammanfattning av svaren från konsensuspanelen

Svarsalternativ	Antal	Procentuell frekvens baserad på antalet svarande på svarsalternativen 1 (Ja...) och 2 (Nej...)
1. Ja, instämmer i påståendet	50	96 %
2. Nej, instämmer inte i påståendet	2	4 %
3. Avstår från att ta ställning på grund av begränsad erfarenhet	30	-
Total	82	100 %

Dokumentation av informationssökning

Ämne: Multidisciplinära samverkansteam vid substansbruk hos gravida			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-11-13			
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR Prenatal Diagnosis[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR Pregnancy Complications[Mesh] OR pregnancy[ti] OR pregnant[ti] OR maternal[ti] OR prenatal[ti] OR antenatal[ti] OR antepartum[ti] OR intrapartum[ti] OR perinatal[ti] OR peripartum[ti] OR peri-partum[ti] OR postpartum[ti] OR postnatal[ti] OR maternity[ti]	1003626
2.	Mesh/FT	"Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Substance Abuse Detection"[Mesh] OR "Illicit Drugs"[Mesh] OR "Alcohol Drinking"[Mesh] OR substance abuse[ti] OR substance-related disorder*[ti] OR substance dependen*[ti] OR substance use*[ti] OR drug abuse[ti] OR drug dependen*[ti] OR drug addict*[ti] OR drug use*[ti] OR drug misuse*[ti] OR substance addict*[ti] OR alcohol*[ti] OR illicit drugs[ti] OR opioid abuse[ti] OR opioid-related[ti] OR opioid dependen*[ti] OR heroin[ti] OR cocaine[ti] OR marijuan*[ti] OR binge drinking[ti]	411283
3.	Mesh/FT	"Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR Referral and Consultation[Mesh] OR care team*[tiab] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR health care team*[tiab] OR healthcare team*[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrated[ti] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR rehabilitation team*[tiab] OR team care[tiab] OR trans disciplinary[tiab] OR transdisciplinary[tiab] OR multi-speciality team*[tiab] OR multi-service[tiab] OR team*[ti]	363525
4.	Mesh/FT	"Socioenvironmental Therapy"[Mesh] OR "Psychotherapy, Group"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Alcohol Drinking/therapy"[Mesh] OR "Alcohol Drinking/rehabilitation"[Mesh] OR Maternal Health Services[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh] OR "Substance Abuse Treatment Centers"[Mesh] OR Social Support[Mesh] OR Program Development[Mesh] OR Counseling[Mesh] OR Program Evaluation[Mesh] OR "Professional-Patient Relations"[Mesh] OR "Health Communication"[Mesh] OR treatment center*[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR program*[tiab] OR support*[tiab] OR counselling[tiab] OR counseling[tiab] OR intervention*[tiab] OR group therapy[tiab] OR motivational interviewing[tiab] OR	

Ämne: Multidisciplinära samverkansteam vid substansbruk hos gravida			
		treatment[ti] OR contact*[ti] OR psychiatr*[ti] OR psychotherap*[tiab] OR maternity care[tiab] OR psychosocial[ti] OR psychological[ti]	
5.		1 AND 2 AND 3 AND 4 NOT (Fetal alcohol spectrum disorder*[ti] OR Fetal alcohol syndrom*[ti]) English, 2000-2020	215
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	9
Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-11-13			
7.	FT	TI (pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR maternity)	180008
8.	FT	TI ("substance abuse" OR "substance-related disorder*" OR "substance dependen*" OR "substance use*" OR "drug abuse" OR "drug dependen*" OR "drug addict*" OR "drug use*" OR "drug misuse*" OR "substance addict*" OR alcohol* OR "illicit drugs" OR "opioid abuse" OR "opioid-related" OR "opioid dependen*" OR heroin OR cocaine OR marijuan* OR "binge drinking")	193503
9.	FT	TI (referral* OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR integrated OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multidisciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR patient-centered OR "patient centre*" OR women-centered OR transdisciplinary OR transdisciplinary OR multi-speciality OR multi-service OR team* OR cooperat*)	106287
10.		7 AND 8 AND 9	22

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Ämne: intensifierad kontakt och hög tillgänglighet av vård under det första halvåret efter förlossningen (återkommande besök/utökat stöd) till nyblivna mammor med substansbruk
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Ihsan Sarman

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-11-19			
1.	Mesh/FT	"Postpartum Period"[Majr] OR after delivery[ti] OR post-delivery[ti] OR after birth[ti] OR postdelivery[ti] OR post-partum[ti] OR postpartum[ti] OR after pregnancy[ti] OR postpregnancy[ti] OR post-pregnancy[ti] OR postpartum women[tiab] OR postpartum mother*[tiab] OR ("Maternal Health"[Mesh] OR "Mothers"[Mesh] OR "Mother-Child Relations"[Mesh] OR "Maternal Behavior"[Mesh] OR maternal drinking[tiab] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parenting women[tiab]) AND ("Postpartum Period"[Mesh] OR after delivery[tiab] OR post-delivery[tiab] OR postdelivery[tiab] OR post-partum[tiab] OR postpartum[tiab] OR after pregnancy[tiab] OR postpregnancy[tiab] OR post-pregnancy[tiab] OR postnatal[tiab] OR after birth[tiab])	47213
2.	Mesh/FT	"Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Substance Abuse Detection"[Mesh] OR "Illicit Drugs"[Mesh] OR "Alcohol Drinking"[Mesh] OR substance abuse[ti] OR substance-related disorder*[ti] OR substance dependen*[ti] OR substance use*[ti] OR drug abuse[ti] OR drug dependen*[ti] OR drug addict*[ti] OR drug use*[ti] OR drug misuse*[ti] OR substance addict*[ti] OR alcohol*[ti] OR illicit drugs[ti] OR opioid abuse[ti] OR opioid-related[ti] OR opioid dependen*[ti] OR heroin[ti] OR cocaine[ti] OR marijuana*[ti] OR binge drinking[ti]	411522
3.	Mesh/FT	Health Services Accessibility[Mesh] OR "Maternal-Child Health Services"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh:NoExp] OR House Calls[Mesh] OR Home Care Services[Mesh] OR "Delivery of Health Care"[Mesh] OR "Office Visits"[Mesh] OR "Appointments and Schedules"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh] OR home visit*[tiab] OR home intervention*[tiab] OR parenting support[tiab] OR maternal support[tiab] OR access*[ti] OR appointment*[tiab] OR revisit*[tiab] OR house call*[tiab] OR postnatal[tiab]	1376284
4.	Mesh/FT	"Socioenvironmental Therapy"[Mesh] OR "Psychotherapy, Group"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Alcohol Drinking/therapy"[Mesh] OR "Alcohol Drinking/rehabilitation"[Mesh] OR Maternal Health Services[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh] OR "Substance Abuse Treatment Centers"[Mesh] OR Social Support[Mesh] OR Program Development[Mesh] OR Counseling[Mesh] OR Program Evaluation[Mesh] OR "Professional-Patient Relations"[Mesh] OR "Health Communication"[Mesh] OR treatment center*[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR program*[tiab] OR support*[tiab] OR counselling[tiab] OR counseling[tiab] OR intervention*[ti] OR group therapy[tiab] OR motivational interviewing[tiab] OR treatment[ti] OR contact*[ti] OR psychiatr*[ti] OR psychotherap*[tiab] OR maternity care[tiab] OR psychosocial[ti] OR psychological[ti]	4198556

Ämne: intensifierad kontakt och hög tillgänglighet av vård under det första halvåret efter förlossningen (återkommande besök/utökad stöd) till nyblivna mammor med substansbruk
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Ihsan Sarman

5.		3 OR 4	5046016
6.		1 AND 2 AND 5 NOT (Fetal alcohol spectrum disorder*[ti] OR fetal alcohol syndrom*[ti]) 1990-2020 English	646
7.		6 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	9
8.	Mesh/FT	6 AND (Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab])) NOT Medline[sb]))	49
Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO Datum: 2020-11-19			
9.	FT	TI ("after delivery" OR post-delivery OR postdelivery OR post-partum OR postpartum OR "after pregnancy" OR postpregnancy OR post-pregnancy OR postnatal OR "after birth")	25419
10.	FT	TI ("substance abuse" OR "substance-related disorder*" OR "substance dependen*" OR "substance use*" OR "drug abuse" OR "drug dependen*" OR "drug addict*" OR "drug use*" OR "drug misuse*" OR "substance addict*" OR alcohol* OR "illicit drugs" OR "opioid abuse" OR "opioid-related" OR "opioid dependen*" OR heroin OR cocaine OR marijuan* OR "binge drinking")	193503
11.	FT	TI (program* OR support* OR counselling OR counseling OR intervention* OR "group therapy" OR "motivational interviewing" OR treatment OR contact* OR psychiatr* OR psychotherap* OR "maternity care" OR psychosocial OR "home visit*" OR "home intervention*" OR access* OR appointment* OR revisit*) OR AB (program* OR support* OR counselling OR counseling OR intervention* OR "group therapy" OR "motivational interviewing" OR treatment OR contact* OR psychiatr* OR psychotherap* OR "maternity care" OR psychosocial OR "home visit*" OR "home intervention*" OR access* OR appointment* OR revisit*)	4008446
12.		9 AND 10 AND 11 NOT TI ("fetal alcohol") 1990-2020, English	130
13.		11 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review"	1

Ämne: intensifierad kontakt och hög tillgänglighet av vård under det första halvåret efter förlossningen (återkommande besök/utökat stöd) till nyblivna mammor med substansbruk
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Ihsan Sarman

		OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
14.	FT	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	16

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Referenser

1. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007; 114(3):243-52.
2. Kelly Y, Iacovou M, Quigley M, Gray R, Wolke D, Kelly J, et al. Light drinking versus abstinence in pregnancy–behavioural and cognitive outcomes in 7-year-old children: a longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013; 120(11):1340-7.
3. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017; 5(3):e290-e9.
4. Calhoun S, Conner E, Miller M, Messina N. Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance abuse and rehabilitation*. 2015; 6:15.
5. Gouin K, Murphy K, Shah PS. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011; 204(4):340. e1-. e12.
6. Ladhani NNN, Shah PS, Murphy KE, Births KSGoDoPL. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011; 205(3):219. e1-. e7.
7. Gould GS, Havard A, Lim LL, Kumar R. Exposure to tobacco, environmental tobacco smoke and nicotine in pregnancy: a pragmatic overview of reviews of maternal and child outcomes, effectiveness of interventions and barriers and facilitators to quitting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(6):2034.
8. Göransson M, Magnusson Å, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(6):657-62.
9. Burns E., Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010; 105(4): 601 – 614.
10. Oni HT, Buultjens M, Davis D, Abdel-latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. *Midwifery*. 2020; 81:102595.
11. Ordean A, Forte M, Selby P, Grennell E. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Prenatal Alcohol Use and Cigarette Smoking: A Survey of Academic and Community Health Care Providers. *Journal of Addiction Medicine*. 2020; 14(4):e76.

12. Graves L, Carson G, Poole N, Patel T, Bigalky J, Green CR, et al. Guideline No. 405: Screening and counselling for alcohol consumption during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020; 42(9):1158-73. e1.
13. Chang G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2014; 41(2):205-12.
14. Obstetricians ACo, Gynecologists. At-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. ACOG Committee opinion no. 422. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(6):1449-60.
15. Association BM. Alcohol and pregnancy: preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders. 2016. Hämtad från: <https://www.bma.org.uk/media/2082/fetal-alcohol-spectrum-disorders-report-feb2016.pdf>
16. WHO. Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy. Geneva; 2014.
17. Center for Integrated Health Solutions. SBIRT: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment 2019. Hämtad 2022-02-22 April, 2011. :[från: <https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt>
18. Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A. Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2010; 5(1):1-14.
19. Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A. Maternal mental health and integrated programs for mothers with substance abuse issues. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2010; 24(3):466.
20. Tarasoff LA, , Milligan K; Le TL; Usher, AM.; Urbanoski K . Integrated treatment programs for pregnant and parenting women with problematic substance use: Service descriptions and client perceptions of care. *J Subst Abuse Treat*. 2018; 90: 9-18
21. Rutman D, and Hubberstey C. National Evaluation of Canadian Multi-Service FASD Prevention Programs: Interim Findings from the Co-Creating Evidence Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(10).
22. Rizk AH, Simonsen SE, Roberts L, Taylor-Swanson L, Lemoine JB, Smid M. *Journal of midwifery & women's health [J Midwifery Womens Health]*, 2019 Sep; Vol. 64 (5), pp. 532-544
23. Oni HT, Khan MN, Abdel-Latif M, Buultjens M, Islam MM. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research*. 2019; 45(9): 1783-1795.
24. Kramlich D, and Kronk K. Relational Care for Perinatal Substance Use: A Systematic Review. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015; 40(5): 320-326.

Bilaga A. Fullständig litteratursökning för psykisk ohälsa under graviditet

CINAHL via EBSCO 11 December 2020

Title: Antenatal and Postnatal screening for depression, anxiety and traumatic experiences

Search terms	Items found
Population: Anxiety and depression	
1. (MH "Anxiety")	44,754
2. (MH "Anticipatory Anxiety")	574
3. (MH "Anxiety Disorders")	10,632
4. (MH "Generalized Anxiety Disorder")	548
5. (MH "Depression")	109,469
6. (MH "Depression, Reactive")	23
7. (MH "Dysthymic Disorder")	439
8. (MH "Mental Disorders")	58,832
9. (MH "Mental Health")	38,932
10. TI (anxi* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*) OR AB (anxi* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*)	193,080
11. TI ((mental* or psychiatric or psychologic*) N2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)) OR AB ((mental* or psychiatric or psychologic*) N2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*))	157,896
12. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	382,780
Population: Traumatic experiences	
13. (MH "Psychological Distress")	838
14. (MH "Psychological Trauma")	1,474
15. (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic")	22,999
16. TI ((negative or trauma*) N5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)) OR AB ((negative or trauma*) N5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*))	21,848

17.	TI ((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) N3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)) OR AB ((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) N3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*))	29,866
18.	TI ("psychological distress" or ptsd) OR AB ("psychological distress" or ptsd)	22,343
19.	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	62,117
Population: Pregnancy/antenatal		
20.	(MH "Pregnancy") OR (MH "Pregnancy, High Risk") OR (MH "Pregnancy, Multiple+") OR (MH "Pregnancy Trimesters+") OR (MH "Pregnancy, Unplanned") OR (MH "Pregnancy, Unwanted") OR (MH "Pregnancy Complications") OR (MH "Chorea Gravidarum") OR (MH "Fetal Diseases+") OR (MH "Hyperemesis Gravidarum") OR (MH "Oligohydramnios") OR (MH "Pelvic Floor Disorders") OR (MH "Pemphigoid Gestationis") OR (MH "Phenylketonuria, Maternal") OR (MH "Placenta Diseases+") OR (MH "Polyhydramnios") OR (MH "Pregnancy Complications, Cardiovascular+") OR (MH "Pregnancy Complications, Hematologic") OR (MH "Pregnancy Complications, Infectious+") OR (MH "Pregnancy Complications, Neoplastic+") OR (MH "Pregnancy Complications, Psychiatric+") OR (MH "Pregnancy Discomforts") OR (MH "Pregnancy, Ectopic") OR (MH "Pregnancy, Heterotopic") OR (MH "Pregnancy in Diabetes+") OR (MH "Pregnancy, Prolonged") OR (MH "Pregnancy in Adolescence")	211,372
21.	(MH "Maternal-Child Care") OR (MH "Maternal-Child Nursing") OR (MH "Maternal-Child Welfare") OR (MH "Maternal-Child Health") OR (MH "Maternal Health Services") OR (MH "Expectant Mothers")	23,686
22.	(MH "Midwifery Service+") OR (MH "Midwives") OR (MH "Nurse Midwives")	16,727
23.	MW obstetric*	33,844
24.	(MH "Perinatal Care") OR (MH "Perinatal Death") OR (MH "Perinatal Nursing") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Prenatal Diagnosis+")	47,731
25.	TI (antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or expectant mother* or ((first or second or third) N2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenat* or pre-nat*) OR AB (antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or expectant mother* or ((first or second or third) N2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenat* or pre-nat*)	345,928
26.	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	422,812
Population: Pregnancy/postnatal		
27.	(MH "Delivery, Obstetric+") OR (MH "Obstetric Emergencies")	15,342
28.	(MH "Maternal-Child Care") OR (MH "Maternal-Child Nursing") OR (MH "Maternal-Child Welfare") OR (MH "Maternal-Child Health") OR (MH "Maternal Health Services") OR (MH "Expectant Mothers")	23,686

29.	(MH "Midwifery Service+") OR (MH "Midwives") OR (MH "Nurse Midwives")	16,727
30.	MW obstetric*	33,844
31.	(MH "Perinatal Death") OR (MH "Perinatal Nursing") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Postnatal Period") OR (MH "Puerperium") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Intrapartum Care+")	34,858
32.	(MH "Childbirth+") OR (MH "Labor+")	41,220
33.	(MH "Pregnancy+") OR (MH "Pregnancy, Multiple+") OR (MH "Pregnancy Trimesters+") OR (MH "Pregnancy, Unplanned") OR (MH "Pregnancy, Unwanted") OR (MH "Pregnancy in Adolescence") OR (MH "Pregnancy Outcomes") OR (MH "Pregnancy Discomforts") OR (MH "Pregnancy Complications+")	229,529
34.	TI (birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*) OR AB (birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*)	330,054
35.	S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34	414,006
Intervention: Screening/Case identification¹		
36.	(MH "Health Screening")	47,690
37.	TI (screen* or detect*) OR AB (screen* or detect*)	379,791
38.	TI identif* or recogni*	62,100
39.	TI ((early or earlier or earliest) N5 (identif* or recogni*)) OR AB ((early or earlier or earliest) N5 (identif* or recogni*))	22,444
40.	TI ("case finding#" or casefinding#) OR AB ("case finding#" or casefinding#)	1,567
41.	TI (mental* or psych*) N5 assess*	3,867
42.	S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41	467,904
Study types: Randomized controlled trials²		
43.	MH "Randomized Controlled Trials+" OR MH "Double-Blind Studies" OR MH "Single-Blind Studies" OR MH "Random Assignment" OR MH "Pretest-Posttest Design+" OR MH "Cluster Sample" OR MH "Sample Size" OR MH "Crossover Design" OR MH "Comparative Studies" OR MH "Placebos" OR PT (Randomized Controlled Trial) OR TI (randomised OR randomized) OR AB (random*) OR TI (trial) OR AB (assigned OR allocated OR control) OR AB (control W5 group) OR AB (cluster W3 rct)	1,086,796

¹Translated/adapted from: Hamel C, Lang E, Morissette K, Beck A, Stevens A, Skidmore B, et al. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Syst Rev. 2019;8(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>. - Search rows 57-64 in additional file 5

²Glanville J, Dooley G, Wisniewski S, Foxlee R, Noel-Storr A. Development of a search filter to identify reports of controlled clinical trials within CINAHL Plus. Health Info Libr J. 2019;36(1):73-90. Available from: <https://doi.org/10.1111/hir.12251>.

Combined sets

60.	S12 AND S26 AND S59	1,414
Limiters - Published Date: 20140101-20211231		
61.	S52 OR S60	2,654
62.	ZT "Case Study" OR ZT "Commentary" OR ZT "Editorial" OR ZT "Letter"	1,180,821
63.	S61 NOT S62	2,597
64.	S61 NOT S62	2,539

Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

AB = Abstract

AU = Author

DE = Term from the thesaurus

MH = Exact subject heading

MM = Major Concept

Nx = Near Operator, finds the words if they are a maximum of x words apart from one another, regardless of the order in which they appear

SU = Subject Terms

TI = Title

TX = All Text. Performs a keyword search of all the database's searchable fields

ZC = Methodology Index

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

Cochrane Library via Wiley 11 December 2020 (CDSR & CENTRAL)

Title: Antenatal and Postnatal screening for depression, anxiety and traumatic experiences

Search terms	Items found
Population: Anxiety and depression	
1. MeSH descriptor: [Anxiety] this term only	7472
2. MeSH descriptor: [Anxiety Disorders] this term only	3769
3. MeSH descriptor: [Depression] this term only	12317
4. MeSH descriptor: [Depressive Disorder] this term only	7884
5. MeSH descriptor: [Depressive Disorder, Major] this term only	4962
6. MeSH descriptor: [Depressive Disorder, Treatment-Resistant] this term only	416
7. MeSH descriptor: [Dysthymic Disorder] this term only	178
8. MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	3724
9. MeSH descriptor: [Mental Health] this term only	1515
10. (anxiet* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*):ab,ti	101067
11. ((mental* or psychiatric or psychologic*) NEAR/2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)):ab,ti	31201
12. {OR #1-#11}	123557

Population: Traumatic experiences

13.	MeSH descriptor: [Psychological Distress] this term only	62
14.	MeSH descriptor: [Psychological Trauma] this term only	82
15.	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Post-Traumatic] this term only	2627
16.	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Traumatic] this term only	745
17.	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Traumatic, Acute] this term only	50
18.	MeSH descriptor: [Trauma and Stressor Related Disorders] this term only	7
19.	((negative or trauma*) NEAR/5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)):ab,ti	3483
20.	((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) NEAR/3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)): ab,ti	6345
21.	((psychological NEXT/1 distress) or ptsd):ab,ti	7481
22.	{OR #13-#21}	12634

Population: Pregnancy/antenatal

23.	MeSH descriptor: [Chorea Gravidarum] explode all trees	0
24.	MeSH descriptor: [Diabetes, Gestational] explode all trees	962
25.	MeSH descriptor: [Fetal Death] explode all trees	353
26.	MeSH descriptor: [Fetal Diseases] explode all trees	1054
27.	MeSH descriptor: [Hypertension, Pregnancy-Induced] explode all trees	1142
28.	MeSH descriptor: [Maternal-Child Health Services] this term only	42
29.	MeSH descriptor: [Maternal-Child Nursing] explode all trees	184
30.	MeSH descriptor: [Maternal Health] this term only	60
31.	MeSH descriptor: [Maternal Health Services] this term only	222
32.	MeSH descriptor: [Midwifery] this term only	325
33.	MeSH descriptor: [Morning Sickness] explode all trees	74
34.	MeSH descriptor: [Nuchal Cord] explode all trees	0
35.	MeSH descriptor: [Nurse Midwives] this term only	99
36.	MeSH descriptor: [Obesity, Maternal] explode all trees	10
37.	obstetric*:kw	7863
38.	MeSH descriptor: [Oligohydramnios] explode all trees	60
39.	MeSH descriptor: [Pelvic Floor Disorders] explode all trees	85
40.	MeSH descriptor: [Pemphigoid Gestationis] explode all trees	1
41.	MeSH descriptor: [Perinatal Care] this term only	170
42.	MeSH descriptor: [Perinatal Death] explode all trees	76
43.	MeSH descriptor: [Peripartum Period] this term only	13
44.	MeSH descriptor: [Phenylketonuria, Maternal] explode all trees	2
45.	MeSH descriptor: [Placenta Diseases] explode all trees	385
46.	MeSH descriptor: [Polyhydramnios] explode all trees	11
47.	MeSH descriptor: [Pregnant Women] this term only	273
48.	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	21998
49.	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications] this term only	1694
50.	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications, Cardiovascular] explode all trees	336
51.	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications, Hematologic] explode all trees	244
52.	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications, Infectious] explode all trees	1165

53.	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications, Neoplastic] explode all trees	72
54.	MeSH descriptor: [Pregnancy in Diabetics] explode all trees	325
55.	MeSH descriptor: [Pregnancy, Ectopic] explode all trees	179
56.	MeSH descriptor: [Pregnancy, Prolonged] explode all trees	135
57.	MeSH descriptor: [Pregnancy Trimesters] explode all trees	1731
58.	MeSH descriptor: [Prenatal Care] this term only	1498
59.	MeSH descriptor: [Prenatal Diagnosis] explode all trees	817
60.	(antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or (expectant NEXT/1 mother*) or ((first or second or third) NEAR/2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenat* or pre-nat*):ab,ti	84778
61.	{OR #23-#60}	90702
Population: Pregnancy/postnatal		
62.	MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees	5216
63.	MeSH descriptor: [Maternal-Child Health Services] this term only	42
64.	MeSH descriptor: [Maternal-Child Nursing] explode all trees	184
65.	MeSH descriptor: [Maternal Health] this term only	60
66.	MeSH descriptor: [Maternal Health Services] this term only	222
67.	MeSH descriptor: [Midwifery] this term only	325
68.	MeSH descriptor: [Nurse Midwives] this term only	99
69.	obstetric*:kw	7863
70.	MeSH descriptor: [Parturition] this term only	200
71.	MeSH descriptor: [Perinatal Care] explode all trees	576
72.	MeSH descriptor: [Peripartum Period] this term only	13
73.	MeSH descriptor: [Postpartum Period] explode all trees	1651
74.	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	21998
75.	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications] explode all trees	11838
76.	MeSH descriptor: [Pregnancy Outcome] explode all trees	3651
77.	(birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or (new NEXT/1 mother) or (new NEXT/1 mothers) or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*):ab,ti	91727
78.	{OR #62-#77}	96784
Intervention: Screening/Case identification³		
79.	MeSH descriptor: [Mass Screening] this term only	3130
80.	(screen* or detect*):ab,ti	143081
81.	(identif* or recogni*):ti	5321
82.	((early or earlier or earliest) NEAR/5 (identif* or recogni*)):ab,ti	2787
83.	((case NEXT/1 finding*) or casefinding*):ab,ti	400
84.	((mental* or psych*) NEAR/5 assess*):ti	370

³ Translated/adapted from: Hamel C, Lang E, Morissette K, Beck A, Stevens A, Skidmore B, et al. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Syst Rev. 2019;8(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>. - Search rows 57-64 in additional file 5

85.	{OR #79-#84}	149928
Combined sets		
86.	#12 and #61 and #85	1423
87.	#22 and #78 and #85	237
88.	#86 or #87	1544
Specific screening instruments		
89.	((edinburgh NEAR/3 depression) or epds or epds3a):ab,ti	761
90.	(gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or ("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") NEAR/2 ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*)):ab,ti	1128
91.	("matthey generic mood" or mgmq):ab,ti	55
92.	MeSH descriptor: [Patient Health Questionnaire] this term only	35
93.	("Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9):ab,ti	2258
94.	(whooley NEXT/1 question*):ab,ti	8
95.	{OR #89-#94}	3478
96.	#12 and #61 and #95 with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Dec 2020	650
Combined sets		
97.	#88 or #96	2000
98.	(ictrp):an OR (ctgov):an	351445
99.	#97 not #98	933

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

:au = Author

MeSH = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

this term only = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

:ti = title

:ab = abstract

:kw = keyword

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

NEAR/x = Finds the terms when they are within x words of each other. Terms can appear in either order

NEXT/x = Finds the terms when they appear next to each other. Terms must appear in the order specified

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review

CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, "trials"

Search terms		Items found
Population: Anxiety and depression		
1.	MeSH DESCRIPTOR Anxiety	308
2.	MeSH DESCRIPTOR Anxiety Disorders	262
3.	(MeSH DESCRIPTOR Depression)	639
4.	(MeSH DESCRIPTOR Depressive Disorder)	612
5.	(MeSH DESCRIPTOR Depressive Disorder, Major)	350
6.	(MeSH DESCRIPTOR Depressive Disorder, Treatment-Resistant)	29
7.	(MeSH DESCRIPTOR Dysthymic Disorder)	12
8.	(MeSH DESCRIPTOR Mental Disorders)	526
9.	(MeSH DESCRIPTOR Mental Health)	158
10.	(anxiet* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*):TI	1558
11.	((mental* or psychiatric or psychologic*) AND (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)):TI	594
12.	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	2873
Population: Traumatic experiences		
13.	(MeSH DESCRIPTOR Psychological Distress)	0
14.	(MeSH DESCRIPTOR Psychological Trauma)	0
15.	(MeSH DESCRIPTOR Stress Disorders, Post-Traumatic)	139
16.	(MeSH DESCRIPTOR Stress Disorders, Traumatic)	6
17.	(MeSH DESCRIPTOR Stress Disorders, Traumatic, Acute)	5
18.	(MeSH DESCRIPTOR "Trauma and Stressor Related Disorders")	0
19.	((negative or trauma*) AND (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)):TI	23
20.	((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) AND (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)):TI	132
21.	("psychological distress" OR ptsd):TI	45
22.	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	211
Population: Pregnancy/antenatal		
23.	MeSH DESCRIPTOR Pregnancy EXPLODE ALL TREES	2574
24.	MeSH DESCRIPTOR Pregnancy Complications EXPLODE ALL TREES	1431
25.	(MeSH DESCRIPTOR Maternal-Child Health Services)	0
26.	(MeSH DESCRIPTOR Maternal-Child Nursing EXPLODE ALL TREES)	34
27.	(MeSH DESCRIPTOR Maternal Health)	0
28.	(MeSH DESCRIPTOR Maternal Health Services)	61
29.	(MeSH DESCRIPTOR Midwifery)	49

30.	(MeSH DESCRIPTOR Nurse Midwives)	16
31.	(MeSH DESCRIPTOR Perinatal Care)	41
32.	(MeSH DESCRIPTOR Peripartum Period)	1
33.	(MeSH DESCRIPTOR Pregnant Women)	31
34.	(MeSH DESCRIPTOR Pregnancy Trimesters EXPLODE ALL TREES)	164
35.	(MeSH DESCRIPTOR Prenatal Care)	192
36.	(MeSH DESCRIPTOR Prenatal Diagnosis EXPLODE ALL TREES)	388
37.	(antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or "expectant mother*" or ((first or second or third) AND trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenat* or pre-nat*):TI	1963
38.	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37	3482
Population: Pregnancy/postnatal		
39.	(MeSH DESCRIPTOR Delivery, Obstetric EXPLODE ALL TREES)	408
40.	(MeSH DESCRIPTOR Parturition)	19
41.	(MeSH DESCRIPTOR Postpartum Period EXPLODE ALL TREES)	87
42.	(MeSH DESCRIPTOR Pregnancy Outcome EXPLODE ALL TREES)	502
43.	(birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*):TI	2181
44.	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43	3623
Intervention: Screening/Case identification		
45.	(MeSH DESCRIPTOR Mass Screening)	2103
46.	(screen* or detect*):TI	3457
47.	(identif* or recogni*):TI	309
48.	("case finding" or casefinding):TI	30
49.	((mental* or psych*) AND assess*):TI	33
50.	#45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49	4161
Combined sets		
51.	#12 AND #38 AND #50	19
52.	#22 AND #44 AND #50	1
53.	#51 OR #52	19
Specific screening instruments		
54.	("edinburgh depression" or epds or epds3a):TI	0
55.	(gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or (("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") AND ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*))) :TI	1
56.	("matthey generic mood" or mgmq):TI	0

57.	(MeSH DESCRIPTOR Patient Health Questionnaire)	0
58.	("Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9):TI	1
59.	("whooley question" OR "whooley questions"):TI	0
Combined sets		
60.	#54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59	2
61.	#53 OR #60	21

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

MeSH DESCRIPTOR = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

MeSH DESCRIPTOR ... EXPLODE ALL TREES = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

TI = Title

AB = Abstract

* = Truncation

“ ” = Citation Marks; searches for an exact phrase

Embase via Elsevier 11 December 2020

Title: Antenatal and Postnatal screening for depression, anxiety and traumatic experiences

Search terms		Items found
Population: Anxiety and depression		
1.	'anxiety'/de	219,695
2.	'anticipatory anxiety'/de	608
3.	'anxiety disorder'/de	75,236
4.	'depression'/de OR 'adolescent depression'/de OR 'antenatal depression'/de OR 'dysthymia'/de OR 'major depression'/de OR 'minor depression'/de OR 'mixed anxiety and depression'/de OR 'perinatal depression'/de OR 'reactive depression'/de OR 'subsyndromal depression'/de OR 'treatment resistant depression'/de	448,251
5.	'mental disease'/de	253,177
6.	'mental health'/de	148,255
7.	anxi* :ti,ab,kw OR anxiodepressive:ti,ab,kw OR anxious* :ti,ab,kw OR depress* :ti,ab,kw OR dysthymi* :ti,ab,kw OR melanchol* :ti,ab,kw	799,433
8.	((mental* OR psychiatric OR psychologic*) NEAR/2 (deficien* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR dysfunction* OR health OR illness* OR problem*)) :ti,ab,kw	382,297
9.	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	1,366,41
Population: Traumatic experiences		
10.	'acute stress disorder'/de	1,477
11.	'distress syndrome'/de	46,367
12.	'posttraumatic stress disorder'/de	64,254

13.	'psychotrauma'/de	9,166
14.	((negative OR trauma*) NEAR/5 (birth* OR childbirth* OR 'child birth*' OR delivery OR event* OR experien* OR labor OR labour OR obstetric*)):ti,ab,kw	59,111
15.	((posttrauma* OR 'post trauma*' OR trauma*) NEAR/3 (disorder* OR distress OR event* OR experien* OR neuros* OR psych* OR stress* OR symptom* OR syndrom*)):ti,ab,kw	80,066
16.	'psychological distress':ti,ab,kw OR ptsd:ti,ab,kw	59,652
17.	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	192,028
Population: Pregnancy/antenatal		
18.	'pregnancy'/exp	781,506
19.	'pregnant woman'/de	83,112
20.	'pregnancy disorder'/de OR 'ectopic pregnancy'/exp OR 'embryopathy'/exp OR 'fetomaternal transfusion'/de OR 'fetus disease'/exp OR 'high risk pregnancy'/de OR 'morning sickness'/exp OR 'multiple pregnancy'/exp OR 'obstetric emergency'/exp OR 'placenta disorder'/exp OR 'pregnancy complication'/exp OR 'pregnancy disorders of endocrine origin'/exp OR 'pregnancy toxemia'/exp OR 'prolonged pregnancy'/de OR 'umbilical malformation'/de	399,067
21.	'maternal care'/de OR 'maternal child health care'/de OR 'maternal health service'/de OR 'maternal welfare'/de OR 'midwife'/exp OR 'nurse midwifery'/de	67,405
22.	'perinatal care'/de OR 'perinatal death'/de OR 'perinatal period'/de OR 'prenatal care'/de OR 'prenatal diagnosis'/exp	197,297
23.	antenatal*:ti,ab,kw OR 'ante natal':ti,ab,kw OR antepart*:ti,ab,kw OR 'ante part':ti,ab,kw OR birth*:ti,ab,kw OR childbirth*:ti,ab,kw OR 'child birth':ti,ab,kw OR 'expectant mother':ti,ab,kw OR (((first OR second OR third) NEAR/2 trimester*)):ti,ab,kw) OR matern*:ti,ab,kw OR midwif*:ti,ab,kw OR midwiv*:ti,ab,kw OR 'mother to be':ti,ab,kw OR 'mothers to be':ti,ab,kw OR obstetric*:ti,ab,kw,de OR perinatal*:ti,ab,kw OR 'peri natal':ti,ab,kw OR peripart*:ti,ab,kw OR 'peri part':ti,ab,kw OR pregnan*:ti,ab,kw OR prenat*:ti,ab,kw OR 'pre nat':ti,ab,kw	1,385,54
24.	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23	1,710,21
Population: Pregnancy/postnatal		
25.	'maternal care'/de OR 'maternal child health care'/de OR 'maternal health service'/de OR 'maternal welfare'/de OR 'midwife'/exp OR 'nurse midwifery'/de	67,405
26.	'perinatal care'/de OR 'perinatal death'/de OR 'perinatal period'/de	53,145
27.	'obstetric delivery'/exp OR 'birth'/de OR 'puerperium'/de	239,101
28.	'pregnancy'/exp OR 'pregnancy outcome'/de	809,748
29.	'pregnancy disorder'/exp	621,127
30.	birth*:ti,ab,kw OR childbirth*:ti,ab,kw OR 'child birth':ti,ab,kw OR labor:ti,ab,kw OR laboring:ti,ab,kw OR labour:ti,ab,kw OR labouring:ti,ab,kw OR matern*:ti,ab,kw OR midwif*:ti,ab,kw OR midwiv*:ti,ab,kw OR 'new mother':ti,ab,kw OR 'new mothers':ti,ab,kw OR obstetric*:ti,ab,kw,de OR perinatal*:ti,ab,kw OR 'peri natal':ti,ab,kw OR peripart*:ti,ab,kw OR 'peri part':ti,ab,kw OR postbirth*:ti,ab,kw OR postpartum*:ti,ab,kw OR 'post partum':ti,ab,kw OR postnatal*:ti,ab,kw OR 'post-natal':ti,ab,kw OR pregnan*:ti,ab,kw OR puerperal*:ti,ab,kw OR puerperium*:ti,ab,kw	1,495,51
31.	#25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30	1,881,14

Intervention: Screening/Case identification⁴		
32.	'screening'/de OR 'mass screening'/de OR 'screening test'/de	303,661
33.	screen*:ti,ab,kw OR detect*:ti,ab,kw	3,906,40
34.	identif*:ti OR recogni*:ti	473,899
35.	((early OR earlier OR earliest) NEAR/5 (identif* OR recogni*))ti,ab,kw	108,555
36.	'case finding\$:ti,ab,kw OR casefinding\$:ti,ab,kw	7,169
37.	((mental* OR psych*) NEAR/5 assess*):ti	8,419
38.	#32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37	4,391,01
Study types: Randomized controlled trials⁵		
39.	'crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti	2,660,80
Study types: Systematic reviews		
40.	'systematic review'/de	272,804
41.	'meta analysis'/de	200,476
42.	[cochrane review]/lim	21,789
43.	'systematic overview*:ti OR cochrane review*:ti OR 'systemic review*:ti OR 'scoping review':ti OR 'scoping literature review':ti OR 'mapping review':ti OR 'umbrella review*:ti OR 'review of reviews':ti OR 'overview of reviews':ti OR 'meta review':ti OR 'integrative review':ti OR 'integrated review':ti OR 'integrative overview':ti OR 'meta synthesis':ti OR metasynthesis:ti OR 'quantitative review':ti OR 'quantitative synthesis':ti OR 'meta ethnography':ti OR 'research synthesis':ti OR 'systematic literature search':ti OR 'systematic literature research':ti OR 'evidence-based review':ti OR 'evidence synthesis':ti OR 'meta analyses':ti OR metaanalyses:ti OR metaanalysis:ti OR 'meta analysis':ti OR 'meta-analytic review':ti OR 'meta-analytical review':ti	165,230
44.	systematic*:ti AND review:ti	168,608
45.	(search*:ti,ab OR medline:ti,ab OR pubmed:ti,ab OR embase:ti,ab OR cochrane:ti,ab OR scopus:ti,ab OR 'web of science':ti,ab OR 'sources of information':ti,ab OR 'data sources':ti,ab OR 'following databases':ti,ab) AND ('study selection':ti,ab OR 'selection criteria':ti,ab OR 'eligibility criteria':ti,ab OR 'inclusion criteria':ti,ab OR 'exclusion criteria':ti,ab)	100,141
46.	#40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45	455,660
Combined sets		
47.	#9 AND #24 AND #38 AND #39	1,535
48.	#9 AND #24 AND #38 AND #46	654
49.	#17 AND #31 AND #38 AND #39	286

⁴Translated/adapted from: Hamel C, Lang E, Morissette K, Beck A, Stevens A, Skidmore B, et al. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Syst Rev. 2019;8(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>. - Search rows 57-64 in additional file 5

⁵Lefebvre C, Manheimer E, Glanville J. Embase search strategy for finding RCTs in Embase, amended to embase.com format. The Cochrane Collaboration; 2011. [accessed Jan 18 2021]. Available from: <https://work.cochrane.org/embase>.

50.	#17 AND #31 AND #38 AND #46	157
51.	#47 OR #48 OR #49 OR #50	2,144
Specific screening instruments		
52.	'edinburgh postnatal depression scale'/de OR ((edinburgh NEAR/3 depression):ti,ab,kw) OR epds:ti,ab,kw OR epds3a:ti,ab,kw	5,186
53.	'general anxiety disorder scale'/de OR 'general anxiety disorder scale 7'/de OR 'gad 2':ti,ab,kw OR gad2:ti,ab,kw OR 'gad 7':ti,ab,kw OR gad7:ti,ab,kw OR (((('generalised anxiety disorder' OR 'generalized anxiety disorder') NEAR/2 ('2' OR '7' OR assess* OR instrument* OR item* OR questionnaire* OR scale* OR screen* OR tool*)):ti,ab,kw)	3,701
54.	'matthey generic mood':ti,ab,kw OR mgmq:ti,ab,kw	4
55.	'patient health questionnaire 9'/de OR 'patient health questionnaire 2'/de OR 'patient health questionnaire 2':ti,ab,kw OR 'phq 2':ti,ab,kw OR phq2:ti,ab,kw OR 'patient health questionnaire 9':ti,ab,kw OR 'phq 9':ti,ab,kw OR phq9:ti,ab,kw	11,253
56.	'whooley question*':ti,ab,kw	41
57.	#52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56	17,978
58.	#9 AND #24 AND #57	4,753
59.	#9 AND #24 AND #57 AND [2014-2021]/py	2,945
Combined sets		
60.	#51 OR #59	4,872
61.	#60 NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it)	3,658
62.	#61 NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it) AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR [norwegian]/lim OR [swedish]/lim)	3,562

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

/de= Term from the EMTREE controlled vocabulary

/exp= Includes terms found below this term in the EMTREE hierarchy

/mj = Major Topic

:ab = Abstract

:au = Author

:ti = Article Title

:ti:ab = Title or abstract

* = Truncation

‘ ‘ = Citation Marks; searches for an exact phrase

NEAR/x = Requests terms that are within 'x' words of each other in either direction

Search terms	Items found
Population: Anxiety and depression	
1. title:(anxiet* OR anxiodepressive OR anxious* OR depress* OR dysthymi* OR melanchol*) OR title:((mental* OR psychiatric OR psychologic*) AND (deficien* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR dysfunction* OR health OR illness* OR problem*))	27,719
Population: Traumatic experiences	
2. title:((negative OR trauma*) AND (birth* OR childbirth* OR child-birth* OR delivery OR event* OR experien* OR labor OR labour OR obstetric*)) OR title:((posttrauma* OR post-trauma* OR trauma*) AND (disorder* OR distress OR event* OR experien* OR neuros* OR psych* OR stress* OR symptom* OR syndrom*)) OR title:("psychological distress" OR ptsd)	3,575
Population: Pregnancy/antenatal	
3. title:(antenatal* OR ante-natal* OR antepart* OR ante-part* OR birth* OR childbirth* OR child-birth* OR "expectant mother*" OR ((first OR second OR third) AND trimester*) OR matern* OR midwif* OR midwiv* OR mother-to-be OR mothers-to-be OR obstetric* OR perinatal* OR peri-natal* OR peripart* OR peri-part* OR pregnan* OR prenat* OR pre-nat*)	25,581
Population: Pregnancy/postnatal	
4. title:(birth* OR childbirth* OR child-birth* OR labor OR laboring OR labour OR labouring OR matern* OR midwif* OR midwiv* OR "new mother" OR "new mothers" OR obstetric* OR perinatal* OR peri-natal* OR peripart* OR peri-part* OR postbirth* OR postpartum* OR post-partum* OR postnatal* OR post-natal* OR pregnan* OR puerperal* OR puerperium*)	27,831
Intervention: Screening/Case identification	
5. title:(screen* OR detect*) OR title:(identif* OR recogni*) OR title:("case finding" OR casefinding) OR title:((mental* OR psych*) AND assess*)	27,554
Combined sets	
6. #1 AND #3 AND #5	64 (21 Systematic Reviews)
7. #2 AND #4 AND #5	2 (1 Systematic Review)
Specific screening instruments	
8. (title:(title:("edinburgh depression" OR epds OR epds3a) OR title:(gad-2 OR gad2 OR gad-7 OR gad7 OR (("generalised anxiety disorder" OR "generalized anxiety disorder") AND ("2" OR "7" OR assess* OR instrument* OR item* OR questionnaire* OR scale* OR screen* OR tool*))) OR title:("matthey generic mood" OR mgmq) OR title:("Patient Health Questionnaire 2" OR PHQ-2 OR PHQ2 OR "Patient Health Questionnaire 9" OR PHQ-9 OR PHQ9) OR title:("whooley question" OR "whooley questions")) OR abstract:(title:("edinburgh depression" OR epds OR epds3a) OR title:(gad-2 OR gad2 OR gad-7 OR gad7 OR (("generalised anxiety disorder" OR "generalized anxiety disorder") AND ("2" OR "7" OR assess* OR instrument* OR item* OR questionnaire* OR scale* OR screen*	59

OR tool*)) OR title:("matthey generic mood" OR mgmq) OR title:("Patient Health Questionnaire 2" OR PHQ-2 OR PHQ2 OR "Patient Health Questionnaire 9" OR PHQ-9 OR PHQ9) OR title:("whooley question" OR "whooley questions"))

Combined sets	
9. #1 AND #3 AND #8	3 (varav 2 Systematic Reviews)
#6 OR #7 OR #9	21
limited to systematic reviews	

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

title = Title

abstract = Abstract

* = Truncation

“ ” = Citation Marks; searches for an exact phrase

International HTA Database 11 December 2020

Title: Antenatal and Postnatal screening for depression, anxiety and traumatic experiences

Search terms	Items found
1. (Anxiety)[mh] OR (Anxiety Disorders)[mh] OR (Depression)[mh] OR (Depressive Disorder)[mh] OR (Depressive Disorder, Major)[mh] OR (Depressive Disorder, Treatment-Resistant)[mh] OR (Dysthymic Disorder)[mh] OR (Mental Disorders)[mh] OR (Mental Health)[mh] OR (anxi* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*)[Title] OR ((mental* or psychiatric or psychologic*) AND (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)) [Title]	389
Population: Traumatic experiences	
2. (Psychological Distress)[mh] OR (Psychological Trauma)[mh] OR (Stress Disorders, Post-Traumatic)[mh] OR (Stress Disorders, Traumatic)[mh] OR (Stress Disorders, Traumatic, Acute)[mh] OR ("Trauma and Stressor Related Disorders")[mh] OR ((negative or trauma*) AND (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)) [Title] OR ((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) AND (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)) [Title] OR ("psychological distress" OR ptsd) [Title]	52

Population: Pregnancy/antenatal		
3.	(Pregnancy)[mh] OR (Pregnancy Complications) [mh] OR (Maternal-Child Health Services)[mh] OR (Maternal-Child Nursing) [mh] OR (Maternal Health)[mh] OR (Maternal Health Services)[mh] OR (Midwifery)[mh] OR (Nurse Midwives)[mh] OR (Perinatal Care)[mh] OR (Peripartum Period)[mh] OR (Pregnant Women)[mh] OR (Pregnancy Trimesters) [mh] OR (Prenatal Care)[mh] OR (Prenatal Diagnosis) [mh] OR (antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or "expectant mother*" or ((first or second or third) AND trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenatal* or pre-nat*) [Title]	794
Population: Pregnancy/postnatal		
4.	(Pregnancy)[mh] OR (Pregnancy Complications) [mh] OR (Maternal-Child Health Services)[mh] OR (Maternal-Child Nursing) [mh] OR (Maternal Health)[mh] OR (Maternal Health Services)[mh] OR (Midwifery)[mh] OR (Nurse Midwives)[mh] OR (Perinatal Care)[mh] OR (Peripartum Period)[mh] OR (Delivery, Obstetric) [mh] OR (Parturition)[mh] OR (Postpartum Period) [mh] OR (Pregnancy Outcome) [mh] OR (birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*) [Title]	702
Intervention: Screening/Case identification		
5.	(Mass Screening)[mh] OR (screen* or detect*) [Title] OR (identif* or recogni*) [Title] OR ("case finding" or casefinding) [Title] OR ((mental* or psych*) AND assess*) [Title]	1154
Combined sets		
6.	#1 AND #3 AND 5	6
7.	#2 AND #4 AND 5	2
Specific screening instruments		
8.	("edinburgh depression" or epds or epds3a) [Title] OR (gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or (("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") AND ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*))) [Title] OR ("mattheygeneric mood" or mgmq) [Title] OR (Patient Health Questionnaire) [mh] OR ("Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9) [Title] OR ("whooley question" OR "whooley questions") [Title]	3
Combined sets		
9.	#8 OR #9	11

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

[mh] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[Title] = Title

[Abs] = Abstract

* = Truncation

" " = Citation Marks, searches for an exact phrase

Search terms		Items found
Population: Anxiety and depression		
1.	anxiet* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol* in Title	4693
2.	(mental* or psychiatric or psychologic*) AND (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*) in Title	2412
3.	#1 or #2 in All text	7010
Population: Traumatic experiences		
4.	(negative or trauma*) AND (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*) in Title	79
5.	(posttrauma* or post-trauma* or trauma*) AND (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*) in Title	728
6.	"psychological distress" OR ptsd in Title	255
7.	#4 or #5 or #6 in All text	953
Population: Pregnancy/antenatal		
8.	antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or "expectant mother*" or ((first or second or third) AND trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenat* or pre-nat* in Title	18562
Population: Pregnancy/postnatal		
9.	birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium* in Title	4809
Intervention: Screening/Case identification		
10.	screen* or detect* or identif* or recogni* or "case finding" or casefinding or ((mental* or psych*) AND assess*) in Title	3639
Combined sets		
11.	#3 and #8 and #10 in All text	48
12.	#7 and #9 and #10 in All text	1
13.	#11 or #12 in All text	49

Specific screening instruments

14.	"edinburgh depression" or epds or epds3a or gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or ("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") AND ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*) or "matthey generic mood" or mgmq or "Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9 or "whooley question" OR "whooley questions" in Title	20
Combined sets		
15.	#14 and #3 and #8 in All text	5
16.	#13 or #15 in All text	49

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

in Title = Title

in Title or Abstract = Title/Abstract

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

Medline via OvidSP 11 December 2020

Title: Antenatal and Postnatal screening for depression, anxiety and traumatic experiences

Search terms	Items found
Population: Anxiety and depression	
1. Anxiety/	83253
2. Anxiety Disorders/	34254
3. Depression/	122161
4. Depressive Disorder/	73341
5. Depressive Disorder, Major/	30650
6. Depressive Disorder, Treatment-Resistant/	1384
7. Dysthymic Disorder/	1142
8. Mental Disorders/	164271
9. Mental Health/	40321
10. (anxiet* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*).ti,ab,kf.	586417
11. ((mental* or psychiatric or psychologic*) adj2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)).ti,ab,kf.	300293
12. or/1-11	944501
Population: Traumatic experiences	
13. Psychological Distress/	1073
14. Psychological Trauma/	1378
15. Stress Disorders, Post-Traumatic/	33435

16.	Stress Disorders, Traumatic/	708
17.	Stress Disorders, Traumatic, Acute/	477
18.	"Trauma and Stressor Related Disorders"/	86
19.	((negative or trauma*) adj5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)).ti,ab,kf.	44340
20.	((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) adj3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)).ti,ab,kf.	62059
21.	(psychological distress or ptsd).ti,ab,kf.	45749
22.	or/13-21	116143
Population: Pregnancy/antenatal		
23.	exp Chorea Gravidarum/	40
24.	exp Diabetes, Gestational/	12984
25.	exp Fetal Death/	29485
26.	exp Fetal Diseases/	68879
27.	exp Hypertension, Pregnancy-Induced/	37099
28.	Maternal-Child Health Services/	811
29.	exp Maternal Child Nursing/	5879
30.	Maternal Health/	1564
31.	Maternal Health Services/	14081
32.	Midwifery/	19292
33.	exp Morning Sickness/	1802
34.	exp Nuchal Cord/	112
35.	Nurse Midwives/	7180
36.	exp Obesity, Maternal/	185
37.	obstetric*.hw.	119551
38.	exp Oligohydramnios/	1264
39.	exp Pelvic Floor Disorders/	881
40.	exp Pemphigoid Gestationis/	512
41.	Perinatal Care/	4749
42.	exp Perinatal Death/	1478
43.	Peripartum Period/	1247
44.	exp Phenylketonuria, Maternal/	142
45.	exp Placenta Diseases/	16321
46.	exp Polyhydramnios/	2111
47.	Pregnant Women/	8670
48.	exp Pregnancy/	903096
49.	Pregnancy Complications/	91710
50.	exp Pregnancy Complications, Cardiovascular/	17418
51.	exp Pregnancy Complications, Hematologic/	9875
52.	exp Pregnancy Complications, Infectious/	45756

53.	exp Pregnancy Complications, Neoplastic/	20392
54.	exp Pregnancy in Diabetics/	12924
55.	exp Pregnancy, Ectopic/	14668
56.	exp Pregnancy, Prolonged/	2657
57.	exp Pregnancy Trimesters/	41257
58.	Prenatal Care/	28291
59.	exp Prenatal Diagnosis/	74549
60.	(antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or expectant mother* or ((first or second or third) adj2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenat* or pre-nat*).ti,ab,kf.	1064308
61.	or/23-60	1418578
Population: Pregnancy/postnatal		
62.	exp Delivery, Obstetric/	81181
63.	Maternal-Child Health Services/	811
64.	exp Maternal Child Nursing/	5879
65.	Maternal Health/	1564
66.	Maternal Health Services/	14081
67.	Midwifery/	19292
68.	Nurse Midwives/	7180
69.	obstetric*.hw.	119551
70.	Parturition/	9889
71.	exp Perinatal Care/	10401
72.	Peripartum Period/	1247
73.	exp Postpartum Period/	65889
74.	exp Pregnancy/	903096
75.	exp Pregnancy Complications/	430632
76.	exp Pregnancy Outcome/	74926
77.	(birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or new mother or new mothers or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*).ti,ab,kf.	1163886
78.	or/62-77	1526455
Intervention: Screening/Case identification⁶		
79.	Mass Screening/	105122
80.	(screen* or detect*).ti,ab,kf.	2999985
81.	(identif* or recogni*).ti.	392390

⁶ Translated/adapted from: Hamel C, Lang E, Morissette K, Beck A, Stevens A, Skidmore B, et al. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Syst Rev. 2019;8(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>. - Search rows 57-64 in additional file 5

82.	((early or earlier or earliest) adj5 (identif* or recogni*)).ti,ab,kf.	72569
83.	(case finding? or casefinding?).ti,ab,kf.	5512
84.	((mental* or psych*) adj5 assess*).ti.	6391
85.	or/79-84	3378506
Study types: Randomized controlled trials⁷		
86.	randomized controlled trial.pt.	518293
87.	controlled clinical trial.pt.	93951
88.	(randomized or randomised).ab.	601121
89.	placebo.ab.	213479
90.	drug therapy.fs.	2256742
91.	randomly.ab.	346999
92.	trial.ab.	531828
93.	groups.ab.	2129084
94.	or/86-93	4878215
95.	exp animals/ not humans/	4762182
96.	94 not 95	4240296
Study types: Systematic reviews		
97.	((systematic* and review) or Systematic overview* or Cochrane review* or systemic review* or scoping review or scoping literature review or mapping review or Umbrella review* or (review of reviews or overview of reviews) or meta-review or (integrative review or integrated review or integrative overview or meta-synthesis or metasynthesis or quantitative review or quantitative synthesis or meta-ethnography or research synthesis) or Systematic literature search or Systematic literature research or evidence-based review or evidence synthesis or meta-analyses or metaanalyses or metaanalysis or meta-analysis or meta-analytic review or meta-analytical review).ti,bt.	222063
98.	meta-analysis.pt.	123147
99.	((search* or medline or pubmed or embase or Cochrane or scopus or web of science or sources of information or data sources or following databases) and (study selection or selection criteria or eligibility criteria or inclusion criteria or exclusion criteria)).ti,bt,ab.	82408
100.	systematic review.pt.	140327
101.	or/97-100	295247
Combined sets		
102.	12 and 61 and 85 and 96	1661
103.	12 and 61 and 85 and 101	405
104.	22 and 78 and 85 and 96	340
105.	22 and 78 and 85 and 101	92
106.	or/102-105	2141

Specific screening instruments		
107.	((edinburgh adj3 depression) or epds or epds3a).ti,ab,kf.	3227
108.	(gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or ((generalised anxiety disorder or generalized anxiety disorder) adj2 ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*))).ti,ab,kf.	2091
109.	(matthey generic mood or mgmq).ti,ab,kf.	4
110.	Patient Health Questionnaire/	452
111.	(Patient Health Questionnaire 2 or PHQ-2 or PHQ2 or Patient Health Questionnaire 9 or PHQ-9 or PHQ9).ti,ab,kf.	5296
112.	whooley question*.ti,ab,kf.	27
113.	or/107-112	9667
Combined sets		
114.	12 and 61 and 113	2986
115.	limit 114 to yr="2014 -Current"	1876
116.	106 or 115	3824
117.	((letter or editorial or comment or case reports or historical article) not ((letter or editorial or comment or case reports or historical article) and randomized controlled trial)).pt.	4165207
118.	116 not 117	3771
119.	limit 118 to (danish or english or norwegian or swedish)	3672

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

.ab. =Abstract

.ab,ti. = Abstract or title

.af. = All fields

.bt. = Book title

Exp= Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

.fs.= Floating Sub-Heading

.hw.= Subject Heading Word

.kf.= Keyword heading word

.pt.= Publication Type

.sh.= Term from the Medline controlled vocabulary

.ti. = Title

/ = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

* = Focus (if found in front of a MeSH-term)

* or \$= Truncation (if found at the end of a free text term)

.mp=text, heading word, subject area node, title

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

ADJn= positional operator that lets you retrieve records that contain your terms (in any order) within a specified number (n) of words of each other.

Search terms	Items found
Population: Anxiety and depression	
1. (DE "Anxiety") OR (DE "Anxiety Disorders") OR (DE "Generalized Anxiety Disorder")	107,369
2. (DE "Depression (Emotion)" OR (DE "Major Depression") OR (DE "Dysthymic Disorder") OR (DE "Treatment Resistant Depression")	153,347
3. TI (anxi* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*) OR AB (anxi* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*) OR KW (anxi* or anxiodepressive or anxious* or depress* or dysthymi* or melanchol*)	441,926
4. TI ((mental* or psychiatric or psychologic*) N2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)) OR AB ((mental* or psychiatric or psychologic*) N2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*)) OR KW ((mental* or psychiatric or psychologic*) N2 (deficien* or disease* or disorder* or disturbance* or dysfunction* or health or illness* or problem*))	355,414
5. S1 OR S2 OR S3 OR S4	722,796
Population: Traumatic experiences	
6. (DE "Distress") OR (DE "Emotional Trauma") OR (DE "Posttraumatic Stress Disorder") OR (DE "Acute Stress Disorder") OR (DE "Stress and Trauma Related Disorders")	67,189
7. TI ((negative or trauma*) N5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)) OR AB ((negative or trauma*) N5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*)) OR KW ((negative or trauma*) N5 (birth* or childbirth* or child-birth* or delivery or event* or experien* or labor or labour or obstetric*))	51,265
8. TI ((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) N3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)) OR AB ((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) N3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*)) OR KW ((posttrauma* or post-trauma* or trauma*) N3 (disorder* or distress or event* or experien* or neuros* or psych* or stress* or symptom* or syndrom*))	73,276
9. TI ("psychological distress" or ptsd) OR AB ("psychological distress" or ptsd) OR KW ("psychological distress" or ptsd)	52,952
10. S6 OR S7 OR S8 OR S9	134,855
Population: Pregnancy/antenatal	
11. (DE "Pregnancy") OR (DE "Adolescent Pregnancy") OR (DE "Primipara") OR (DE "Perinatal Period") OR (DE "Antepartum Period") OR (DE "Prenatal Care") OR (DE "Prenatal Diagnosis") OR (DE "Obstetrical Complications") OR (DE "Gestational Diabetes") OR (DE "Preeclampsia") OR (DE "Midwifery")	52,380

12.	SU obstetric*	5,011
13.	TI (antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or expectant mother* or ((first or second or third) N2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenatal* or pre-nat*) OR AB (antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or expectant mother* or ((first or second or third) N2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenatal* or pre-nat*) OR KW (antenatal* or ante-natal* or antepart* or ante-part* or birth* or childbirth* or child-birth* or expectant mother* or ((first or second or third) N2 trimester*) or matern* or midwif* or midwiv* or mother-to-be or mothers-to-be or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or pregnan* or prenatal* or pre-nat*)	235,008
14.	S11 OR S12 OR S13	241,737
Population: Pregnancy/postnatal		
15.	(DE "Pregnancy Outcomes") OR (DE "Birth") OR (DE "Obstetrical Complications") OR (DE "Caesarean Birth") OR (DE "Labor (Childbirth)") OR (DE "Natural Childbirth") OR (DE "Premature Birth") OR (DE "Pregnancy") OR (DE "Adolescent Pregnancy") OR (DE "Primipara") OR (DE "Perinatal Period") OR (DE "Antepartum Period") OR (DE "Prenatal Care") OR (DE "Prenatal Diagnosis") OR (DE "Obstetrical Complications") OR (DE "Gestational Diabetes") OR (DE "Preeclampsia") OR (DE "Midwifery") OR (DE "Intrapartum Period" OR (DE "Postnatal Period")	64,620
16.	SU obstetric*	5,011
17.	TI (birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*) OR AB (birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*) OR KW (birth* or childbirth* or child-birth* or labor or laboring or labour or labouring or matern* or midwif* or midwiv* or "new mother" or "new mothers" or obstetric* or perinatal* or peri-natal* or peripart* or peri-part* or postbirth* or postpartum* or post-partum* or postnatal* or post-natal* or pregnan* or puerperal* or puerperium*)	198,475
18.	S15 OR S16 OR S17	208,837
Intervention: Screening/Case identification⁸		
19.	(DE "Screening" OR DE "Health Screening" OR DE "Screening Tests" OR DE "Disease Screening") OR DE "Psychological Screening Inventory")	19,843

⁸ Translated/adapted from: Hamel C, Lang E, Morissette K, Beck A, Stevens A, Skidmore B, et al. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic

20.	TI (screen* or detect*) OR AB (screen* or detect*) OR KW (screen* or detect*)	232,662
21.	TI identif* or recogni*	59,714
22.	TI ((early or earlier or earliest) N5 (identif* or recogni*) OR AB ((early or earlier or earliest) N5 (identif* or recogni*) OR KW ((early or earlier or earliest) N5 (identif* or recogni*))	16,769
23.	TI ("case finding#" or casefinding#) OR AB ("case finding#" or casefinding#) OR KW ("case finding#" or casefinding#)	892
24.	TI (mental* or psych*) N5 assess*	9,724
25.	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	307,873
Study types: Randomized controlled trials		
26.	ZC "treatment outcome/clinical trial" or DE "Clinical Trials" or DE "Placebo"	16,756
27.	TX((randomi?ed) N3 (study or trial or design or method* or test* or assessment)) or TX((random*) N3 (assign* or alloca*)) or TX((singl* or doubl* or tripl* or trebl*)) N3 (blind* or dumm* or mask*)) or TX(clinical W2 trial*) or TX((singl* or doubl* or treb* or tripl*) W2 (blind* or mask*)) or TX(placebo*) or TX(randomly allocated) or TX(allocated N2 random*) or AB(randomi?ed N6 n=) or TI(controlled W3 trial*) or AB(controlled W3 trial*)	185,806
28.	S26 OR S27	185,806
Study types: Systematic reviews		
29.	DE "Meta Analysis" OR ZC "systematic review" OR ZC "meta analysis" OR DE "Systematic Review"	48,174
30.	TI (systematic* AND review) OR "systematic overview*" OR "cochrane review*" OR "systemic review*" OR "scoping review" OR "scoping literature review" OR "mapping review" OR "umbrella review*" OR "review of reviews" OR "overview of reviews" OR "meta review" OR "integrative review" OR "integrated review" OR "integrative overview" OR "meta synthesis" OR metasynthesis OR "quantitative review" OR "quantitative synthesis" OR "meta ethnography" OR "research synthesis" OR "systematic literature search" OR "systematic literature research" OR "evidence-based review" OR "evidence synthesis" OR "meta analyses" OR metaanalyses OR metaanalysis OR "meta analysis" OR "meta-analytic review" OR "meta-analytical review"	61,532
31.	TI ((search* OR medline OR pubmed OR embase OR cochrane OR scopus OR "web of science" OR "sources of information" OR "data sources" OR "following databases") AND ("study selection" OR "selection criteria" OR "eligibility criteria" OR "inclusion criteria" OR "exclusion criteria")) OR AB ((search* OR medline OR pubmed OR embase OR cochrane OR scopus OR "web of science" OR "sources of information" OR "data sources" OR "following databases") AND ("study selection" OR "selection criteria" OR "eligibility criteria" OR "inclusion criteria" OR "exclusion criteria"))	10,507
32.	S29 OR S30 OR S31	71,043

reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Syst Rev. 2019;8(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>. - Search rows 57-64 in additional file 5

Combined sets		
33.	S5 AND S14 AND S25 AND S28	238
34.	S5 AND S14 AND S25 AND S32	202
35.	S10 AND S18 AND S25 AND S28	31
36.	S10 AND S18 AND S25 AND S32	40
37.	S33 OR S34 OR S35 OR S36	438
Specific screening instruments		
38.	TI ((edinburgh N3 depression) or epds or epds3a) OR AB ((edinburgh N3 depression) or epds or epds3a) OR KW ((edinburgh N3 depression) or epds or epds3a)	2,091
39.	TI (gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or (("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") N2 ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*))) OR AB (gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or (("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") N2 ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*))) OR KW (gad-2 or gad2 or gad-7 or gad7 or (("generalised anxiety disorder" or "generalized anxiety disorder") N2 ("2" or "7" or assess* or instrument* or item* or questionnaire* or scale* or screen* or tool*)))	992
40.	TI ("matthey generic mood" or mgmq) OR AB ("matthey generic mood" or mgmq) OR KW ("matthey generic mood" or mgmq)	6
41.	TI ("Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9) OR AB ("Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9) OR KW ("Patient Health Questionnaire 2" or PHQ-2 or PHQ2 or "Patient Health Questionnaire 9" or PHQ-9 or PHQ9)	2,235
42.	TI "whooley question*" OR AB "whooley question*" OR KW "whooley question*"	16
43.	S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42	4,851
Combined sets		
44.	S5 AND S14 AND S43	2,006
45.	S5 AND S14 AND S43	1,075
Limiters - Publication Year: 2014-2020		
46.	S37 OR S45	1,465
47.	PZ "Comment/Reply" OR PZ "Editorial" OR PZ "Letter"	196,269
48.	S46 NOT S47	1,442
49.	S46 NOT S47	1,442
Narrow by Language: - english⁹		

⁹ The literature search in PsycInfo is not limited to English only. Studies in Danish, Norwegian and Swedish are also included. However, since there were no articles present in these languages at the time of the search it was not possible to limit the search to any of these languages

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

AB = Abstract

AU = Author

DE = Term from the thesaurus

MM = Major Concept

TI = Title

TX = All Text. Performs a keyword search of all the database's searchable fields

SU = Subject Terms

ZC = Methodology Index

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase