

## Aurora- förlossningsrädda kvinnor

### Faktaägare:

**AURORA** är en grupp av barnmorskor och läkare som genom samtal med patient/paret syftar till att hitta möjligheter att kunna hantera rädsla och oro inför förlossningen.

### Omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor

Förlossningsrädsla indelas dels utifrån

- om den är primär, sekundär eller relaterad till annan psykisk sjuklighet
- hur svår rädslan är

**Primär förlossningsrädsla** innebär att kvinnan redan innan hon blivit gravid eller under sin första graviditet har en rädsla för att föda.

**Sekundär förlossningsrädsla** innebär att kvinnan utifrån en tidigare förlossningsupplevelse utvecklat en rädsla för att föda igen. I svåra fall kan detta utvecklas till posttraumatiskt stressyndrom.

**Kvinnor med depression, ångestsyndrom eller annan psykisk sjukdom** kan på grund av detta drabbas av förlossningsrädsla, och behöver specifik behandling.

Förlossningsrädsla finns i **ett spektrum från lättare oro**, som inte inverkar menligt på kvinnans dagliga tillvaro, **till förlossningsfobi** med påtaglig funktionssvikt.

- **Lätt** – förlossningsrädsla som är hanterbar med förberedelse
- **Måttlig** – rädsla som är svår att hantera utan hjälp men inte ständigt psykiskt illabefinnande
- **Svår** – psykiskt illabefinnande som allvarligt stör vardagen, ofta mardrömmar
- **Fobi** – stark rädsla, undviker graviditet p.g.a. rädsla

### Olika nivåer för hur förlossningsrädda kvinnor bör tas om hand

#### 1. Samtal inom mödrahälsovården

2. **Särskild samtalsmottagning, Aurora**
3. **Psykoaterapi**

## Vårdprogram Förlossningen

- Respektera vårdplanering
- Barnmorskans stöd och närvaro
- Tydlig information om förlopp och interventioner
- Smärtlindring efter behov
- Vid urakut sectio upprätthålla nära kontakt med kvinnan

## Uppföljning av förlossningsrädda kvinnor

Det är extra viktigt att följa upp förlossningsupplevelsen för dessa kvinnor.

Redan på BB uppföljning med VAS, om >8 informeras MVC-Bm som kontaktar patienten inom cirka 2 veckor.

Om allt verkar bra då, ta upp förlossningsupplevelsen vid efterkontroll på MVC.

Förlossningsrädda kvinnor löper större risk att få en negativ förlossningsupplevelse och att utveckla PTSD.

Återkoppling bör ges till förlossningspersonal vid goda insatser, men också när en realistisk förlossningsplan inte har följts.

## Konsultationstid med ansvarig AURORA-läkare (finns 2-3 ggr per månad).

Alla som bedöms behöva förlossningsplan tas upp. Då bedöms om patienten behöver träffa barnmorska och/eller läkare och vilken förlossningsplan som ska presenteras för patienten. Planen dokumenteras i Cambio Cosmic. Förlossningsplan ska respekteras!

Patienten ska inte sättas upp till MVC-läkare utan föregående konsultation enligt ovan.

1 timme reserveras vid AURORA-läkarbesök.

Patienten ska komma **så tidig som möjligt** under graviditeten till AURORA-barnmorska.

I läkargruppen ingår Eunice Langmo, Lena Neergaard-Richardt och Kira Kersting.

**Remiss till AURORA-barnmorska** skickas som bokningsunderlag via Cambio Cosmic.

I kommentarsrutan skrivs först AURORA och sedan information angående paritet och BPU. Tider till AURORA-läkare bokas via MVC direkt.

**Remiss till psykolog för fobiträning:** Patient med sjukhusrädsla och extrem stickrädsla remitteras till MBHV-psykolog när KBT-terapeut finns tillgänglig eller till psykiatriresurs i primärvården när KBT-utbildad terapeut finns.

## Handläggning på MVC (nivå 1)

### Primär förlossningsrädsla

*Lätt till måttlig rädsla*

- Samtal med barnmorskan och eventuellt annat stöd.
- Förlossningsförberedelse inom föräldrautbildning, eventuellt enskild förlossningsförberedelse.
- Födelseplan bör upprättas.
- Om kvinnan önskar kejsarsnitt skickas remiss till Aurora/konsultationstid. Därefter MVC-läkartid.

### Sekundär förlossningsrädsla

*Lätt till måttlig rädsla*

- Om tidigare normal vaginal förlossning, förlossningsgenomgång med MVC-barnmorska.
- Om tidigare komplicerad förlossning, i första hand konsultationstid till Aurora och tid till obstetriker inom MHV.
- Vid frågor om förlossningssätt, i första hand remiss till obstetriker inom MHV.
- Realistisk födelseplan.

## Handläggning vid Aurora (nivå 2)

Vid remissbedömningen bestäms om patienten ska träffa en barnmorska eller läkare initialt. Första besöket bör vara ett bedömnings- och planeringsbesök.

Kvinnan får beskriva vad hon är rädd för, gärna så konkret som möjligt.

Barnmorskornas uppgift är att

1. Ta strukturerad anamnes

2. Gå igenom tidigare förlossningar
3. Upprätta en förlossningsplan

För de flesta förlossningsrädda kvinnor kan Aurora erbjuda tillräcklig hjälp, och bedömningsamtalen avslutas med en planering för fortsatta samtal. Förlossningsplan bekräftas vid läkarbesök eller visning vid konsultationstid.

### **Förstföderskor**

Förstföderskor med livslång förlossningsfobi eller avsevärda psykiska problem bör tidigt få tala med gruppens läkare i diagnostiskt syfte. Bedömning görs vid konsultationstid.

Samtalen hos barnmorskan på Aurora fokuseras på rädslan och förlossningsförberedelse anpassad efter kvinnans/parets behov.

Övriga förstföderskor får Bm-tid primärt.

### **Omföderskor med tidigare traumatisk förlossning**

Det är viktigt att i första hand ge utrymme för kvinnans/parets egen upplevelse och uppfattning om den traumatiska förlossningen. Ge extra tid för det speciellt svåra och känslor i samband med det.

Kvinnor med tidigare PTSD efter förlossning behöver om möjligt bedömning och behandling av psykoterapeut eller psykiater.

### **Psykoterapi vid förlossningsrädsla (nivå 3)**

Det gäller kvinnor med svår primär förlossningsrädsla/-fobi, kvinnor som är traumatiserade efter tidigare negativa förlossningsupplevelser eller andra typer av traumatiska upplevelser, samt kvinnor med depression och ångestsyndrom.

*En grupp som man skulle kunna prioritera är fysiskt friska förstföderskor med normal personlighet och svår förlossningsrädsla eller förlossningsfobi.*

## **Behandling av ångestsyndrom och depression m.m.**

Ångestsyndrom och depression kan sekundärt ge en svår förlossningsrädsla. - Blod och injektionsfobi behandlas framgångsrikt och snabbt med KBT. - Depression i samband med graviditet och förlossning behandlas med beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa, dvs KBT.

- När relationsproblem är det mest centrala rekommenderas interpersonell psykoterapi och parterapi, vilket har dokumenterad effekt.

## Vilka faktorer har betydelse för kejsarsnitt-indikation?

- Förlossningsrädsla
- Ålder
- Tidigare kejsarsnitt
- Tidigare förlossningsskada hos modern
- Övergrepp
- Tidigare dött eller skadat barn relaterat till graviditet eller förlossning
- Psykisk sjukdom
- Planeringsskäl

### Förutsättningar som bör vara uppfyllda för att indikation ska föreligga

*Patientrelaterade förutsättningar:*

1. **Kvinnan har redovisat skälet för sitt önskemål om kejsarsnitt, och det bedöms vara tillräckligt tungt vägande** -att hon tydligt anger skälet till sitt önskemål. Det är inte en rättighet att kräva ett kirurgiskt ingrepp. Läkaren som fattar beslutet har det långsiktiga ansvaret för beslutets konsekvenser för såväl kvinnan som det väntade barnet samt eventuella framtida graviditeter.

2. **Kvinnan står fast vid sin önskan** -om kvinnan står fast vid sin önskan efter att hon

**a)** fått och förstått information om kort- och långsiktiga konsekvenser av olika förlossningssätt för såväl henne själv som för fostret/barnet liksom för eventuella framtida graviditeter och

**b)** blivit erbjuden/fått stödsamtal/annan typ av insatser

kan det finnas skäl att tillmötesgå hennes önskan om kejsarsnitt.

*Vårdprocessrelaterade förutsättningar:*

3. **En strukturerad anamnes har upptagits och kvinnans skäl har värderats.**

I enstaka fall kan kvinnan ha så tungt vägande skäl att vaginal förlossning inte övervägs.

Riktlinjer för anamnestagning finns i bilaga 4. För att bedöma förlossningsrädsla se

#### **4. En sannolikhets- och riskbedömning har genomförts.**

En bedömning av kvinnans möjligheter att genomföra en vaginal förlossning har gjorts utifrån risken att det ska bli ett akut kejsarsnitt, en förlossningskomplikation ska uppstå eller att kvinnan ska drabbas av förlossningsrelaterad psykisk ohälsa. Risken för kort- eller långsiktiga komplikationer vid eller efter ett eventuellt planerat kejsarsnitt ska också ha vägts in.

#### **5. Information om kort- och långsiktiga konsekvenser av kejsarsnitt för mor och barn har getts såväl muntligt som skriftligt.**

Skriftlig information till kvinnan finns i

#### **6. Lämpliga stödinsatser har utformats.**

#### **7. Stödjande samtal/insatser har erbjudits/genomförts.**

### **Vårdgivarrelaterad förutsättning**

Nedan finns en handlingsplan för bedömning av hur kvinnor med olika skäl och risknivå ska handläggas, den syftar till enhetlighet inom kliniken.

## **Kvinnans skäl kategoriseras till en av följande grupper**

**Grupp 1 Kvinnor som bedömts ha starkt vägande skäl:** >40 år och tidigare genomgått kejsarsnitt, äldre förstföderska >38 år med IVF-behandling och/eller med längre infertilitet, tragisk utgång vid tidigare förlossning eller psykisk sjuklighet som bedömts utgöra ett hinder för vaginal förlossning.

**Denna grupp bedöms vanligen ha så vägande skäl för att genomgå kejsarsnitt att vidare diskussion ej är nödvändig.**

**Grupp 2 Kvinnor som bedöms ha mindre starkt vägande skäl:** rädsla för att vaginal förlossning ska ge återfall av psykisk ohälsa, oro för att något ska hända barnet, oro för att själv bli skadad vid vaginal förlossning, rädsla för att tappa kontrollen/ känna sig utlämnade/ lämnas ensam eller för förlossningssmärta. Denna grupp bör erbjudas fortsatt stöd och individuell vårdplanering med målsättning att i första hand nå fram till en vaginal förlossning.

**Grupp 3 Kvinnor vars skäl inte bedöms som tillräckligt vägande för att**

**kejsarsnitt ska vara aktuellt:** kvinnor som av planeringsmässiga skäl önskar kejsarsnitt och kvinnor som inte uppger något skäl för sitt önskemål. Denna grupp bedöms inte ha vägande skäl för att genomgå kejsarsnitt, men i gruppen kan döljas kvinnor som är felkategoriserade då de inte velat uttrycka sin oro. Dessa kvinnor bör därför erbjudas stöd och individuell vårdplanering.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare**