

Förlossningsrädsla handläggning i VGR

Förändringar sedan föregående version

- Sammanhållet barnmorsketeam är förtydligt genomgående i riktlinjen.
- Under rubriken *Handläggning* är Barnmorskemottagningarnas metodstöd för handläggning av förlossningsrädsla på BMM tillagd.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
Mål för vård avseende förlossningsrädsla.....	3
Utförande.....	3
Referenser	11
Arbetsgrupp	12

Bakgrund

Riktlinjen avser förutom kvinnor andra personer som planerar graviditet eller är gravida.

Normal oro inför sin förlossning är något de flesta kvinnor känner, men ungefär en fjärdedel kan känna mer än bara oro vilket då bedöms som "förlossningsrädsla". Svårare förlossningsrädsla är ett komplext tillstånd med skiftande ursprung och varierande grad och förekommer hos ca 10–15 % av alla gravida i Sverige. Förlossningsfobi finns hos ca 2–5%.

Förlossningsrädsla är vanligare hos gravida med annan psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Förlossningsrelaterad PTSD förekommer hos upp till 4% av kvinnor med tidigare förlossning (1).

För de allra flesta gravida kvinnor räcker det med ett gott omhändertagande av barnmorskan på den barnmorskemottagning (BMM) där patienten är inskriven. Ibland behövs ett kompletterande omhändertagande inom en verksamhet eller mottagning som är specialiserad på förlossningsrädsla, s k Auroramottagning.

Det är viktigt att upptäcka förlossningsrädsla tidigt i graviditeten för att kunna bedöma grad av rädsla samt initiera och planera insatser (2).

Förlossningsrädsla kan klassificeras som *primär* eller *sekundär*;

- *Primär förlossningsrädsla* innebär att den finns innan kvinnan föder sitt första barn.
- *Sekundär förlossningsrädsla* uppkommer efter en tidigare svår förlossningsupplevelse.

Förlossningsrädsla klassificeras också utifrån hur stark eller svår den är;

- *Lätt förlossningsrädsla* innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen.
- *Måttlig förlossningsrädsla* innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och stöd, men som inte medför ett ständigt psykiskt illabefinnande och kvinnan kan släppa tankarna på den förestående förlossningen under perioder.
- *Svår förlossningsrädsla och förlossningsfobi* innebär rädsla som ger ett psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardagsliv, välbefinnande och sömn.
- *Förlossningsrelaterad posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)* kan uppkomma efter traumatisk förlossningsupplevelse/erfarenhet och definieras som en förlängd reaktion som har innefattat upplevelsen av hot om död eller skada mot sig själv eller närstående/barnet. Förlossningsrelaterad PTSD uttrycks i form av förhöjd ångest med återupplevelser av händelsen, ständiga försök

att undvika det som associeras med traumat och ihållande symtom på överspändhet.

Syfte

Syftet är en regiongemensam riktlinje för patienter med förlossningsrädsla med målet att erbjuda likvärdig vård och underlätta samarbete över verksamhetsgränser.

Mål för vård avseende förlossningsrädsla

Bland patienter med förlossningsrädsla utgör svår förlossningsrädsla, förlossningsfobi och förlossningsrelaterad PTSD ett mer komplext tillstånd med många orsaker. Dessa patienter behöver ett individuellt omhändertagande, ofta av ett multiprofessionellt team med kunskap och erfarenhet av att hantera förlossningsrädsla, så kallat Aurorateam med tillgänglighet året runt.

Syfte vid vård av kvinnor med förlossningsrädsla

1. Att förstå och utforska hur kvinnans rädsla ter sig och vad den kan bero på.
2. Att förbereda kvinnor med förlossningsrädsla inför födandet, och därigenom öka möjligheten till en positiv förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt.
3. Att ge kvinnan och hennes partner ökad kunskap om förlossningsprocessen.
4. Att avdramatisera och ge en realistisk bild av födandet.
5. Att stärka kvinnans tro och tillit till sin egen förmåga.
6. Att ge möjlighet att bearbeta en tidigare förlossningsupplevelse.

Utförande

Aurorateam för förlossningsrädda

För att kunna möta gravida kvinnor med förlossningsrädsla behöver kvinnosjukvården erbjuda ett team, en specialistmottagning för förlossningsrädda, oftast kallad Auroraverksamhet eller Auroramottagning. Detta team bör bestå av erfarna barnmorskor och obstetriker/Mödrahälsovårds-(MHV)läkare (specialist inom gynekologi

och obstetrik) med kunskap inom förlossningsrädsla. Teamet bör ha regelbunden och återkommande tillgång till psykolog för diskussion kring olika patientärenden och för handledning.

Teammöte inom Auroraverksamheten s k Aurorarond eller section rond/konferens utgör grund för beslut kring förlossningssätt i komplexa fall, till exempel då patienten önskar elektivt kejsarsnitt utan medicinsk indikation och då vården bedömer att kejsarsnitt inte är ett likvärdigt förlossningsalternativ till vaginal förlossning ur ett medicinskt perspektiv.

För att säkerställa en jämlik vård samverkar Aurorateamen genom gemensamma träffar för kunskapsinhämtning, reflektionsutbyte och utvärdering av Auroraverksamheterna. Aurorateamet bör också kunna erbjuda kunskapsutbyte och reflektion tillsammans med övriga barnmorskor/läkare inom kvinnoklinikens upptagningsområde samt inom närliggande områden.

Sammanhållet barnmorsketeam för förlossningsrädda (Göteborg och Södra Bohuslän)

Sammanhållet barnmorsketeam är en vårdmodell som arbetar med relationsbaserad kontinuitet och en sammanhållen vårdkedja genom graviditet, förlossning och eftervård. Målsättningen är att förbättra kontinuiteten och därmed öka tryggheten för den gravida.

Vårdmodellen vänder sig till gravida med förlossningsrädsla och/eller annan sårbarhet och som är inställda på att föda vaginalt på SU.

Inskrivning sker i tidig graviditet på ordinarie barnmorskemottagning inom Stor-Göteborg som därefter kan remittera till teamet.

Möjlighet ges till hembesök både under latensfas och eftervård.

Handläggning

Patienten erbjuds en personcentrerad vård genom hela vårdkedjan (graviditet, förlossning och eftervård) i enlighet med [Basprogram för Mödrahälsovården VGR](#) (9) för graviditet med tillägg av extra stöd och samtal.

Barnmorska på BMM efterfrågar [vid andra graviditetsbesöket](#) den gravidas inställning till förlossning och barnafödande för att identifiera och gradera förlossningsrädsla. Förlossningsrädslan kartläggs vidare genom samtal för att kunna erbjuda stöd och behandling på rätt nivå.

[Förlossningsrädsla metodstöd Barnmorskemottagningar VGR](#)

Fear of Birth-skattningsskala (FOBS) kan användas från graviditetsvecka 16 och är ett verktyg för bedömning och skattning av förlossningsrädsla. Skalan går från 0 till 100, där 60 poäng eller högre räknas som utfall för förlossningsrädsla (7).

Omhändertagande vid förlossningsrädsla bör starta tidigt i graviditet och avslutas inte förrän vid andra eftervårdsbesöket. Ytterligare uppföljande besök eller ett senare samtal inför kommande graviditet kan erbjudas. Se rekommendation: Erbjud stöd och behandling vid förlossningsrädsla - Socialstyrelsen (3).

Barnmorska på BMM/patientansvarig barnmorska (PAB) följer upp patientens behov av stöd genom hela graviditeten, även då patienten remitteras till Auroraverksamhet. Samarbetet mellan vårdinstanserna är viktigt för att patienten ska få ett så bra omhändertagande som möjligt. Läkare inom MHV/specMVC kontaktas vid behov av konsultation eller besök under graviditeten. I svåra fall bör patientansvarig läkare (PAL) utses. Motsvarande handläggning sker för patient som är inskriven i sammanhållet barnmorsketeam.

Psykolog från Psykologmottagningar för föräldraskap och små barn (PFOSB) erbjuder regelbunden konsultation kring svåra fall och kan på så sätt bistå barnmorskan i bedömning av graden av förlossningsrädsla. Psykologkontakt kan vara aktuell vid måttlig till svår förlossningsrädsla, vid behov i samverkan med Auroraverksamhet eller sammanhållet barnmorsketeam.

Vårdnivå

Patient med;

- mild till måttlig förlossningsrädsla behandlas inom MHV/BMM med stöd av läkare inom MHV/SpecMVC vid behov.

- måttlig-svår förlossningsrädsla där mödrahälsovårdens stöd blir otillräckligt och med behov av *förlossningsplanering* remitteras av PAB eller läkare inom MHV/specMVC för handläggning på Auroramottagningen. Samverkan sker med PAB/BMM och vid behov psykolog PFOSB.
- Sammanhållet barnmorsketeam kan ta emot gravida med måttlig till svår förlossningsrädsla och *önskan om vaginal förlossning* på SU. Samverkan sker med psykolog PFOSB vid behov.
- svår förlossningsrädsla/förlossningsfobi kan konsulteras med psykolog inom PFOSB och/eller övervägas för tidigt samråd med läkare inom MHV/specMVC. Patienten remitteras vidare efter bedömning och samtal till Auroramottagningen.
- sekundär svår förlossningsrädsla med tidigare genomgången kejsarsnitt kan handläggas av läkare inom MHV/specMVC med specialistkompetens i samarbete med Auroraverksamheten enligt lokal rutin.
- förlossningsrelaterad PTSD -individuell bedömning och planering för förlossning via MHV-läkare/läkare specMVC.
- icke-förlossningsrelaterad PTSD kan vara i behov av förlossningsplanering via MHV-läkare/läkare specMVC. Vid behov av PTSD-behandling se [RMR PTSD – posttraumatiskt stressyndrom & ASD - akut stressyndrom \(vuxna\).pdf](#). Graviditet utgör inget hinder för behandling.

Remiss till Aurora – tidpunkt:

- Remiss till Aurora skickas efter RUL.
- I särskilda fall skickas remiss av läkare till Auroraverksamhet efter TUL men före RUL, såsom t ex vid svår primär/fobisk förlossningsrädsla/PTSD eller svår sekundär förlossningsrädsla.

Remiss till Aurora bör innehålla:

- BPU.
- Tidigare förlossningssätt om omföderska.
- Grad av förlossningsrädsla.

- Anamnes inkl övriga sjukdomar, läkemedel och anledning till rädsla.
- Ambivalens runt förlossnings sätt alternativt uttalad önskan om kejsarsnitt.
- Önskan om vaginal förlossning med plan.
- Insatser som påbörjats via BMM.

Vid ”Utömlänsremiss” se Riksavtal utömlänsvård (10).

Remiss till sammanhållet barnmorsketeam – tidpunkt:

- Remiss till sammanhållet barnmorsketeam relaterat till förlossningsrädsla skickas efter RUL.

Remiss till sammanhållet barnmorsketeam bör innehålla:

- BPU.
- Obstetrisk och medicinsk anamnes av betydelse.
- Primär eller sekundär förlossningsrädsla. Beskriv kortfattat patientens förlossningsrädsla.
- Tidigare svår förlossningsupplevelse eller annan svår vårderfarenhet.
- FOBS-värde.
- Aktuell social situation.
- Anamnes av depression, ångest, fobier eller tidigare haft kontakt med psykiatri/samtalskontakt.
- Medicinering.
- Erfarenheter av trauma såsom övergrepp, kränkning, mobbing, misshandel.

Samverkan

Gravida med förlossningsrädsla kan behöva insatser samtidigt från flera professioner och olika vårdgivare och instanser kan behöva samordnas. Samtycke inhämtas från den gravida för att kontakt mellan instanserna ska initieras. Professionellt informationsutbyte av väsentlig information är ofta en fördel för att optimera insatser. Den gravida ska inte behöva agera ”budbärare” mellan olika instanser.

Rädsla för förlossning hos icke-gravid patient

Patienter med svår förlossningsrädsla/fobi utan tidigare förlossning, som inte är gravida omfattas av prekonceptionell rådgivning och information. Om behov av psykologisk behandling föreligger rekommenderas annan vårdgivare än PFSOB.

- Patienter med sekundär förlossningsrädsla och som inte är gravida kan erbjudas samtal hos MHV-läkare/ läkare specMVC eller samtal vid Auroraverksamhet utifrån rädlans karaktär och orsak. Dessa patienter erbjuds då en möjlighet att gå igenom tidigare förlossning och förlossningsupplevelse. Planerad postpartumuppföljning efter svår förlossningsupplevelse kan verka förebyggande mot sekundär förlossningsrädsla inför en ny graviditet och förlossning.

Rädsla för förlossning utan önskan om kejsarsnitt

- Mild till måttlig rädsla handläggs på BMM och i första hand av PAB, vid behov i samråd med läkare. PAB sammanfattar önskemålen i graviditetsvecka 35. Vid behov kan en sk förlossningsplan upprättas i mödrahälsovårds/förlossningsjournal av Aurorabarnmorska, PAB, MHV-läkare eller läkare SpecMVC.
- Måttlig till svår förlossningsrädsla kan handläggas inom ramen för BMM i samråd med läkare och psykolog PFOSB, men kan också remitteras för fortsatt omhändertagande till Auroraverksamhet eller i Göteborg inom Sammanhållet barnmorsketeam. Förlossningsplan ska vara tydligt markerad i journal och skrivs i samråd med patienten.
- Svår förlossningsrädsla/fobi handläggs via Auroraverksamhet för möjlighet till upprepade samtal och planering av förlossning och postpartumtid.
- Sekundär förlossningsrädsla med tidigare kejsarsnitt och önskan om vaginal förlossning, handläggs av PAB i samråd med MHV-läkare/läkare specMVC alt Aurora.

Rädsla för förlossning med önskan om kejsarsnitt

- Patient med svår förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt bedöms enligt lokal rutin av MHV-läkare/läkare SpecMVC inför remiss till Aurora alternativt av Aurorateamet efter remiss från barnmorska MHV. Syftet med besöket är att fördjupa anamnes, göra en individuell bedömning av patientens förutsättningar för en vaginal förlossning och informera om olika alternativ samt om det stöd som kan ges via Auroraverksamheten. Beslut om kejsarsnitt på indikation förlossningsrädsla bör tas inom ramen för Auroras teammöten där barnmorska och obstetriker alltid ingår. Beslut om förlossningssätt och förlossningsplan överlämnas efter teammöte till patienten och ansvarig PAB/BMM informeras. Teammötet s k Aurorarond/sectorond/sectiokonferens utformas enligt lokala förutsättningar. I särskilda fall fattar obstetriker på kvinnoklinik med vana av arbete med förlossningsrädda beslut om förlossningssätt. Detta kan ske då det finns behov av snabb bedömning till exempel vid långt gången graviditet.
- Vid svår förlossningsrädsla/fobi hos patient med tidigare trauma/sexuella övergrepp och/eller PTSD-diagnos bör detta uppmärksammas tidigt i graviditeten med stor lyhördhet för patientens sårbarhet. Förlossningsplan med elektivt kejsarsnitt kan övervägas redan vid inledande läkarsamtal om det finns anamnes av sexuellt övergrepp/våld eller PTSD diagnos.
- Patient bör vid svår rädsla/fobi även efter beslut om kejsarsnitt erbjudas fortsatt stöd via Auroraverksamhet.
- Patient med sekundär förlossningsrädsla och med tidigare kejsarsnitt handläggs inom ramen för Auroraverksamhet alternativt på BMM med läkarbesök inom MHV/läkare SpecMVC när kompetens finns, enligt lokala förutsättningar. Genomgång av tidigare förlossning med fokus på vad som orsakat bestående rädsla är viktig del av samtalet. Vid kvarstående önskan om kejsarsnitt efter läkarbesök och individuell rådgivning kan beslut om kejsarsnitt tas av läkare på förlossningsklinik. Remiss skrivs

till Auroraverksamhet om patienten behöver mer stöd än det som kan erbjudas på BMM.

- Omfödelskor med både vaginal förlossning och kejsarsnitt utgör en grupp som behöver individuell bedömning och bör därför handläggas via Auroraverksamheten.
- För patient med tidigare elektivt kejsarsnitt pga förlossningsrädsla och kvarstående önskan om kejsarsnitt kan remiss skickas av PAB till förlossningsenhet för direkt beslut om elektivt kejsarsnitt. Patienten förutsätts vara välinformerad om risker med upprepade kejsarsnitt.

I allmänhet så kan det vid behov av extra stöd, oavsett förlossnings sätt, skickas remiss till Auroraverksamhet för till exempel fysiskt besök på förlossningsenheten som del av förberedelse inför förlossning.

Alla patienter som planeras för kejsarsnitt bör förberedas och erbjudas förlossningsplan utifall förlossning startar spontant före graviditetsvecka 37+0.

Vid beslut om elektivt kejsarsnitt pga förlossningsrädsla bör nedan beaktas:

- Paritet.
- Tidigare kejsarsnitt.
- PTSD-diagnosticerad före graviditet inom allmänmedicin eller psykiatri.
- Tidigare sexuella övergrepp eller våld.
- Förlossningsfobi, med fördröjd graviditet.
- Psykiatrisk samsjuklighet.
- Ålder.
- BMI.
- Övriga sjukdomar, läkemedel, tidigare bukoperationer och hereditet.

Elektivt kejsarsnitt bokas i graviditetsvecka 39 för att minska risken för andningsstörning hos barnet. Patienten informeras om att

beslutet gäller från gv 37+0 men kan omvärderas vid spontan start med snabbt förlopp. Vid prematur förlossningsstart (före gv 37+0) rekommenderas vaginal förlossning, om inte obstetriska kontraindikationer för vaginal förlossning föreligger eller uppkommit.

Uppföljning av patientens upplevelse/utfall av handläggning inom Aurora

Uppföljning av kvinnor med förlossningsrädsla bör ske på varje kvinnoklinik och inom mödravården. Aurorateamet ansvarar för uppföljning i de fall patienten haft kontakt med Auroraverksamhet. Sammanhållet barnmorsketeam ansvarar för uppföljning i de fall patienten haft kontakt med dem.

Uppföljningen planeras årligen.

Regional samordning

Möten inom Västsverige (VGR och Halland) ska ske årligen.

Fokus är;

- Fortbildning och samordning.
- Genomgång av kvalitetsparametrar/variabler.
- Uppföljning och patientutvärdering.
- Patientflöden mellan olika verksamheter uppmärksamma.

ICD-diagnoser relevanta vid förlossningsrädsla

- Z 91.8 Förlossningsrädsla.
- F41.8 Andra specificerade ångesttillstånd.
- F41.9 Ångest, ospecificerat.
- F43.1 Posttraumatiskt stresstillstånd.
- F32.9 Depressiv episod, ospecificerad.

Referenser

1. [Kejsarsnitt på kvinnans önskemål – fördelar och nackdelar för kvinna och barn \(sbu.se\)](#)
2. [Uppmärksamma förlossningsrädsla - Socialstyrelsen \(2023-12-18\)](#)

3. [Erbjud stöd och behandling vid förlossningsrädsla - Socialstyrelsen](#)
(2023-12-18)
4. [Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet \(sbu.se\)](#)
(2021-02-25)
5. [Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet \(sbu.se\)](#)
6. [Förlossningsrädsla - 1177](#)
7. [fobs-sve.pdf \(karolinska.se\)](#)
8. [www.SFOG.se](#)
Nätupplaga; [1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf](#)
([sfog.se](#))
9. [Basprogram för Mödrahälsovården VGR \(vgregion.se\)](#)
10. [Riksavtal-utomlansvard-rev23-lankar.pdf \(skr.se\)](#)

Arbetsgrupp

Utöver innehållsansvarig har arbetsgruppen bestått av läkare, barnmorskor och psykolog inom Regionhälsan, KK NÄL, KK SKAS, KK SÄS, KK NÄL, KK SU/Östra KK, Varberg, alla med erfarenhet och arbete inom Auroraverksamhet, mödrahälsovård och förlossning.

Innehållsansvarig

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centrala mödrahälsovårdsteamet, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Sanna Nygren, överläkare, Obstetriken, SU.

Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Pernilla Dahm Kähler, ordf SOR Kvinnosjukvård, verksamhetschef Kvinnoklinik, SU.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Susanna "Sanna" Nygren, (susny9), Överläkare

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef,
Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-244

Version: 3.0

Giltig från: 2026-06-10

Giltig till: 2028-06-10