
Zorgpad Angst voor de bevalling

VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden

Door/Auteurs: Jos Bruins (Alrijne Leiderdorp)
Marian Veurink (Alrijne Leiderdorp)
Anne-Marie Sluijs (LUMC Leiden)

Contactpersoon:
Status: Definitief
Versie/laatst aangepast: april 2020

Disclaimer:

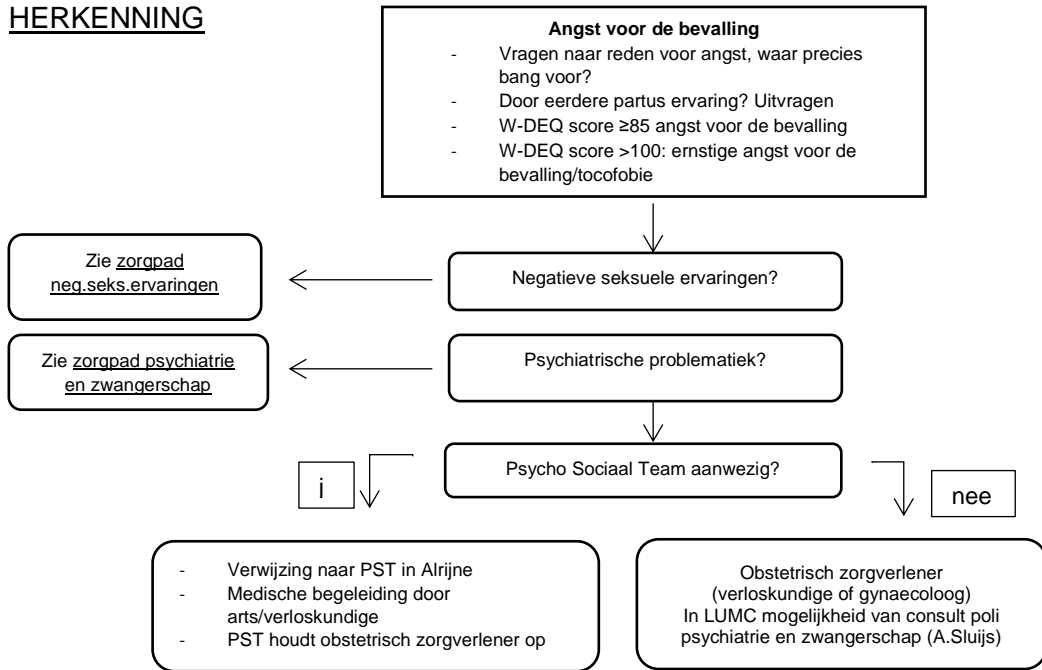
- Dit zorgpad is met de grootst mogelijke zorg opgesteld op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Leiderdorp en Leiden e.o.
- Dit zorgpad kan en mag gebruikt worden door: alle leden van het VSV Alrijne Leiderdorp en VSV Leiden en alle partners in de keten.
- Dit zorgpad is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontleen aan de inhoud hiervan.

Inhoud

Disclaimer:	2
Flowchart Angst voor de bevalling	4
1. Inleiding	5
1.1. Aanleiding	5
1.2. Probleemstelling.....	5
1.3. Doel	5
1.4. Doelgroep: kwetsbare zwangere	5
1.5. Betrokken disciplines.....	5
2. Zorgpad kwetsbare zwangere	6
Bronnen	8
Bijlage 1: Achtergrondinformatie	9
Bijlage 2: Werkwijze PST	10

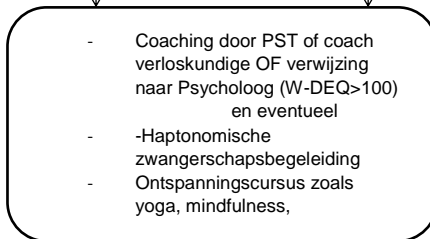
Flowchart Angst voor de bevalling

HERKENNING



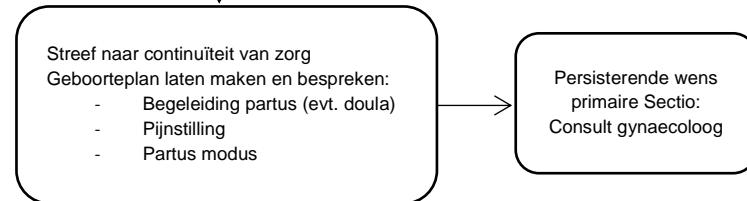
MOTIVATIE VOOR BEHANDELING

Rond 16 wk

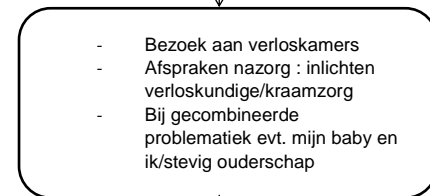


BEGELEIDING

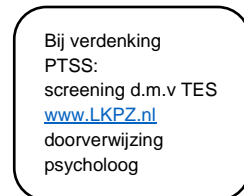
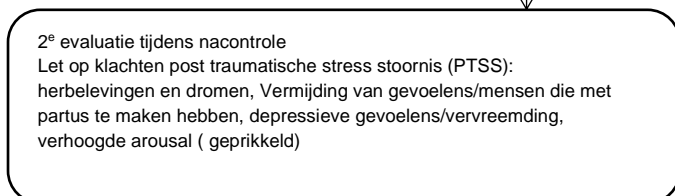
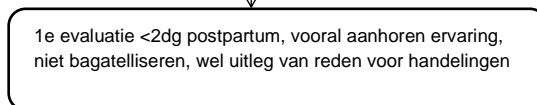
Tijdens de zwangerschap



Rond 34 wk



PARTUS NABESPREKEN



1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Omdat angst voor de bevalling gevolgen kan hebben voor zowel moeder als voor het kind, is het voor obstetrische hulpverleners van belang om angst tijdig te herkennen en bespreekbaar te maken. Vrouwen met veel angst tijdens de zwangerschap interpreteren en ervaren hun bevalling vaak negatiever¹ en hebben postpartum een hoger risico op psychiatrische stoornissen zoals postpartum depressie (PPD) of Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS)².

1.2. Probleemstelling

Het besef dat het krijgen van een kind gepaard gaat met onzekerheden en risico's kan leiden tot angst, die soms buitenproportionele vormen aanneemt. Het vertrouwen ontbreekt in zichzelf, in een goed verloop van de zwangerschap en/of de bevalling. Dit kan problemen geven in het dagelijks leven, in de relatie met de partner en in sociale contacten.

1.3. Doel

Streven naar een goede bevallingservaring en optimale hechting met het pasgeboren kind. Dit zorgpad draagt bij aan het optimaliseren van de ketenzorg rondom de angstige zwangere. Het biedt een richtlijn die streeft naar een transparante en uniforme vormgeving van het te voeren beleid, gericht op preventie en begeleiding gedurende de zwangerschap tot 6 weken post partum.

1.4. Doelgroep: kwetsbare zwangere

Vrouwen met grote mate van onzekerheid en angst voor de bevalling, vrouwen met een psychiatrische aandoening als angststoornis, depressie, trauma PTSS en PPD in de voorgeschiedenis.

1.5. Betrokken disciplines

Gynaecologen, eerstelijns verloskundigen, tweedelijns verloskundigen, (O&G) verpleegkundigen, O&G verpleegkundigen met differentiatie Psychosociale hulpverlening, psychologen, maatschappelijk werk, kraamzorg, huisarts.

2. Zorgpad kwetsbare zwangere

De begeleiding van de zwangere vrouw en haar partner moet in ieder geval bestaan uit aandacht, informatie, hervormen van cognities, en gerichte ontspanning. Dit vraagt om een intensieve samenwerking tussen de patiënt, de obstetrisch zorgverlener, een psycholoog (of Psycho Sociaal Team, maatschappelijk werk) en eventueel een haptotherapeut of andere specialist in ontspanningsoefeningen.

Herkenning en erkenning

Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de psychosociale vragenlijst die in de algemene intake vragenlijst verwerkt zit. Bij positief antwoord op de vraag over angst voor de bevalling in de psychosociale vragenlijst en/of een voorgeschiedenis met depressie of angststoornis, wordt automatisch de Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ) versie A afgenomen. Indien er niet gewerkt wordt met psychosociale vragenlijst, is het van groot belang dat er een vraag gesteld wordt over hoe de cliënt tegen de bevalling aankijkt, en het onderwerp angst voor de bevalling vroeg in de zwangerschap ter sprake te brengen. Belangrijk is te weten hoe de patiënt tegen de zwangerschap en bevalling aankijkt en wat ze denkt dat er gaat gebeuren (pijn, gezondheid kind of moeder).

Uitvragen achtergrond:

- a. Eigen ervaring eerdere partus, wat zijn de grootste problemen geweest, bespreek hoe de patiënt tegen de zwangerschap en bevalling aankijkt en wat denkt ze dat er gaat gebeuren (medisch, communicatie).
- b. Ervaringen vrienden/familie, verhalen media.
- c. Psychische voorgeschiedenis (bekend met angststoornis/depressie).
- d. Confrontatie met lichamelijke problematiek, is er sprake van seksueel misbruik, geweld nu of in het verleden, vaginisme, handicaps.

Begeleiding en behandeling:

1. Cliënt motiveren voor behandeling:

- a. Indien er bij een W-DEQ score ≥ 85 en de daarop volgende vragen een sterk vermoeden van angst voor de bevalling is, uitleggen aan de patiënt en met toestemming van cliënt doorverwijzen naar een psycholoog (zeker bij ernstige angst, W-DEQ ≥ 100) voor bijv. cognitieve gedragstherapie, ontspanningsoefeningen en evt. verwerking vorige partus, EMDR, zo mogelijk voor 20 wk beginnen.
- b. Indien naast angst voor de bevalling ook sprake is van andere psychiatrische problematiek altijd (na toestemming van cliënt) overleg met psychiater of psycholoog of huisarts bij wie patiënte bekend is, zie verder [zorgpad psychiatrie en zwangerschap](#).
- c. Het PST (Alrijne ziekenhuis) kan ingeschakeld worden door de eerste lijn op consultatieve basis. In de tweede lijn voor begeleiding en coaching gedurende de zwangerschap en de periode postpartum. (Zie werkwijze PST)
- d. In het LUMC kan er een consult of doorverwijzing naar de poli psychiatrie en zwangerschap gedaan worden, bij voorkeur bij Anne-Marie Sluijs (klinisch verloskundige met veel expertise op gebied van ernstige angst voor de bevalling). Er zal in nauw overleg met de eerstelijns een advies over begeleiding gegeven worden. Verwijzing naar een psycholoog kan ook binnen het LUMC snel geregeld worden.
- e. Advies om haptonomische zwangerschapsbegeleiding te volgen, of een andere cursus waarbij de nadruk op ontspanning ligt, zoals mindfulness, hypnobirthing of yoga.

2. Met cliënt afspraken maken over begeleiding tijdens de zwangerschap en de bevalling.
 - a. Zoveel mogelijk continue begeleiding (controles door max. 2 personen) tijdens de zwangerschap, mogelijkheid van bezoek aan verloskamer bespreken
 - b. Geboorteplan maken, bespreken en bijstellen. Hierin worden specifieke wensen t.a.v. de partus genoemd, denk aan begeleiding, houding, mogelijkheden van pijnbestrijding, vroegtijdig inschakelen van partus assistentie door kraamzorg of doula. Het is een manier om eigen angstgevoelens onder woorden te brengen, het gevoel van controle te vergroten, en voor de zorgverlener om irreële ideeën of wensen te bespreken en duidelijke afspraken te maken.
 - c. Zo nodig inschakelen andere hulpverleners zoals wijkteam, kraamzorg, stevig ouderschap en een MDO regelen. Post partum een goede (mondelijke) overdracht verzorgen aan zowel kraamzorg als verloskundige (indien onder zorg van 2^e/3^e lijn) en huisarts.

Nazorg:

- a. Evaluatie direct post partum, bij voorkeur binnen 2 dagen, door eigen verloskundige zorgverlener. Partner erbij betrekken. Zo nodig herhalen in de loop van de kraamweek.
- b. Evaluatie 4-6 weken post partum, weer door eigen zorgverlener. Aanwezigheid van partner is gewenst en bespreken mogelijkheden voor de toekomst. Let op tekenen van depressie of Post Traumatische Stress Stoornis: herbelevingen en dromen, vermijding van gevoelens/mensen die met partus te maken hebben, depressieve gevoelens/vervreemding, verhoogde arousal (geprikkeldheid). Bij verdenking psychische problemen, stel de huisarts op de hoogte en laat verwijzen naar een psycholoog en/of psychiater (in overleg met cliënt).
Zie de richtlijn: **Bevallingsgerelateerde PTSS** (Deze richtlijn in ontwikkeling, is een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen)

Bronnen

1. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 2001; 30(2):75-84.
2. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009; 116(5):672-680.
3. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research* 1984; 28(3):213-220.
4. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *Bjog-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011; 118(9):1104-1111.
5. Lukasse M, Vangen S, +ÿian P+, Kumle M, Ryding EL, Schei B. Childhood abuse and fear of childbirthGÇöA population-based study. *Birth: Issues in Perinatal Care* 2010; 37(4):267-274.
6. Schroll AM, Tabor A, Kjaergaard H. Physical and sexual lifetime violence: Prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2011; 32(1):19-26.
7. Sluijs A., Cleiren M.P.H.D, Scherjon S.A., Wijma K., Do fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery* 31(2015)1143–1148.

Bijlage 1: Achtergrondinformatie

Vrouwen met veel angst tijdens de zwangerschap interpreteren en ervaren hun bevalling vaak negatiever¹ en hebben postpartum een hoger risico op psychiatrische stoornissen zoals postpartum depressie of PTSS². Tevens zijn er aanwijzingen dat de binding en hechting met het pasgeboren kind negatief beïnvloed kan worden³.

Vrouwen met een angststoornis en/of depressie hebben een grotere kans om angst voor de bevalling te ontwikkelen⁴, dat geldt ook voor vrouwen met seksueel misbruik of geweld in de voorgeschiedenis^{5:6}.

Bij alle genoemde punten in het zorgpad is het betrekken van de partner van belang. Veel van de angst heeft te maken met communicatie. Daarom is het belangrijk dat de zorg zoveel mogelijk door dezelfde hulpverlener geboden wordt. Vrouwen hebben vaak angst om niet gehoord of niet serieus genomen te worden. Zowel vrouwen met als zonder medische indicatie voor hun zwangerschap/bevalling kunnen angst voor de bevalling hebben. Angst voor de bevalling is op zich geen reden voor verwijzing naar een 2^e lijns centrum. Wel kan het nodig zijn om interdisciplinair te overleggen. Vrouwen die bevallen op de door henzelf meest gewenste plek hebben over het algemeen de minste angst postpartum⁷.

Voor verdere informatie zie:

Sluijs AM. *Tocofobie*. In: Lambregtse-van den Berg M, Kamp Iv, Wennink H, editors. Handboek psychiatrie en zwangerschap, 105-111. de Tijdstroom, 2015.

Wijma K, Wijma B. *A woman afraid to deliver: how to manage childbirth anxiety*. In: Paarlberg KM, van de Wiel HBM, editors. Bio-psycho-social Obstetrics and Gynecology. Switzerland: Springer international publishing; 2017.

Bijlage 2: Werkwijze PST

Samenstelling

Het PsychoSociaal Team Verloskunde (PST) Alrijne bestaat uit maatschappelijk werker en verpleegkundige O&G met differentiatie psychosociale hulpverlener

Doelgroep

Kwetsbare zwangere patiënt en het gezin.

Bereikbaarheid

pst@alrijne.nl

Annelies Noort (maatschappelijk werker): bereikbaar (ma) di/do Tel: 071 58 28 332

Marian Veurink (O&G verpleegkundige/ psychosociaal hulpverlener via B4) (verloskunde).

Bereikbaarheid Aanwezigheid wisselende dagen.

Tel: 071 58 28 757 (afd. B4) of 071 5828048 (poli verloskunde).

Verwijzers

Eerste lijn: verloskundigen vanuit praktijken binnen verloskundig samenwerkingsverband Alrijne Leiderdorp. Ook verloskundigen buiten dit samenwerkingsverband kunnen hiervan gebruik maken, wanneer zij een verwijzing doen naar Alrijne Ziekenhuis.

Deze voorwaarden zijn ook van toepassing voor huisartsen en medewerkers in de kraamzorg.

Tweede lijn: medewerkers Alrijne ziekenhuis Leiderdorp die betrokken zijn bij de zorg rond zwangeren.

Aanbod

- Uitgebreide psychosociale anamnese met uitzetten van zorgpaden
- Begeleidende gesprekken aan de angstige zwangere, getraumatiseerde partus in anamnese etc.
- Borging van Ketenzorg (contact met externe hulpverleners)

Doel

Vanuit de Eerste lijn: Consultatieve bereikbaarheid voor casuïstiek overleg. Medewerker PST kan met kennis van de sociale kaart aangeven waarnaar verwezen kan worden. Indien nodig kan geadviseerd worden tot verwijzing tweede lijn voor uitgebreide psychosociale anamnese als begeleiding wenselijk is (via verwijzing gynaecoloog).

Vanuit de Tweede lijn: Bereikbaarheid voor casuïstiekoverleg. Daarnaast wordt het emailadres gebruikt voor aanmelding van een nieuwe patiënt.

Dit alles met als doel dat de zwangere gedurende de zwangerschap als ook daarna, de juiste zorg krijgt aansluitend op de behoefte van zowel moeder als het (ongeboren)kind.

Werkwijze

Het PST is per mail bereikbaar waarbij een van de medewerkers als contactpersoon voor de casus fungeert. Zij onderhoudt het contact met de inbrenger.

Indien nodig kan de casus in een (intern) multidisciplinair overleg besproken worden.

Binnen dit contact is het geven van raad, advies en verwijzing naar andere instanties mogelijk. Daarnaast kan het PST ook opmaat begeleiding en coaching bieden.

Begeleiding van PST is mogelijk via verwijzing van de gynaecoloog (verwijzing naar tweede lijn is noodzakelijk voor begeleiding PST).

Afhankelijk van de problematiek van de patiënt zal opmaat begeleiding aangeboden worden waarbij de PST medewerker zorg draagt voor eigen caseload. Hier zijn afspraken mogelijk van ongeveer een uur.

Voorwaarden

In het kader van privacy zal er in het contact vanuit de eerste lijn waarbij geen verwijzing noodzakelijk is, gebruik worden gemaakt van anonieme casuïstiek.

Het PST hanteert de richtlijnen beschreven in Protocol Privacyreglement Alrijne Zorggroep. Indien verwijzing naar het PST wenselijk is, dient de patiënt op de hoogte te worden gebracht van de reden van verwijzing. Om een cliënt te mogen bespreken met het PST, dient vooraf toestemming gevraagd te worden aan de cliënt. Alleen collega's die rechtstreeks bij dezelfde medische behandelingsovereenkomst zijn betrokken (bv. Verloskundigen in dezelfde praktijk) delen in het beroepsgeheim. Dit betekent dat er alleen met andere zorgverleners overlegd kan worden over de cliënt zonder haar naam en andere persoonsgegevens te noemen. In de praktijk betekent dit dat, wanneer de cliënt persisteert in de wens om geen toestemming te geven, de cliënt enkel anoniem besproken mag worden met het PST.