

Psykisk sjukdom och ohälsa under graviditet och spädbarnstid, Region Gävleborg

Innehåll

1. Syfte och omfattning	1
2. Allmänt	1
3. Ansvar och roller	1
4. Beskrivning	2
4.1 Barnmorskemottagning - barnmorska	2
4.2 Hälsocentral (HC) läkare	3
4.3 Barn och familjehälsa psykosocialpersonal	3
4.4 Vuxenpsykiatri (och Barnpsykiatri)	4
4.5 Kvinnokliniken specialist mödravården (specialist-MVC)	4
4.6 Kvinnokliniken BB	5
4.7 Barnkliniken Barnläkare	5
4.8 Barnhälsovården	5
5. Plan för kommunikation och implementering	6
6. Dokumentinformation	6
7. Referenser	6
Bilaga1. Beskrivning av sjukdomar	7

1. Syfte och omfattning

Att beskriva sammanhållen vård och omhändertagande av kvinnor med psykisk sjukdom under graviditet och spädbarnstid inom både primärvård och specialistvård. Rutinen gäller Mödrahälsovård, Barnhälsovård, Barn- och familjehälsa, Hälsocentral, Barnpsykiatri, Kvinnosjukvård, Barn- och Ungdomssjukvård samt Vuxenpsykiatri.

2. Allmänt

Förekomst av psykisk sjukdom under graviditet och spädbarnsår skiljer sig inte mycket från förekomsten av psykisk sjukdom hos icke-gravida. 5 av 100 kvinnor insjuknar i behandlingskrävande depression efter förlossning och avsevärt fler i depressionssymtom av mildare grad. Kvinnor med psykisk sjukdom i anamnesen bör alltid betraktas som riskpatienter.

Suicidrisk ska alltid beaktas. Vid psykiska sjukdomstillstånd finns alltid en ökad suicidrisk. Den enskilt vanligaste riskfaktorn är tidigare suicidförsök. Risken är störst 3 månader efter förlossning.

3. Ansvar och roller

Varje verksamhet som berörs av denna rutin ansvarar för sin del i rutinen. Det ligger i allas ansvar att beakta följande:

- Samverka och samordna insatser med andra vårdgivare för en sömlös vård.
- Ta del av andra enheters journaldokumentation (samtycke).
- Se till barnets behov/barnets bästa. Orosanmälan ska alltid göras då oro för barnets välbefinnande uppstår.
- Upprätta gemensam vårdplanering för sömlös vård.
- Möjliggöra för anhörigas delaktighet.
- Beakta orsaker till av/ombokade tider till besök/behandling och följ upp via telefon/videosamtalskontakt. Dokumentera i journal och remissvar till ev. remittent.

4. Beskrivning

- Beskrivning av sjukdomar och medicinering se bilaga 1.

4.1 Barnmorskemottagning - barnmorska

- Identifiera kvinnor med nydebuterad psykisk sjukdom under graviditet. Vid osäkerhet om psykisk sjukdom kan psykosocial personal inom Familjehälsa göra en bedömning.
- Vid lindriga-måttliga symtom skickas remiss till allmän läkare på HC samt Barn- och familjehälsa. Vid måttliga-svåra symtom skickas remiss till Vuxenpsykiatri.
- Använd konsultationsremissen i Obstetrix. Remissen ska innehålla:
 - Aktuell graviditetsvecka och beräknad partus
 - Relevant anamnes
 - Aktuella sjukdomar och medicinering
 - [EPDS poäng](#) (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Symtom bild anges.
 - Tolkebehov
- Aktualisera patienten i konsultationsboken i Obstetrix vid frågor kring medicinering, obstetriska kontroller, förlossnings- och amningsplanering.
- Remiss för utvidgat ultraljud i stället för RUL för patienter som behandlas med Litium, Klomipramin, Paroxetin eller antiepileptiska mediciner som stämningsstabiliserande, t.ex. Lamotrigin.
- Erbjud extra besök hos barnmorska för stöd. Var uppmärksam på anknytningsprocessen.
- Sammankalla till team möten (SIP) vid behov.
- Upprätta en vårdplan i Obstetrix under sökordet ”familjelänken” som ska uppdateras fortlöpande. Vårdplanen ska innehålla:
 - Kort beskrivning av sjukhistoria och diagnos
 - Aktuella behandlare
 - Aktuell medicinering
 - Läkemedelsplanering under förlossning och amning
 - Förlossningsplanering
 - Planering BB tiden

- Uppföljning postpartum

- Vid behov skriva remiss till BB för visning och samtal.
- Överrapportera till BVC
- Vid behov erbjuda extra efterkontroll 2-4 v postpartum.
- Efterkontroll 8-12 v postpartum. Avstämning angående planerade återbesök till HC/psykiatrin.
- Gör [orosanmälan](#) vid oro för barnets välbefinnande. Kan även göras innan partus. Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjord.

4.2 Hälsocentral (HC) läkare

- Att ta ställning till pågående läkemedelsbehandling.
- Ta ställning till behandling vid nydebuterad psykisk sjukdom under graviditet och spädbarnstid alternativt remittera till psykiatrin om allvarlighetsgraden anses vara svår.
- Vid lindriga-måttliga symtom överväga remiss till Barn- och familjehälsa alternativt psykosociala teamet på HC.
- Som behandlande läkare dokumentera i vårdplan.
- Erbjud kvinnan som behandlats under graviditeten uppföljning lämpligen 2-3 månader postpartum
- Gör en orosanmälan om det finns oro för barnets välbefinnande Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjord.
- Gör närstående delaktiga speciellt vid medel/svår depression
- Suicidbedömning sker vid varje kontakt

4.3 Barn och familjehälsa psykosocialpersonal

Verksamheten är en första instans för blivande föräldrar, barn 0-12 år och deras familjer där sök orsaken är relaterad till barnets psykiska ohälsa, föräldrablivande eller behov av föräldrastödjande insatser.

- Ge stöd och behandling vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa utifrån gällande riktlinjer depression och ångest.
- Remiss till läkare på hälsocentral för somatisk bedömning om ej sådan redan utförd.
- Ta ställning till behandling vid nydebuterad psykisk sjukdom under graviditet och spädbarnstid alternativt remittera till psykiatrin om allvarlighetsgraden anses vara svår.
- Identifiera pågående vårdkontakter och var delaktig i den övergripande vårdplanen för att säkerställa sömlös vård.
- Överväg om en sammanhållen individuell vårdplan SIP ska initieras om behov av stöd från socialtjänsten.
- Följa upp och bedöm mående och fortlöpande göra suicidriskbedömningar och överväga remittering till Vuxenpsykiatri.
- Sträva efter delaktighet av närstående.
- Vid oro över barnets välbefinnande göra [orosanmälan](#) till Socialtjänst. Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjord.

- Erbjud tidigt stöd i anknytning/föräldraskapet för riskpatienter.

4.4 Vuxenpsykiatri (och Barnpsykiatri)

- Som behandlande läkare ta ställning till pågående läkemedelsbehandling.
- Utredda och behandla nydebuterad svår psykisk sjukdom under graviditet och nyföddhetsperioden.
- Identifiera pågående vårdkontakter och var delaktig i den övergripande vårdplanen för att säkerställa sömlös vård.
- Som behandlande läkare/psykolog/psykiatrisjuksköterska dokumentera i en vårdplan.
- Som behandlande psykiatrisjuksköterska följa upp och stötta patienten med besök och samtal under graviditeten och 3 månader postpartum.
- Erbjud inläggning på psykiatrisk klinik på samma indikationer som icke gravid.
- Bedöma behovet av förlängd vårdtid på BB och dokumentera detta i en remiss till BB.
- Vid behov göra bedömningar på BB.
- Erbjud den gravida som behandlats inom psykiatrin återbesök under spädbarnstid.
- Gör en orosanmälan om det finns oro för barnets välbefinnande. Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjord. Blivande/nyblivna föräldrar under 18 år handläggs av barnpsykiatrin enligt rutin för åldersgräns. Insatserna motsvara vuxenpsykiatrin.

4.5 Kvinnokliniken specialist mödravården (specialist-MVC)

- Spec-MVC är remissinstans för frågor kring medicinering, obstetriska kontroller, förlossnings- och amningsplanering.
- Gravida med tidigare eller pågående måttlig/svår psykisk sjukdom erbjuds besök på Spec-MVC efter eller i samband med RUL för genomgång och planering.
- Informera patienten om hur medicinering av obehandlad sjukdom kan påverka barnet.
- Dokumentera om medicinering ska fortgå under amningsperioden.
- Tillväxtkontroller görs på samma indikationer som hos övriga gravida fränsett vid svår psykisk sjukdom under graviditet samt ätstörning då tillväxtkontroll är indicerad, se nedan.
- Ta ställning till om förlängd vårdtid på BB är indicerad och om någon tillfällig medicinering kan vara aktuell på BB, t.ex. sömnmedicin, ångstdämpning v.b.
- Besvara eventuella frågor i vårdplanen.
- Gör en orosanmälan om det finns oro för barnets välbefinnande. Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjord.

4.6 Kvinnokliniken BB

- Kalla patienter som remitterats till BB för samtal och visning och upprätta en omvårdnadsplan inför BB-tiden.
- Ta del av och följa vårdplanen från MVC.
- Vid behov hjälpa patienten att boka en tid för uppföljning hos psykolog/kurator/läkare innan hemgång från BB om detta inte redan är gjort.
- Underrätta MHV och BVC vid hemgång.
- Gör en orosanmälan om det finns oro för barnets välbefinnande
Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjort.

4.7 Barnkliniken Barnläkare

- Undersöka barnet på BB med speciell hänsyn till vilka läkemedel modern tar, ev. extra kontroller.
- Planera för uppföljning av barnet i de fall detta är indicerat (tex litium- eller lamotriginbehandlade kvinnor som vill amma).
- Gör en orosanmälan om det finns oro för barnets välbefinnande
Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjort.

4.8 Barnhälsovården

- Barnhälsovården erbjuder föräldrastöd och hälsoövervakning enl. barnhälsovårds nationella program så som det beskrivs i Rikshandboken för barnhälsovård.
- Insatserna är generella, för alla
- samt riktade, för alla vid behov
- ytterligare insatser sker genom remiss och/eller samverkan med andra vårdgivare

Exempel på insatser kopplade till psykiskohälsa:

- Identifierar skydds- och riskfaktorer
- Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa
- Tidigt hembesök vid behov
- EPDS erbjuds den vårdnadshavare som fött barnet när barnet är 6-8 veckor. Stödsamtal erbjuds till alla vid behov, dokumentation sker enl. rutin i vårdnadshavarens journal
- Den som inte fött barnet erbjuds ett enskilt samtal när barnet är mellan 3-5 månader Stödsamtal erbjuds till alla vid behov, dokumentation sker enl. rutin i vårdnadshavarens journal
- BHV-sjuksköterska medverkar vid behov på vårdplaneringsmöte under graviditeten och spädbarnstid
- Identifiera pågående vårdkontakter och var delaktig i den övergripande vårdplanen för att säkerställa sömlös vård.
- Remiss till BFH och familjeläkare vid misstänkt psykisk ohälsa

- Gör en orosanmälan om det finns oro för barnets välbefinnande
Dokumentera i journal att ställningstagande till orosanmälan är gjord.
- Erbjuder stöd i föräldraskapet individuellt eller i grupp

5. Plan för kommunikation och implementering

Rutinen ska göras känd via kommunikation i ledningsgrupper.

Läggas ut på samverkanswebben och skickas ut av Hälsoval till hälsocentraler.

Vårdenhetschef (VEC) informerar vid APT och ansvarar för att rutinen tillämpas lokalt.

6. Dokumentinformation

Kristina Lingman, Verksamhetschef Familjehälsa, HABBUP *fastställare*

Johanna Belachew, Verksamhetschef Kvinnosjukvård

Karin Azimi, Specialistläkare Kvinnosjukvård

Karin Huisman, Mödrahälsovårdöverläkare Familjehälsa

Annica Olofsson Axner, Samordningsbarnmorska Familjehälsa

Pär Lindström, Barnhälsovårdsöverläkare Familjehälsa

Anna Söderlund, Barnhälsovårdssamordnare, Familjehälsa

Jennifer Wellin, Vårdutvecklare Leg psykolog, Familjehälsa

Per Melander, Medicinsk rådgivare Hälsovalskontoret, Chefläkare *granskare*

Alf Kågström, Verksamhetschef Barnsjukvård

Uwe Ewald, Överläkare Barnsjukvård

Anna Sundqvist, Verksamhetschef Vuxenpsykiatri

Simona Iarca, Överläkare Vuxenpsykiatri

Jörgen Tranevik, Verksamhetschef Västra Gästrikland

Ann Frånberg, Medicinskt ledningsansvar Familjehälsa HABBUP

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Regionalt vårdprogram Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod – version 141205. Ulla Björklund m.fl. Södersjukhuset, Stockholm	
Barnafödande och psykisk sjukdom ARG-rapport nr 62 2009	
Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod Suicidalitet	
Psykisk ohälsa under graviditet - VO Familjehälsa	ID 09-226690
Vårdprogram Psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande	
Somatisk undersökning vid utredning om misstanke om depression och ångestsyndrom	
Orosanmälan till socialtjänst vid misstanke om att barn far illa. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg	ID 09-36000

Bilaga1. Beskrivning av sjukdomar

Behandling av olika sjukdomstillstånd beskrivs kortfattat, för mer fördjupad läsning om de olika tillstånden, symptom, klassificering etc. hänvisas till det bifogade dokumentet ”Regionalt vårdprogram Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperioden sidan 80-97”

Fostret/barnet påverkas av psykofarmaka, men även av en obehandlad psykisk sjukdom. Barnets välbefinnande måste alltid beaktas, på kort och lång sikt. Målsättningen med läkemedelsbehandling bör vara att uppnå så god symtomkontroll som möjligt. Om dosen är för låg så att effekten begränsas utsätter man barnet för både läkemedel och bristfälligt behandlad sjukdom.

Depression

Om kvinnan tidigare haft lätt depression och nu mår bra men medicinerar med SSRI kan man överväga utsättning i samråd med kvinnan och följa henne kliniskt för att fånga upp eventuella tecken på recidiv.

Om kvinnan har eller tidigare haft en måttlig/allvarlig depression och medicinerar med SSRI bör behandling fortgå pga. hög risk för återinsjuknande.

Vid nydebuterad lätt depression under graviditet är KBT (kognitiv beteendeterapi) eller IPT (interpersonell psykoterapi) förstahandsval.

Vid nydebuterad måttlig till svår depression behövs ibland en kombination av psykologisk behandling och medicinering. Observans på suicidrisk!

SSRI är förstahandsval men vid terapivikt kan venlafaxin, mirtazapin eller tricykliska antidepressiva vara ett alternativ. Vid nyinsättning av SSRI rekommenderas sertralin i första hand som sedan vid amning passerar över i mycket låg grad. ECT (elektrokonvulsiv terapi) kan användas under graviditet. Generellt gäller att läkemedelsbehandling vid depression bör skötas som hon icke-gravid (adekvata doser, vid behov ångstdämpande läkemedel och sömnmedel). Sänk inte dosen före förlossning, snarare kan ibland en ökning av dosen vara nödvändig p.g.a. ökad läkemedelsmetabolism och ökad plasmavolym. Efter förlossningen bör man återgå till pregravid dos.

Ångestsyndrom

KBT är förstahandsval för alla ångestsjukdomar.

Vid läkemedelsbehandling är SSRI förstahandsval och då gäller samma aspekter och avväganden som vid depression. Vid tillfällig kraftig ångest är antihistamin ett förstahandsval (Tavegyl, Atarax, Lergigan) men benzodiazepiner kan ibland vara nödvändigt och kan då användas både under graviditet och amning men man ska eftersträva korta behandlingsperioder och så låg dos som är möjlig men ändå effektiv. Rekommenderade benzodiazepiner under graviditet och amning är oxazepam och lorazepam eftersom de har de kortaste elimineringsstiderna.

Bipolär sjukdom

Gravida kvinnor med aktiv bipolär sjukdom ska handläggas inom psykiatrin. Täta kontroller rekommenderas då risken är hög att återinsjukna i ett skov under graviditet eller framför allt postpartum. Observans på suicidrisk! Litium och eventuellt även olanzapin skyddar till viss del mot återinsjuknanden under graviditet och postpartum. Andra läkemedel som används för bipolär sjukdom är vissa antiepileptiska mediciner samt lamotrigin.

Om kvinnan är stabil i sin sjukdom och endast har haft mildare sjukdomsskov kan man överväga att sätta in Litium under andra trimestern eller postpartum (då helst inom 12 timmar men senast inom 24 timmar) som profylaktisk behandling mot postpartumpsykos.

Om kvinnan har en instabil sjukdom och svåra skov bör hon stå kvar på behandling hela graviditeten och därefter. Psykologiskt stöd och rådgivning avseende sömn och stressreducering är viktig.

Litiumbehandling samt behandling med lamotrigin, valproat eller karbamazepin under första trimestern innebär en ökad risk för fostermissbildning och dessa patienter ska erbjudas utvidgat ultraljud istället för RUL.

Litiumbehandling under förlossningen kan medföra risk för läkemedelsintoxikation (p.g.a. dehydrering). Det vanligaste är att Litium sätts ut under förlossningsdygnet (på ordination av psykiater). Vid inkomst till förlossningen rekommenderas provtagning av S-Litium samt hydrering vid behov. Litium återinsätts så snart som möjligt efter förlossningen. Under BB-tiden undviks NSAID som smärtlindring p.g.a. risk för litiumintoxikation.

Förlösta kvinnor med svår bipolär sjukdom rekommenderas en eftervårdstid på BB på 5 dygn pga. den höga risken för postpartum psykos som oftast debuterar inom de första 2-5 dygnen. Det är mycket viktigt med samarbetet mellan BVC, MVC och psykiatrin efter förlossningen för att i tid upptäcka en eventuell uppseglande postpartumpsykos.

Om amningsnedläggning är aktuell ska detta inte ske med bromokriptin eftersom det ökar risken för psykos, här rekommenderas istället fysiologiska metoder.

Litiumbehandling under amning har länge setts som kontraindicerat. **Generellt avråds även idag från amning.** Senare studier har visat att övergången till bröstmjölk kan ligga inom rekommenderade gränser för vad som kan anses vara acceptabel relativ barndos. Komplikationer hos barnet har främst setts vid litiumöverdosering av modern eller vid intorkning av det ammade barnet. I vissa fall där kvinnan har en stark önskan om att amma kan man således tillmötesgå detta, gärna då delamning (för förbättrad sömn hos kvinnan samt lägre koncentrationer till barnet) och med planerad uppföljning av barnet postpartum (se bifogat vårdprogram, sid 63).

Psykossjukdom

Gravida kvinnor med psykossjukdom ska handläggas inom psykiatri.

Indikationen för läkemedelsbehandling under graviditet är hög eftersom det är en stor risk för återfall i allvarliga sjukdomsskov vid utsättning av neuroleptika.

I första hand bör man välja läkemedel med störst dokumentation, t.ex.

haloperidol, olanzapin eller risperidon men om patienten står på en annan

fungerande behandling kan man välja att ha kvar denna då risk finns för

försämring i samband med preparatbyte. I dessa fall bör lägsta effektiva dos

eftersträvas och ställning ska tas under graviditeten om amning är aktuell eller inte.

Kvinnor som vårdats ineliggande för psykos under graviditet bör övervakas obstetriskt med tillväxtkontroll v 32 (eller någon vecka efter utskrivning om senare i graviditeten).

Förlösta kvinnor med kronisk psykossjukdom rekommenderas en

eftervårdstid på BB på 5 dygn pga. den höga risken för postpartum psykos som oftast debuterar inom de första 2-5 dyggen. Det är mycket viktigt med samarbetet mellan BVC, MVC och psykiatri efter förlossningen för att i tid upptäcka en eventuell uppseglande postpartumpsykos.

Om amningsnedläggning är aktuell ska detta inte ske med bromokriptin eftersom det ökar risken för psykos, här rekommenderas istället fysiologiska metoder.

Ätstörningar

Kvinnor med tidigare eller pågående ätstörning har extra behov av information

om normal viktuppgång, förändrad kroppsform, uterustillväxt och

nutritionsbehov. Vid svår ätstörning rekommenderas behandling inom psykiatri (ev. ätstörningsenhet i Gävle) samt samarbete med dietist.

Tillväxtkontroll i graviditetsvecka 32 rekommenderas för gravida med pågående ätstörning.

Neuropsykiatriska tillstånd

Gravida kvinnor med behandlingskrävande ADHD eller autism bör

behandlas inom psykiatri. Samsjuklighet med depression/ångest och missbruk är vanligt och detta behandlas enligt rekommendation.

Läkemedelsbehandling med centralstimulantia eller atomoxetin är vanligen inte

att rekommendera under graviditet eftersom kunskapsläget är ytterst bristfälligt.

Psykopedagogiska insatser och samverkan för social planering är av stor vikt.