

# Vårdprogram

## Psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande



Framtaget av utvecklingsgruppen för tvärprofessionella samverkansgrupper  
kring psykisk skörhet/sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap i  
Södra och Sydöstra Stockholm

Redaktör: Ulla Björklund, mödrahälsovårdsöverläkare  
Södersjukhuset, Stockholm  
Mars 2009

# Vårdprogram

## Psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande

Psykisk sjukdom är lika vanligt bland gravida kvinnor som bland icke-gravida. Psykisk sjukdom hos den gravida kvinnan kan medföra problem i anpassningen till graviditeten och föräldraskapet och vissa psykiska sjukdomstillstånd hos kvinnan antas direkt kunna påverka fostret under graviditeten. Behandlingen bör utformas för att ge bästa möjliga effekt för kvinnan med så liten negativ inverkan som möjligt på foster/barn.

Barn till psykiskt sjuka föräldrar har en ökad risk att fara illa på grund av den sjuka föräldrarnas svårigheter att tillgodose det lilla barnets grundläggande behov. Även om föräldern kan ge primär omsorg så kan det vara svårt att tolka barnets skrik och initiativ till kontakt. Psykiskt sjuka föräldrar kan också ha svårt att skapa en struktur och rytm i vardagen som blir hanterbar och begriplig för barnet. Barn till psykiskt sjuka föräldrar har därför en ökad risk att få en störd psykosocial utveckling och en egen psykopatologi. För att optimera omhändertagande och vård för dessa kvinnor och barn krävs samordning av vårdinsatserna. Det innebär att mödrahälsovård, förlossningsvård, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, barnhälsovård och socialtjänst måste samverka för att utforma stöd och vård på bästa sätt för kvinnan och familjen.

## Mödrahälsovård

Det är viktigt att upptäcka kvinnor med psykisk sjukdom eller hög risk för psykisk sjukdom genom att ta upp en noggrann anamnes inklusive frågor om hereditet och frågor om symptom på psykisk ohälsa och sjukdom. Vid osäkerhet kan barnmorskan ta upp patientärenden i konsultation med psykolog.

### Lämpliga frågor att ställa:

Alla kvinnor bör tillfrågas om de har eller har haft psykisk sjukdom, likaså bör man fråga efter hereditet för psykisk sjukdom. Det är särskilt viktigt att uppmärksamma hereditet för bipolär sjukdom. Frågorna bör utformas så att kvinnan känner sig trygg med att berätta och att vi inte skräms av kvinnans psykiska symptom. Lämpliga frågor att ställa är:

- Hur mår du nu i början av graviditeten?
- Händer det att du känner dig väldigt ledsen eller orolig?
- Har du psykiska besvär nu under graviditeten och i så fall har du någon behandling och vem ansvarar för din behandling?
- Har du någon samtalskontakt?
- Har du tidigare haft psykiska besvär och i så fall vilken behandling fick du?
- Är du orolig att besvären ska komma tillbaka?
- Har någon av dina föräldrar eller syskon psykisk sjukdom och i så fall vilken?

Vid osäkerhet om depressiva symptom kan de som har god kännedom om EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) använda det för att få en bättre uppfattning om eventuell depression.

### **Remittering/Hänvisning**

Kvinnor med behandlingskrävande psykisk sjukdom bör helst hänvisas till psykiater för bedömning och ställningstagande till behandling om de inte redan har psykiaterkontakt. Om psykiater inte finns att tillgå kan kvinnor med lätta depressions- och ångestsymptom hänvisas till allmänläkare och/eller psykolog, exempelvis BUP-psykolog.

### **Extra barnmorskekontroller/Stöd**

Under graviditeten kan den psykiskt sjuka kvinnan behöva extra besök hos barnmorskan för att få trygghet under graviditeten och i samband med besöken är det viktigt att man uppmärksammar anknytningsprocessen. Särskild förlossningsförberedelse bör erbjudas. Viktigt att barnmorskan har möjlighet till handledning och konsultation kring dessa patienter.

### **Tidigt läkarbesök**

Ska bokas för kvinnor med psykisk sjukdom. Läkaren kan fördjupa bedömningen och vid behov remittera till psykiatrin.

### **Läkemedel**

Avråd från snabb utsättning av läkemedelsbehandling i tidig graviditet. Uppmana kvinnan att tidigt i graviditeten **ta kontakt med sin behandlande läkare** eller remittera vid behov till läkare med kompetens att bedöma psykofarmakabehandling under graviditet.

*SSRI:* Ej ökad risk för missbildning, möjligen med undantag för Paroxetin där det finns viss misstanke om att det kan orsaka VSD: Ventrikel Septum Defekt. Mest använt och mest väldokumenterat i Sverige är Citalopram, Sertralin och Fluoxetin. Huvudregeln är att behandla med minsta effektiva dos.

*Tricykliska:* Ej ökad missbildningsfrekvens, men SSRI är att föredra under graviditet. En välinställd patient bör dock inte byta läkemedel under graviditeten.

*Sömnmedel:* Undvik benzodiazepiner, välj vid behov hellre Lergigan/Propavan. Vid amning rekommenderas i första hand Prometazin.

*Neuroleptika:* Troligen inte missbildningsframkallande men försiktighet bör iakttas. Kvalificerad individuell bedömning behövs.

*Litium:* Litiumbehandling under graviditet är möjlig i samråd med psykiater men övervakning av serumkoncentrationerna rekommenderas. Litium innebär en liten ökad risk för hjärtmissbildning. Särskild hjärtultraljudsundersökning kan erbjudas om mamman varit exponerad i tidig graviditet. Om mamman önskar amma och det bedöms möjligt utifrån hennes sjukdomsbild ska barnläkare konsulteras för uppföljning av barnets litiumkoncentrationer.

## Psykologerna inom Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP)

För extra stöd kan kvinnan hänvisas till BUP-psykologer som samarbetar med Mödrahälsovård och Barnhälsovård. BUP-psykologerna har särskild kompetens att bedöma och behandla anknytningsstörningar.

## Psykiatri

Psykiatriens roll är att diagnostisera och ansvara för behandlingen av den psykiska sjukdomen hos den gravida/nyförlösta kvinnan.

De psykiatriska tillstånd som skall uppmärksammas är depressions- och ångesttillstånd hos patienter som inte är välbehandlade eller välfungerande, bipolära sjukdomstillstånd, psykosjukdomar och svårare personlighetsstörning.

Grunden för all framgångsrik behandling är rätt diagnos. Vid bedömning och diagnostik är det viktigt att uppmärksamma eventuell samsjuklighet.

Behandlingen innefattar samtalsstöd där också partnern kan finnas med. Inte sällan sviktar också denne. Den farmakologiska behandlingen är av stor betydelse. Den naturliga oro som finns hos den gravida kvinnan kring medicinering behöver lyftas fram. I samtal med kvinnan är det viktigt att noggrant överväga lämplig farmakologisk behandling under graviditeten/amningen med tanke på de eventuella risker för barnet det kan innebära. Kvinnan och hennes partner behöver själva få vara med i beslutsprocessen kring medicineringen.

I de fall kvinnan vårdas inom psykiatriens heldygnsvård ska följande uppmärksammas:

- Vem tar hand om barnet?
- Amning
- Kontakt med socialtjänsten
- Kan vård i hemmet vara ett alternativ?

## Socialtjänsten

I många fall kan socialtjänsten erbjuda stöd till familjen. Socialtjänsten kan vara organiserad på olika sätt och kan utifrån organisationsmodell antingen erbjuda stöd direkt utan föregående utredning eller så krävs det en utredning av barnets och familjens behov av stöd/skydd innan ett stöd kan beviljas. Oavsett på vilket sätt som socialtjänsten får kännedom om familjen är det viktigt att komma ihåg att man som anställd har anmälningsskyldighet till socialtjänsten om man tror att ett barn behöver stöd eller skydd. Det är socialtjänstens uppdrag att avgöra om behovet finns och det är därför viktigt med en god samverkan där man kan uppnå ett gott ömsesidigt förtroende och kunskap om verksamheterna så att en anmälan kan ske på ett sätt som verkligen gagnar barnet. Socialtjänstens stöd kan vara ett komplement till det stöd som kan ges från landstingets verksamheter. I vissa fall krävs mer ingripande insatser från socialtjänsten där det kan vara fråga om att skilja ett barn från sin mamma. Dessa situationer väcker utan undantag svåra känslor hos alla inblandade och det är inte ovanligt att det uppstår konflikter mellan olika synsätt och verksamheter. En strukturerad, god och förtroendefull samverkan är avgörande för att de skilda synsätten och uppdragen inte ska drabba barnet och familjen.

## **Samverkan/Nätverk**

Efter bedömning inom mödrahälsovården bör planering helst göras i samverkan mellan mödrahälsovård, BUP-psykologer, psykiatri, förlossningsklinik, barnhälsovård och vid behov socialtjänst. Behov av samverkan finns då kvinnan har en behandlingskrävande psykisk sjukdom. Undantag kan vara enkla depressioner och ångesttillstånd där kvinnas livssituation är stabil. Initiativ till samverkan kan tas av den som först träffar den psykiskt sjuka gravida kvinnan. En bra modell för samverkan är regelbundet återkommande (samverkansmöten) för att skapa ett kontinuerligt gott samarbete mellan samverkanspartnerna mödrahälsovård, kvinnoklinik, psykiatri, BUP-psykologer, barnhälsovård och socialtjänst. Inom ramen för en etablerad samverkan kan de deltagande representanterna aktualisera patienter för eventuellt särskilt behov av samverkan. Kring enskilda patienter/familjer kan man då lättare få till stånd nätverksträffar/planeringsmöten. I den typen av möten kan kvinnan och hennes partner delta. Nätverksträffen syftar till att planera för vården under graviditet, förlossning, eftervård och spädbarnstid. Nätverksmöten kring patienten kan lämpligen läggas dels tidigt i graviditeten och dels vid cirka 36 veckor.

**Planeringen ska tydligt dokumenteras i mödravårdsjournal eller förlossningsjournal. Att det finns särskild vårdplanering kan anges i patientnoteringar.**

Viktiga delar i planeringen:

- Skapa en tydlig bild av kvinnans sjukdomstillstånd, familjesituation och sociala situation samt hennes och pappans möjligheter att ta hand om sitt barn.
- Vilken behandling pågår – kan den förbättras?
- Hur fördelas stödinsatserna/Vem gör vad?
- Finns anledning/behov av anmälan till socialtjänsten pga mammans bristande förmåga att ta hand om sitt barn?
- Behövs särskild förlossningsplanering?
- Behövs särskild planering för BB-vård, vårdtid, sömnbehov, medicinering postpartum, amning?
- Vilket stöd och vilken vård tar vid när familjen lämnar BB? Behövs exempelvis extra stöd från BVC och socialtjänst?

## Förlossnings- och BB-vård

Det är viktigt att i möjligaste mån följa eventuell särskild förlossningsplanering och planering för BB-vård.

Om kvinnan behandlas med psykofarmaka ska barnet undersökas av barnläkare inom 1 dygn. Barnläkare tar därefter ställning till vidare uppföljning.

Om den nyblivna mamman får svårt att sova, varvar upp och blir ångestfylld bör det särskilt uppmärksammas eftersom det kan vara tecken på begynnande post partum psykos. Det är ett ovanligt tillstånd (ca 0,1 %) men kan även drabba tidigare friska kvinnor. Tveka inte att anlita psykiaterkonsult för bedömning.

BB-personalen bör ha särskild uppmärksamhet på mammans psykiska tillstånd och anpassning till barnet. Mamman/familjen kan ha extra behov av trygghet och avskildhet. Föreslå en vårdtid på minst 3 dagar för att hinna uppfatta och bedöma mammans psykiska tillstånd och anpassning till barnet. Ge mamman /familjen extra stöd på BB och ge mamman möjlighet till tillräcklig nattsömn.

Oftast kan amning inledas trots mammans medicinering, men det bör särskilt värderas utifrån preparatval, doser och mammans önskan att amma. Hennes behov av sammanhängande nattvila bör också vägas in. Samråd med barnläkare och eventuellt farmakolog.

Om amningen ska läggas ned ska man <u>ej</u> använda Pravidel/Dostinex till kvinnor med anamnes på svår psykosjukdom. <b>Läkemedlen kan hos dessa kvinnor utlösa psykossymptom.</b>
---

Innan familjen åker hem bör man ha en planering för uppföljande stöd i hemmet. Viktiga stödfunktioner är behandlande psykiater/läkare, psykolog, BVC och eventuellt socialtjänst.

Det kan finnas behov av att båda föräldrarna är hemma en längre tid efter barnets födelse. Mamman kan då sjukskrivas för att ge möjlighet för pappan att ta ut föräldraledighet.

## Barnhälsovård

Föräldrars förmåga till samspel och omsorg har stor betydelse för barns hälsa och utveckling. Spädbarnet utvecklas i nära relation med sina föräldrar och anknytningsbeteendet kommer att formas av den känslomässiga relationen mellan barnet och den vuxne.

Att vara nybliven förälder och lida av psykisk ohälsa kan vara förenat med både skuld känslor, skam och sorgsenhet. Det är vanligt att föräldern försöker dölja sina svårigheter inför omgivningen och ägnar all kraft åt att ta hand om sitt lilla barn efter bästa förmåga. Det kan vara så ansträngande att föräldern får svårt att hantera sin egen vardag, som att hinna äta, sköta personlig hygien, passa tider etc. Om något oförutsett inträffar kan hela situationen bli övermäktig för föräldern.

Kvinnor som lider av psykisk sjukdom bör ha kontakt med sin BVC-sjuksköterska mot slutet av graviditeten så att en inledande relation har etablerats och den tidiga kontakten har planerats. När så inte har skett bör sjuksköterskan fråga föräldern om tillåtelse att kontakta ansvarig barnmorska.

När barnet är fött:

- BVC erbjuder ett tidigt hembesök så snart som möjligt efter hemkomst från BB. Tid bör bokas så att båda föräldrarna eller annan stödperson är hemma. Vid besöket läggs särskild tonvikt på familjens aktuella situation. För att kunna göra en adekvat bedömning är det viktigt att båda föräldrarna tillfrågas om de regelbundet äter några mediciner. Prioritera information om prevention av SIDS: Sudden Infant Death Syndrome och Shaken Baby Syndrom. Information om BVC:s verksamhet kan sparas till senare tillfällen.
- Vid besöket bör familjens planering för den närmaste framtiden diskuteras;
  - Hur fungerar amningen? Behövs särskilt stöd? Om modern vill amma helt, fundera ihop med föräldrarna hur hennes behov av en god nattsömn kan tillfredställas.
  - Undersök barnet på sedvanligt sätt, var extra uppmärksam och lyhörd för om barnet visar tecken på omsorgssvikt, trötthet, irritabilitet eller skrikighet.
  - Finns syskon? Är deras situation tillgodosedd?
  - Vilket personligt nätverk runt familjen finns? Är detta tillräckligt?
  - Kan modern vara själv hemma med barnet för kortare eller längre period under dagen? Är sjukskrivning av modern ett alternativ?
  - Vilka andra stöd- eller behandlingskontakter finns?
  - Äter modern sömnmedicin, vem har då ansvaret för barnet nattetid?
  - Hur upplevde föräldrarna, tillsammans och var och en för sig förlossningen? Finns behov av återkoppling till kvinnokliniken?
- BVC bör erbjuda en tid för ett nytt möte på BVC inom senast en vecka. Erbjud hela familjen en regelbunden kontakt med möjlighet till stöd och hjälp att förstå det lilla barnets behov och signaler.
- Utifrån tidigare vårdplanering och vid behov kontaktas, med förälderns medgivande, andra stödpersoner (kan vara en eller flera inom BUP, socialtjänsten eller psykiatri).
- Om familjen inte tidigare är känd inom samverkansgruppen och det finns behov av samordnade insatser bör sjuksköterskan, med förälderns medgivande, diskutera familjen i sin lokala samverkansgrupp.
- Boka tid vid 2 månaders ålder (eller tidigare vid behov) till barnläkare.
- När barnet är runt 8 veckor gammalt erbjuds modern att fylla i ett EPDS- formulär (Edinburgh postnatal depression scale). Vid poäng som kräver uppföljning hänvisas till behandlingsansvarig inom psykiatri eller till BUP.

- Om möjligt erbjud familjen att delta i reguljära föräldragrupper på BVC. Även om föräldern deltar i annan gruppverksamhet kan detta vara ett komplement om familjen orkar och vill.
- BVC-sjuksköterskan har ofta ett behov av eget stöd/ konsultation från psykologen på BUP.
- Familjen bör vara aktuell i samverkansgruppen tills familjens situation är stabil eller planerade stödinsatser är etablerade och fungerande.
- Vid misstanke om omsorgssvikt eller att barnet riskerar att fara illa är sjuksköterskan och läkaren skyldiga att anmäla detta i enlighet med socialtjänstlagen 14 kap 1§.
- Särskilda överväganden bör göras om vad som skall dokumenteras i barnhälsovårdsjournalen. Under rubriken "Förekomst i släkten" kan förälders sjukdom anges. I löpande text kan barnets situation beskrivas, men inte mammans psykiska sjukdom. Informera gärna föräldrarna om vad som dokumenteras i journalen.

**För frågor kontakta:**

Kerstin Petersson, Samordningsbarnmorska, Mödrahälsovårdsenheten, SÖS, 073 688 42 91

Ulla Björklund, Mödrahälsovårdsöverläkare, Kvinnokliniken, SÖS, 070 484 08 55

Anncharlotte Lindfors, Barnhälsovårdsenheten, SÖS, 070 484 27 21

Marie-Louise Söderberg, Psykiatri Södra Stockholm, 070 484 03 34

Ann Gardeström, Socialtjänsten, Stockholms stad, 076 122 54 11

30 mars 2009