

Psykisk ohälsa under graviditet och barnets första levnadsår

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Eva Sandén, barnmorska, kvinnokliniken

Eunice Langmo, läkare, kvinnokliniken

Helena Nyström, barnhälsovårdssamordnare, familjehälsan

Emma Bergström, barnhälsovårdspedagog, familjehälsan

Andrea Christoffersson, cheföverläkare, vuxenpsykiatri

Olof Cronberg, distriktsläkare

Filippa Hummer, chefläkare primärvården

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	Familjeperspektiv.....	3
1.2	Styrdokument.....	4
1.2.1	FN:s allmänna förklaringar av de mänskliga rättigheterna	4
1.2.2	FN:s konvention om barnets rättigheter	4
1.2.3	Hälso- och sjukvårdslagen	4
1.2.4	Offentlighet- och sekretesslagen ger stöd för samverkan.....	4
1.2.5	Socialtjänstlagen	4
2	Behandling.....	5
2.1	Farmakologisk.....	5
2.1.1	SSRI.....	5
2.1.2	Tricykliska	5
2.1.3	Sömnmedel.....	5
2.1.4	Neuroleptika	6
2.1.5	Litium.....	6
2.2	Vårdresurser	6
2.2.1	Mödrahälsovård.....	6

Giltig fr.o.m: 2013-01-01

Giltig t.o.m: 2016-09-30

Identifierare: 36917

Psykisk ohälsa under graviditet och barnets första levnadsår



2.2.2	BB/Förlossningsvård	7
2.2.3	Barnhälsovård	7
2.2.4	Mödra- och barnhälsovård psykologer	8
2.2.5	Neonatalvård.....	8
2.2.6	Småbarnsteamet, BUP 0-4 år	9
2.2.7	Primärvård- distriktsläkare i samråd med psykosocial resurs	9
2.2.8	Vuxenpsykiatri.....	10

1 Inledning

Graviditeten är en period då kvinnan och mannen/partnern förbereder sig på att bli förälder. Om trygga förutsättningar saknas kan psykisk ohälsa framträda och debutera eller förvärra pågående psykisk sjukdom. Att vara deprimerad eller psykisk sjuk under denna sårbara period innebär en allvarlig risk för störning i det tidiga samspelet. Omsorgsförmågan av barnet och barnets kognitiva/emotionella utveckling kan påverkas negativt. Därför är de stödåtgärder som görs under denna tid av största vikt för både barnet och föräldrarna.

10 % av alla kvinnor upplever en mental svacka under en kort period efter förlossningen. Efter förlossningen ökar risken för insjuknande eller försämring vid obehandlad sjukdom. Förekomsten av postpartumpsykos är ca 1-2/1000 förlossningar. Vid bipolär sjukdom finns en särskild risk att utveckla en postpartumpsykos.

1.1 Familjeperspektiv

Ett familjeperspektiv på psykisk ohälsa bör utgå från begreppet motståndskraft (engelskans resilience). Det är väl belagt i forskning att ungefär samma typ av påfrestning eller motgång kan ge varierande utfall för olika individer och familjer. Påfrestningen kan leda till allt från stärkt familjesammanhållning och bättre funktionsnivå, till kraftigt och långsiktigt försämrade familjefunktion för familjemedlemmarna. Avgörande för vilket det blir är i vilken grad den psykiska ohälsan hos föräldern aktiverar skyddande och stärkande mekanismer i och omkring familjen. Vårdpersonalen kan och bör i detta sammanhang – utöver att ge evidensbaserad behandling för det aktuella problemet - hjälpa familjen att fokusera på hoppfullhet, andliga värden, att prioritera tid tillsammans, att uppmuntra ett flexibelt förhållningssätt i svåra situationer, hjälpa familjemedlemmar att kommunicera bättre med varandra, att hitta tillbaka till viktiga familjerutiner och familjeaktiviteter, hjälpa till att reda ut ekonomiska frågor, och ge socialt stöd. När en förälder mår dåligt har vårdpersonal därmed en viktig möjlighet att bidra till stärkt motståndskraft mot psykisk ohälsa i (minst) två generationer samtidigt. Omedvetenhet om familjeperspektivet innebär en risk att bidra till att problem i stället överförs mellan generationer. Psykisk ohälsa i ett resilience-perspektiv ses som en stressor som både kan ha effekten att stärka familjen och att försvaga den. Hur motståndskraftig en individ och en familj är bestäms av en blandning av "yttre" (t ex tillgång till stöd och professionell vård) och "inre" effekter (till exempel genetik och tidigare erfarenheter i livet). Ett bra sätt att tänka kring motståndskraft är att vårdpersonalen ska vara en yttre, eller miljöfaktor, som bidrar på bästa sätt till att aktivera den enskilda familjens egna positiva, "inre", styrkor."

1.2 Styrdokument

1.2.1 FN:s allmänna förklaringar av de mänskliga rättigheterna

Mödrar och barn är berättigade särskild omvårdnad och hjälp
Artikel 25

1.2.2 FN:s konvention om barnets rättigheter

Alla barn är lika värda och ska bemötas på ett jämlikt och icke-diskriminerande sätt. Barnets bästa ska alltid komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet.

Alla barn har rätt till utveckling och en så god hälsa som möjligt, samt skydd mot alla former av övergrepp.

Artiklarna 2, 3, 6, 19, 24 och 39

1.2.3 Hälso- och sjukvårdslagen

HSL ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar har en psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning, är missbrukare eller om barnets förälder oväntat avlider. Hälso- och sjukvårdspersonal måste skaffa sig kännedom om det finns barn i familjen och dess behov av råd, stöd och information. Barn som anhöriga

1.2.4 Offentlighet- och sekretesslagen ger stöd för samverkan

Lagen ger stöd till för samverkan och möjlighet att utbyta uppgifter mellan hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänsten i de fall den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. I första hand bör det ske med patientens samtycke. Grupper som omfattas är barn, missbrukare och närstående till dessa, gravida kvinnor och deras närstående om det behövs nödvändig insats för det väntade barnet. (25 kap 12§ och 26 kap 9§)

Blankett för samordnad individuell plan finns landstingets blankettarkiv.

Blankettarkivet

1.2.5 Socialtjänstlagen

Vid misstanke om sviktande omsorg eller att barn riskerar att fara illa är all hälso- sjukvårdspersonal skyldiga att anmäla detta. (14 kap 1§)

Anmälningssblankett finns i blankettarkivet i Cosmic.

Barnets behov måste alltid stå i centrum och vid konflikt gå före föräldrars intressen.

I många fall behöver familjen ha kontakt med socialtjänsten, Barn och familj (IFO). Behovet av stöd för de blivande/nyblivna föräldrarna ska tidigt uppmärksammas och planeras i samverkan. Tidigare kontakter med Socialtjänsten efterfrågas och utifrån kvinnan/familjens behov kan dessa etableras med berörda vårdgivare. Ställning bör tas till om anmälan bör göras till Socialtjänsten. Om de blivande föräldrarna önskar stöd från socialtjänsten kan man hjälpa till att förmedla en ansökan.

2 Behandling

2.1 Farmakologisk

Kvinnor som redan före graviditeten behandlats med psykofarmaka avråds från ett snabbt utsättande. 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. Överväg möjligheter till annan behandling än farmakologisk behandling. Behandla med minsta effektiva dos. Risken att behandla under graviditet måste alltid avvägas mot risken att kvinnan är obehandlad. Läkemedel som kvinnan behandlats med under graviditet är sällan aktuellt att sätta ut vid amning. Barnläkare kan konsulteras vid behov.

2.1.1 SSRI

Graviditet: Ej ökad risk för missbildning möjligen med undantag för paroxetin där det finns viss misstanke om att det kan orsaka VSD. Mest använt och mest väldokumenterat i Sverige är Citalopram, Sertralin och Fluoxetin. Huvudregeln är att fortsätta effektiv behandling. Både doshöjning och dossänkning kan behövas. Barn födda av kvinnor som i sen graviditet använt SSRI har en ökad förekomst av olika neonatala symptom som andningsproblem och tecken på neurologiska störningar. Undvik tidig hemgång. En del barn kräver vård på neonatalavdelning däremot har vi inga hållpunkter för permanent påverkan av barnet. Om exponering skett i tidig graviditet finns ej skäl att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten.

Amning: Huvudregeln är att patienten fortsätter med sin medicinering.

2.1.2 Tricykliska

Graviditet: Ej ökad missbildningsfrekvens men SSRI är att föredra under graviditet. En välinställd patient bör dock inte byta läkemedel under graviditeten. Medicinering med tricykliska antidepressiva under senare delen av graviditeten ökar risken för vissa neonatala symptom som andningsproblem och tecken på neurologiska störningar. Om exponering skett i tidig graviditet finns ej skäl att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten. Undvik tidig hemgång. En del barn kräver vård på neonatalavdelning däremot har vi inga hållpunkter för permanent påverkan av barnet.

Amning: Huvudregeln är att patienten fortsätter med sin medicinering. Amitriptylin samt Klomipramin (i doser ≤ 150 mg/dygn) kan användas.

2.1.3 Sömnmedel

Graviditet: Välj vid behov prometazin(Lergigan®) eller propiomazin (Propavan®). Prometazin kan utan risk användas även i tidig graviditet, t.ex. i samband med graviditetsillamående.

Zolpidem och zopiklon bör undvikas annat än vid tillfällig användning under graviditet, speciellt under senare delen. Exponering i tidig graviditet utgör ej skäl för att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten.

Bensodiazepiner bör undvikas annat än vid tillfällig användning under graviditet,

speciellt under senare delen. Troligen finns ingen betydelsefull teratogen effekt annat än möjligen vid mycket hög dosering och exponering i tidig graviditet utgör ej skäl för att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten. Bensodiazepider utsöndrar mycket långsamt hos det nyfödda barnet, som kan behöva observeras och stöttas.

Amning: Bakgrundsdata avseende behandling av sömnsvårigheter och amning är litet och bristfälligt. Zolpidem har dock bedömts möjlig att använda vid amning. Flunitrazepam ska undvikas helt.

2.1.4 Neuroleptika

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

Amning: För ett flertal preparat avråds amning, men undantag finns. Individuell bedömning.

2.1.5 Litium

Graviditet: All Litiumbehandling handläggs av psykiater. Övervakning av serumkoncentrationerna rekommenderas tätare under graviditet. Litium innebär en liten ökad risk för hjärtmissbildning hos barnet. Särskild hjärtultraljudsundersökning kan erbjudas om mamman varit exponerad i tidig graviditet.

Amning: Som regel avråds från amning. Om mamman ändå väljer att amma och det bedöms möjligt utifrån hennes sjukdomsbild ska barnläkare konsulteras för uppföljning av barnets litiumkoncentrationer - då nyfödda riskerar att ackumulera litium och utveckla toxicitet.

2.2 Vårdresurser

Verksamhetens skilda uppdrag och synsätt kräver en strukturerad och förtroendefull samverkan. Detta för att på bästa sätt gagna barnet och familjen. Initiativ till samverkan ska tas av den som först, oavsett verksamhet, träffar den psykiskt sjuka blivande/nyblivna föräldern.

2.2.1 Mödrahälsovård

- Alla kvinnor tillfrågas vid hälsosamtal/inskrivning om psykisk ohälsa/sjukdom, läkemedel och om hereditet finns för psykisk sjukdom.
- Uppmana kvinnan att tidigt i graviditeten ta kontakt med sin behandlande läkare för ställningstagande till psykofarmakabehandling under graviditet och amning.
- Svåra akuta psykiska tillstånd, remiss och kontakt tas med vuxenpsykiatri.
- Icke tidigare kända psykiska besvär ska i första hand bedömas av primärvård som sedan tar ställning till vidare remittering till psykiatri.
- Kvinnan erbjuds tätare kontroller och läkarkontakt.

- Ansvarar för medicinska kontroller och medicinsk behandling i samråd med primärvård/psykiatri. Tidigare psykosociala kontakter upprätthålls eller aktiveras vid känd psykisk ohälsa.
- Att vårdplaneringsmöte hålls med de olika berörda vårdgivarna för planering av förlossning, eftervård och spädbarnstid. Syftet är att skapa en gemensam vårdinsats och planering för framtiden utifrån kvinnan och hennes familjs aktuella behov. Sekretessen undanröjs genom patientens medgivande.
- Att en vårdplan dokumenteras i kvinnans journal enligt behandlande läkares anteckningar.
- Ansvar för överrapportering vårdkedjan Förl/BB, BVC och ev neonatalavd 10 .

2.2.2 BB/Förlossningsvård

- Den individuella vårdplanen ska följas.
- Om kvinnan behandlas med psykofarmaka ska barnläkare undersöka barnet inom ett dygn.
- Tillgodose att kvinnan får tillräcklig nattsömn och avlastning med barnet.
- Att så få personer som möjligt ansvarar för vården och att personalen har extra uppmärksamhet på mammans psykiska tillstånd.
- Att uppmärksamma mammans omsorg/samspel med barnet.
- En vårdtid på minst 3 dygn eller enligt vårdplanering. I de fall då mer än två kliniker/verksamheter är involverade i vården ska avstämnings - vårdplaneringsmöte ske dagligen. Ansvarig är förlossning/BBansvarig läkare eller utsedd fast vårdkontakt.
- Ställningstagande till amning utifrån mammans önskemål, medicinering och psykiska tillstånd. Följ behandlande läkares behandlingsplan.
- Vid behov en psykiatrisk bedömning innan hemgång.
- Överrapportering - BVC kontaktas så snart barnet är fött för planering av ett tidigt hembesök.
- Sjukskrivning av mamma vid oförmåga att ensam ta hand om barnet/barnen. Pappa/partner får då möjlighet att ta hand om barnet/syskon.

2.2.3 Barnhälsovård

- Information om kvinnans/familjens psykiska ohälsa/behandling bör ha överrapporterats från tidigare vårdgivare med föräldrarnas medgivande till berörd BVC-sjuksköterska.
- Tidigt hembesök. Extra viktigt att båda föräldrarna eller annan stödperson är med.
Särskild tonvikt läggs på familjens aktuella situation.
- Prioritera information om prevention av SIDS och Shaken Baby Syndrom.
- Viktigt att båda föräldrarna tillfrågas om de använder läkemedel som kan påverka omsorgsförmågan.
- Bedöma om föräldern kan vara ensam hemma med barnet för kortare eller längre period under dygnet. Vid svårighet att bedöma sök stöd hos BVC-

läkare, behandlande läkare, socialtjänst. Bedöm i vilken grad föräldern har förmåga att ta hand om barnet och sjukskriv vid behov.

- Tillgodose moderns behov av en god nattsömn vid amning.
- Var extra uppmärksam och lyhörd för om barnet visar tecken på omsorgsvidt, trötthet, irritabilitet eller skrikighet.
- Erbjud tid för ett nytt möte i familjens hem alternativt på BVC inom senast en vecka. Därefter erbjuds hela familjen en regelbunden kontakt med möjlighet till stöd och hjälp att förstå det lilla barnets behov och signaler.
- Uppmärksamma syskon och att deras behov är tillgodosett.
- Kartläggning av vilka resurser/nätverk som redan finns runt familjen. Vid behov lotsa familjen till ytterligare stödresurser och kontakta, med föräldrarnas medgivande, andra stödpersoner från andra aktörer för gemensam planering utifrån familjens behov.
- Särskilda överväganden bör göras om vad som skall dokumenteras i BHV-journalen. Under rubriken "Förekomst i släkten" kan föräldrarnas sjukdom anges. I löpande text kan barnets situation beskrivas men inte mammans psykiska sjukdom. Informera gärna föräldrarna om vad som dokumenteras i journalen.

2.2.4 Mödra- och barnhälsovårdpsykologer

- Stöd/handledare/konsult till barnmorskor och BVC-sjuksköterskor.
- Bedömningssamtal med patient vid behov och eventuellt remittera vidare.
- Behandling av patient med lättare symtombild exempel lättare depression eller ångest.
- Dokumentera i Cambio-Cosmic
- Vid pågående eller ny patientkontakt kontaktas inkopplad vårdpersonal vid behov.
- Vid patientbehandling efterfråga familjesituationen och bedöm ytterligare kontaktbehov för hela familjen.
- Remittera vidare till vuxenpsykiatri, distriktsläkare eller småbarnsteamet vid behov.
- Förmedla kontakt med socialtjänst vid behov

2.2.5 Neonatalvård

- Utifrån barnets behov stödja familjen i omvårdnaden av barnet. Så långt det är möjligt begränsa antalet vårdpersonal som är engagerade i familjen. Samtidigt lägga extra uppmärksamhet på att följa och underlätta anknätningsprocessen. Vid försvårad anknätning krävs en hög kompetens inom området. Önskvärt är att ha en riktad psykologresurs som är knuten till neonatalvården.
- Verka för syskons möjlighet att vara delaktiga på neonatalavdelningen med hjälp av bl. a. lekterapi.

- Att tidigt återknyta kontakten med behandlande psykiater eller distriktläkare om kvinnan har haft en sådan kontakt före förlossningen.
- Underlätta för familjen genom att samverka med vårdkedjan. Se hela familjens nätverk och dess resurser. Stärka pappans/partners roll. Kartlägga behov av kurator, MBHV-psykolog eller psykosocial resurs. Hänvisa familjen vidare om fortsatt stöd behövs.
- Att genom intyg ge föräldrarnas möjlighet att få tillfällig föräldrapenning
- Att arbeta enligt Nordisk standard för barn- och ungdomar inom hälso- och sjukvård, NOBAB. Utarbetad i enlighet med FN:s barnkonvention.

2.2.6 Småbarnsteamet, BUP 0-4 år

Forskning har visat att en trygg anknytning till en vuxen omsorgsperson, inverkar positivt på barnets kognitiva och emotionella utveckling. Förutsättningen för att ett litet barn ska kunna utveckla en trygg anknytning till sina föräldrar är att föräldrar förmår vara förutsägbara, lyhörda för barnets signaler och förmår prioritera barnets behov framför sina egna. I Småbarnsteamet träffar vi små barn och deras familjer där barnen på olika sätt visar tecken på otrygg anknytning.

- Remiss till Småbarnsteamet på BUP skrivs på barnet.
- Konsultation till vårdgrannar, via telefon eller nätverksmöte (presumptiva patienter).
- Bedömning och behandling av barn med svårare symtombild, exempelvis stora regleringssvårigheter, avvikande kontaktbeteende eller svåra livshändelser.
- Bedömning och behandling av barn utan eller med lättare symtombild, där de varit med om svåra livshändelser som riskerar att påverka barnets utveckling eller psykiska hälsa negativt.
- Bedömning och behandling av barn utan, med lättare eller svårare symtombild, där en förälder eller föräldrarna har svårigheter i relation till barnet, exempelvis stark oro, nedstämdhet, känslor av vanmakt eller hjälplöshet som påverkar föräldraskapet negativt.
- Bedömning, behandling och utredning på socialtjänstens uppdrag.
- För förälders/föräldrars räkning, initiera eller rekommendera kontakt med vuxenpsykiatri/vuxenhabiliteringen vid behov.
- För förälders/föräldrars/barnets räkning, initiera eller rekommendera kontakt med socialtjänst eller förskola för avlastning eller stöd vid behov.

2.2.7 Primärvård- distriktläkare i samråd med psykosocial resurs

Primärvården har ofta en god kännedom om patienten då både den icke gravida och den gravida kvinnan söker för varierande besvär. Primärvården har därför en viktig roll i att identifiera föräldrar med psykisk skörhet/sjukdom inför en förestående eller pågående graviditet och föräldraskap.

- Säkerställa att rätt stöd finns kring kvinnan och vid behov remittera till mer specialiserad vård.

- Vid tveksamhet avseende behandling med psykofarmaka konsulteras bakjour inom Vuxenpsykiatri.
- Behandlande läkare ansvarar för medicinering, samtalskontakter under graviditet och amning.
- Vårdplanering dokumenteras i journalanteckning i Cambio Cosmic.
- Ta kontakt med mödrahälsovård och barnhälsovård, med patientens medgivande, för gemensam fortsatt planering.
- Sjukskrivning av mamma vid oförmåga att ensam ta hand om barnet/barnen. Pappa/partner får då möjlighet att ta hand om barnet/syskon.

2.2.8 Vuxenpsykiatri

- Konsultation/bedömning vid specialistpsykiatrisk sjukdom. Kontakta bakjour via -tjänstetelefon 0470-58 91 20 i samband med akut remittering och för rådgivning.
- Om patienten är känd på kliniken kontaktas aktuell behandlare. Om remitterad patient är ny på kliniken ska behandlare utses skyndsamt.
- Prioriterad patientgrupp, korta väntetider och kompetens för denna patientgrupp.
- Behandlande läkare gör en planering utifrån graviditet och amning.
- Återkoppling till berörda samverkansparter kring patienten.
- Psykiatrisk heldygnsvård (tillgodose barns omsorgsbehov, amning, medicinering-nattsömn, socialtjänstkontakt, hemvård).
- Ta ställning till behov av insatser från Småbarnsteamet, BUP.
- Sjukskrivning av mamma vid oförmåga att ensam ta hand om barnet/barnen. Pappa/partner får då möjlighet att ta hand om barnet/syskon.

Detta dokument har framarbetats i samverkan mellan alla berörda verksamheter.

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