

## Psykisk skörhet/sjukdom i samband med graviditet och barnafödande, vårdriktlinjer

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 och med minsta möjliga inverkan på fostret/barnet. Obehandlad hög ångest och stressnivå hos kvinnan kan leda till långsiktiga konsekvenser för fostret bland annat i form av tillväxthämning och påverkad kognitiv utveckling hos barnet.

Barn till psykiskt sjuka föräldrar har en ökad risk att fara illa på grund av den sjuke föräldrarnas svårigheter att tillgodose 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 föräldrar och barn krävs samordning av vårdinsatserna. Det innebär att Kvinnohälsovård, Förlossningsvård, Psykiatri, Barnhälsovård och Socialtjänst måste samverka för att utforma stöd och vård på bästa sätt för barnet och föräldrarna.

Ny lagstiftning från 1 januari 2010 med tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen enligt (2 g §). Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
- har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
- är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. *Lag (2009:979)*.

### Primärvård

Primärvården (allmänläkare, psykosociala teamen) har ofta en god kännedom om patienten då både den ickegravida och den gravida kvinnan söker för varierande besvär. Primärvården har därför en viktig roll i att identifiera kvinnor med psykisk skörhet/sjukdom inför en förestående eller pågående graviditet och säkerställa att rätt stöd finns kring kvinnan och vid behov remittera till mer specialiserad vård.

Behandlingsinsatser som pågår (medicin, samtalskontakter etc.) under graviditeten bör skriftligen meddelas kvinnohälsovården.

Primärvården har i samarbete med barnhälsovården en viktig roll i att identifiera psykisk ohälsa postpartum och eventuella brister i omsorgen av barnet.

### **Kvinnohälsovård**

Det är viktigt att barnmorskan vid inskrivningen identifierar alla gravida kvinnor med psykisk ohälsa/sjukdom och där risk kan föreligga för detta. Vid osäkerhet kan barnmorskan konsultera MBHV-psykologen.

### **Anamnes**

Alla kvinnor bör tillfrågas om de har eller har haft psykisk ohälsa/sjukdom, likaså bör man fråga efter hereditet för psykisk sjukdom. Särskilt viktigt att uppmärksamma hereditet för bipolär sjukdom. Frågorna bör utformas så att kvinnan känner sig trygg med att berätta.

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

Vid osäkerhet om depressiva symtom 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 tidigare känd psykisk sjukdom ska hänvisas till psykiater om de inte redan har sådan kontakt. Depression under graviditet och/eller postpartum som kräver farmakologisk behandling är remissfall. Kvinnor med lätt nedstämdhet och/eller ångestsymtom hänvisas till allmänläkare och/eller psykolog.

Ställning bör tas till om en anmälan ska göras till socialtjänsten. Om de blivande föräldrarna önskar stöd från socialtjänsten kan man hjälpa till med att förmedla en ansökan.

### **Extra barnmorskekontroller/Stöd**

Under graviditeten kan den psykiskt sjuka kvinnan behöva extra besök hos barnmorskan för att känna trygghet under graviditeten. I samband med besöken är det viktigt att man uppmärksammar känslouttryck och reaktioner som har betydelse för den prenatala anknytningen och kommande mor-barn-relationen.

Särskild förlossningsförberedelse bör erbjudas. Viktigt att barnmorskan har tillgång till MBHV-psykolog.

### **Tidigt läkarbesök**

Ansvarig läkare inom kvinnohälsovården informeras av barnmorskan och vid behov bokas tid för läkarbesök.

### **Psykologen inom kvinno- och barnhälsovård (MBHV)**

För extra stöd kan kvinnan erbjudas kontakt med psykologen. Psykologen har särskild kompetens att bedöma och behandla anknytningsstörningar. Särskilda insatser kan ges med hjälp av spädbarnsverksamheten.

### **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. Nyttan med behandlingen skall alltid vägas mot potentiell påverkan på barnet, såväl intrauterint som vid amning. Barnläkare kan konsulteras vid behov.

### **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 och Sertralin. Huvudregeln är att behandla med minsta effektiva dos. Barn födda av kvinnor som i sen graviditet använt SSRI har en ökad förekomst av olika neonatala symtom som andningsproblem och tecken på neurologiska störningar. Barnet ska inte gå i tidig hemgång och en del barn kräver vård på neonatalavdelningen. Permanenta men för barnet har vi inga hållpunkter för i dagsläget. Om exponering skett i tidig graviditet finns inte skäl att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten.

Amning: Efter individuellt ställningstagande.

### **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 symtom som andningsproblem och tecken på neurologiska störningar. Om exponering skett i tidig graviditet finns inte skäl att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten. Barnet ska inte gå i tidig hemgång och en del barn kräver vård på neonatalavdelningen. Permanenta men för barnet har vi inga hållpunkter för i dagsläget. (ref)

**Amning:** Amitriptylin samt Klomipramin (i doser  $\leq 150$  mg/dygn) kan användas. Många gamla preparat avregistrerade.

### 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 inte 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 inte skäl för att av denna orsak diskutera ett avbrytande av graviditeten. Bensodiazepider utsöndrar mycket långsamt hos det nyfödda barnet, som kan behövas observeras och stöttas.

**Amning:** Bakgrundsdata avseende behandling av sömnsvårigheter och amning är litet och bristfälligt. Några entydiga rekommendationer går därför inte att ge. Zolpidem har dock bedömts möjligt att använda vid amning. Flunitrazepam ska undvikas helt.

### 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.

### Litium

**Graviditet:** Litiumbehandling under graviditet handläggs av psykiatriker och övervakning av serumkoncentrationerna rekommenderas. Litium innebär en liten ökad risk för hjärtnissbildning 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.

### Psykiatri

Psykiatriens roll är att diagnostisera och ansvara för behandlingen av den psykiska sjukdomen hos den gravida/nyförlösta kvinnan. De psykiatriska tillstånd som ska uppmärksammas är depressions- och ångesttillstånd hos patienter som inte är välbehandlade eller välfungerande, bipolära sjukdomstillstånd, psykossjukdomar och svårare personlighetsstörning.

Behandlingen innefattar samtalsstöd där också partnern bör 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.

Planering av pågående behandling bland annat medicinering under graviditet, förlossning och ev. amning meddelas kvinnohälsovården skriftligt.

### **I de fall den nyförlösta kvinnan vårdas inom psykiatrins heldygnsvård ska följande uppmärksammas**

- Vem tar hand om barnet?
- Amning?
- Anmälan/ansökan till socialtjänsten?
- Kan vård i hemmet vara ett alternativ?

### **Socialtjänsten**

I många fall behöver familjen ha kontakt med socialtjänsten. Socialtjänsten kan vara organiserad på olika sätt. Förutom att ha ansvar för att ge skydd, stöd och/eller behandling till barn och deras familjer finns det inom socialtjänsten också ofta verksamheter som är inriktade på att ge stöd och vård till vuxna med en psykiatrisk problematik, ibland i kombination med en missbruksproblematik. Exempel på sådan verksamhet kan vara socialpsykiatri och socialmedicinska mottagningar. Om det kommer till socialtjänstens kännedom att en kvinna med psykisk skörhet/sjukdom är gravid bör kvinnan motiveras att söka kontakt med kvinnohälsovården. Behovet av stöd för de blivande föräldrarna ska tidigt uppmärksammas och planeras i samverkan.

När Landstingets olika verksamheter känner oro för ett barn har de en skyldighet att enl. 14 kap 1§ SoL anmäla denna oro till socialtjänsten, eller om familjen är hjälpsökande, hjälpa familjen att ansöka om stöd från socialtjänsten.

Socialtjänsten inleder en utredning för att kunna bedöma barnets behov. Utredningen görs enligt en struktur kallad "Barns behov i centrum" (BBIC) där man kartlägger föräldrarnas förmåga och nätverkets resurser i förhållande till barnets behov. Socialtjänsten har ett stort antal stöd- och behandlingsinsatser att erbjuda familjer och om det inte räcker är det socialtjänstens ansvar att skydda barn genom att placera dem utanför hemmet.

### **Samverkan**

Verksamheters skilda uppdrag och synsätt kräver en strukturerad och förtroendefull samverkan. Detta för att på bästa sätt gagna barnet och familjen.

Efter bedömning inom mödrahälsovården bör planering göras i samverkan mellan mödrahälsovård, MBHV-psykolog, psykiatri, förlossningsklinik, barnhälsovård och vid behov socialtjänst. Behov av samverkan finns då kvinnan har en

behandlingskrävande psykisk sjukdom. Undantag kan vara lätt depression och ångesttillstånd där kvinnas livssituation är stabil.

Initiativ till samverkan ska tas av den som först, oavsett verksamhet, träffar den psykiskt sjuka gravida kvinnan!

En bra modell för samverkan är regelbundet återkommande möten för att skapa ett kontinuerligt gott samarbete mellan samverkansparterna. Inom ramen för en etablerad samverkan kan de deltagande representanterna aktualisera patienter/familjer för eventuellt behov av samverkan. Kring enskilda patienter/familjer kan man då lättare få till stånd vårdplaneringsmöten lokalt. I den typen av möten kan kvinnan och hennes partner delta. Vårdplaneringsmötet syftar till att planera för vården under graviditet, förlossning, eftervård och spädbarnstid. Vårdplaneringsmöten kan ske under graviditeten och så länge behov finns.

Planeringen ska tydligt dokumenteras i kvinnans journal. Särskild vårdplanering ska anges i patientnoteringar.

#### **Vårdplaneringen:**

- Beskriv kvinnans sjukdomstillstånd
- Beskriv familjens sociala situation, kontaktnät samt föräldrarnas möjligheter att ta hand om sitt barn.
- Pågår behandling, medicinering/Vem ansvarar?
- Förlossningsplanering, stödinsatser/Vem gör vad?
- Individuell bedömning inför BB-vård, sömnbehov, medicinering postpartum, amning
- Tidig hemgång avråds generellt (minst tre dygn)
- Barnläkare ska i god tid konsulteras inför förlossningen och ge riktlinjer för uppföljning av barnet
- Vilket stöd och vilken vård tar vid när familjen lämnar BB? Behövs exempelvis extra stöd från BVC och socialtjänst?
- Behandling och uppföljning av barnet ska ske i samverkan barnläkare.
- Finns anledning/behov av anmälan till socialtjänsten?

#### **Förlossnings- och BB-vård**

##### **Patient där vårdplanering finns**

Den individuella vårdplaneringen ska följas. Angeläget att tjänstgörande barnläkare informeras om gällande vårdplanering. Vid avsteg från denna planering ska orsak dokumenteras.

Riktlinjer för uppföljning av barnet ska finnas. Vid behov remiss till neonatalavdelningen.

Om kvinnan behandlas med psykofarmaka ska barnet undersökas av barnläkare inom ett 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 postpartum psykos. Det är ett ovanligt tillstånd (cirka 0,1 %) men kan även drabba tidigare friska kvinnor. Tveka inte att kontakta psykiatrin vid minsta misstanke för bedömning.

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 bör ske med barnläkare lämpligen som remiss till neonatalavdelning när vårdplaneringen sker.

Om amningen ska läggas ned hos kvinnor med anamnes på psykosjukdom ska psykiater rådfrågas innan Pravidel/Dostinex insättes. Läkemedlet kan hos dessa kvinnor förvärra symtomen!

#### **Nydebuterad psykisk ohälsa i samband med förlossningen**

BB-personalen bör ha särskild uppmärksamhet på mammans psykiska tillstånd och anpassning till barnet. Mamman/familjen kan ha extra behov av trygghet och avskildhet. Önskvärt att så få personer som möjligt ansvarar för vården. 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 se till att mamman får sin nattsömn tillgodosedd.

En psykiatrisk bedömning ska erbjudas/eftersträvas innan hemgång.

Innan familjen åker hem bör det finnas en planering för uppföljande stöd i hemmet. Viktiga stödfunktioner är behandlande psykiater/läkare, psykolog, BVC och eventuellt socialtjänst. OBS! BVC måste kontaktas via telefon innan hemgång!

Ställning bör tas till om en anmälan ska göras till socialtjänsten. Om de blivande föräldrarna önskar stöd från socialtjänsten kan man hjälpa till med att förmedla en ansökan.

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 den andre föräldern 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 som finns mellan de vuxna och mellan barnet och föräldrarna.

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-sjuksköterskan 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 och Shaken Baby Syndrom. Information om barnhälsovårdens 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 tillfredsställas.
- 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 ensam 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-sjuksköterskan bör erbjuda en tid för ett nytt möte i familjens hem alternativt 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 beslut vid tidigare vårdplaneringsmöte och vid behov kontaktas, med föräldrarnas medgivande, andra stödpersoner från t.ex. socialtjänst, psykiatri.
- Om familjen inte tidigare är känd och det finns behov av samordnade insatser bör sjuksköterskan, med föräldrarnas medgivande, diskutera familjen i sin lokala vårdplaneringsgrupp
- Boka tid vid 2 månaders ålder (eller tidigare vid behov). Ta ställning om besök till ordinarie BVC-läkare eller barnläkare.

- När barnet är runt 6-8 veckor gammalt erbjuds modern att fylla i ett EPDS- formulär Vid poäng som kräver uppföljning hänvisas till behandlingsansvarig inom psykiatri.
- 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 av psykolog.
- Familjen bör vara aktuell i samverkansteamet tills familjens situation är stabil eller planerade stödinsatser är etablerade och fungerande.
- Vid misstanke om omsorgsvikt 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 BHV-journalen. 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.