

Samverkan mellan kvinnokliniken och psykiatrin

Margareta Blomdahl Wetterholm, spec. psykiatri, Psykiatri Sydväst

Marie Bendix, med dr, spec. psykiatri, Psykiatri Sydväst

Perinatal Psykiatriska Enheten (PPE), Specialistmödravården, Karolinska
Universitetssjukhus Huddinge



BMM/BB/BHV

115.000 barn/år

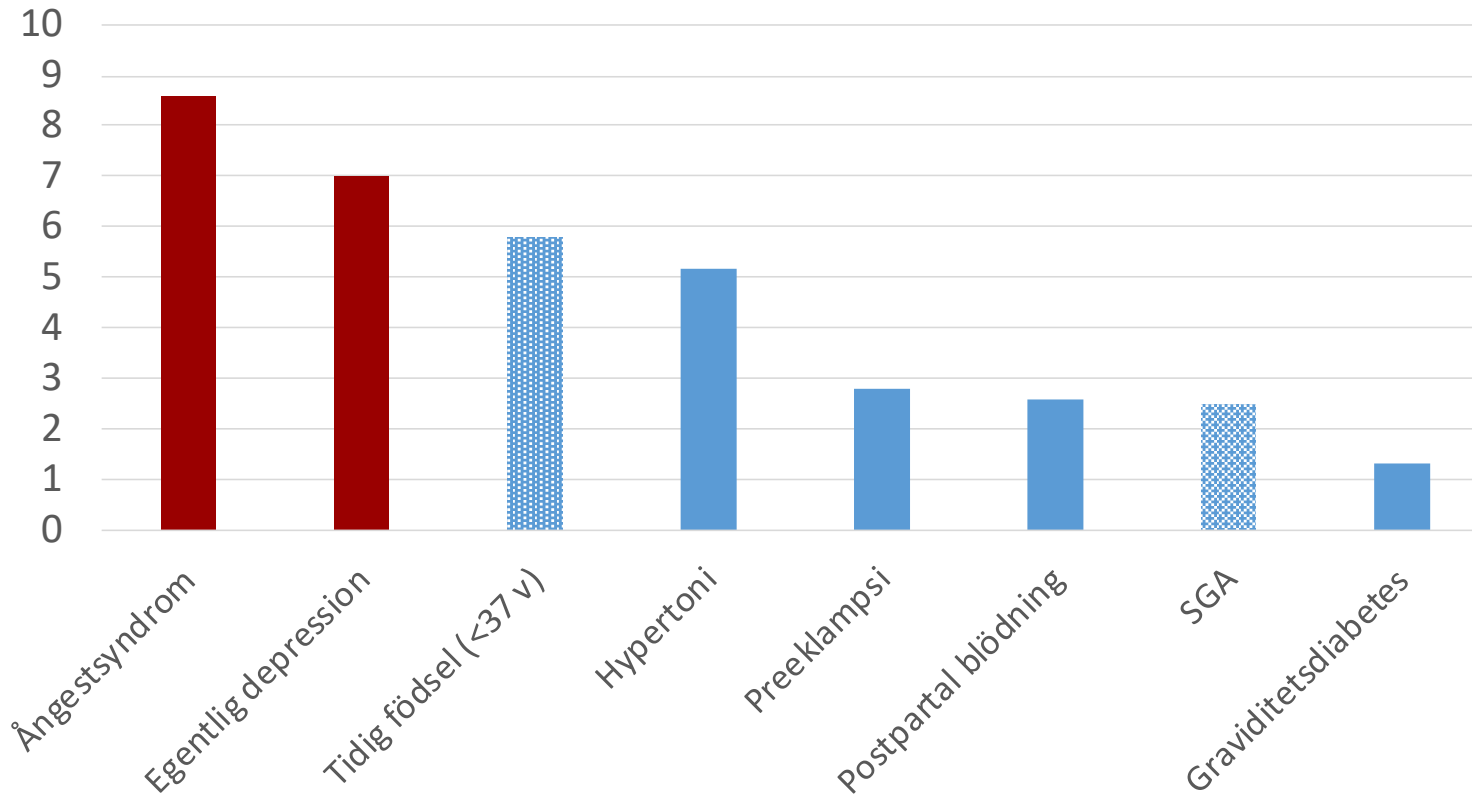


PV



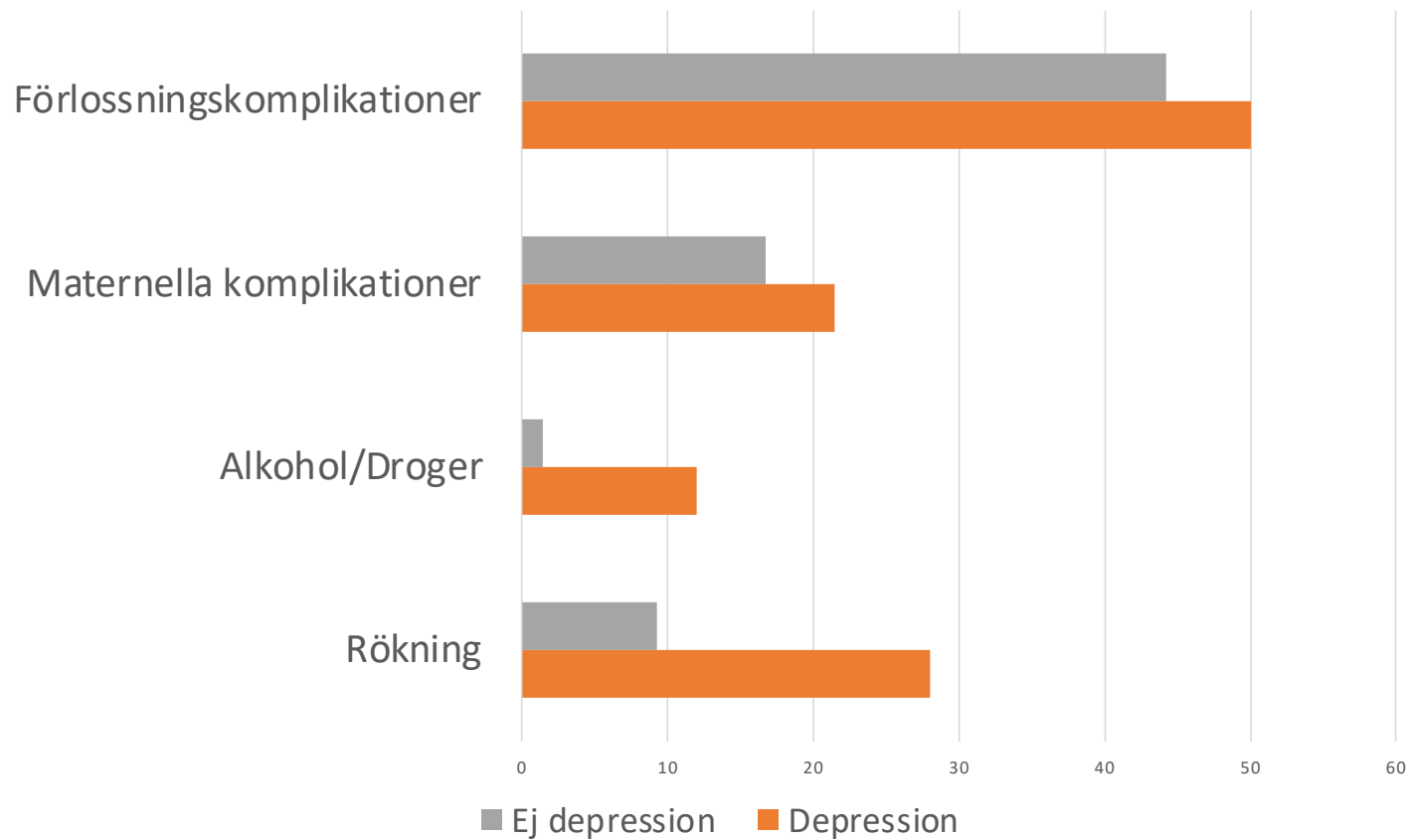
Psyk

Graviditets- och förlossningskomplikationer (%)



- SKL, Cavazos-Rehg 2015, Howard 2014, Gavin 2005, Goodman 2016

Graviditets & förlossningskomplikationer vid komorbid depression (%)



Disposition

1. Perinatal Psykiatrisk Enhet (PPE) Huddinge: "Huddingemodellen"
2. Tvärprofessionellt arbetssätt på bas av patientfall
3. Nyttan av tvärprofessionellt samarbete
4. Utmaningar
5. Diskussion – era frågor och reflektioner

PPE – Utveckling till ”Huddingemodellen”



- Ca. 15 år sedan
- Efter suicid på BB
- Överenskommelse samarbete Kvinnoklinik/Psykiatri
- 80% barnmorska, 50% obstetriker, 20% psykiater
- Forskning
- Vårdutveckling (SLL Vårdprogram, LMV Riktlinjer)

PPE/Specialistmödravård KS – Teamet idag



Finansiering psykiatriska tjänster av
Kvinnokliniken

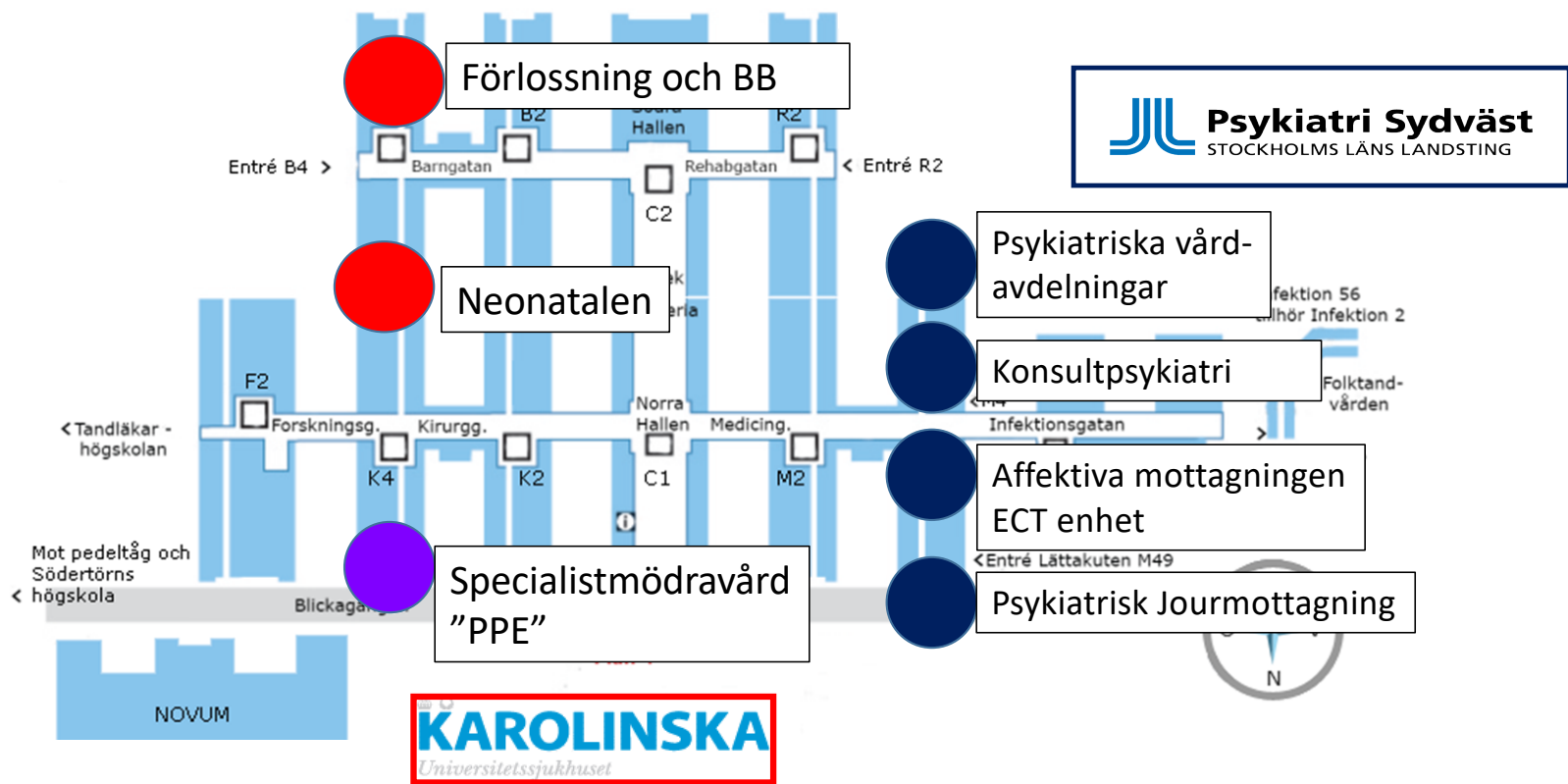
- 2 barnmorskor (60 %)
 - 1 "min barnmorska"
 - Komplement till Aurora
- 2 psykiatri-ssk (20 %)
 - 1 samverkansteam
- 1-2(5) psykiater (20%)
- 1 kurator (10 %)
- Obstetriker v.b
- Perinatalrond vb (neonatolog, obstetriker)

- Torsdagar: mottagning & team (2t.)
- Barnmorskor: tors & fre (admin & mott)

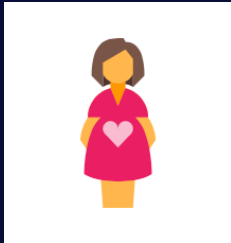
Region Stockholm



- Förlossning ca. 5000/år på Karolinska Huddinge
 - 6 Förlossningsjukhus, vårdval
- Psykiatri
 - Olika privata och offentliga vårdgivare, vårdval
 - 2 sjukhus med obstetrik/psykiatri/Neo på samma ställe (ECT, tvångsvård)



Mödrahälsovård



- Identifikation/Screening
- Kunskap
- Remitteringsinstans

"Aktuellt mående"
"Tidigare psyk"
"Tidigare suicidalitet"
"Aktuell medicinering"
"Svårt psykosocialt"

**Ffa Mödrahälsovård
Spec-MVC
PV
Psyk ÖV**

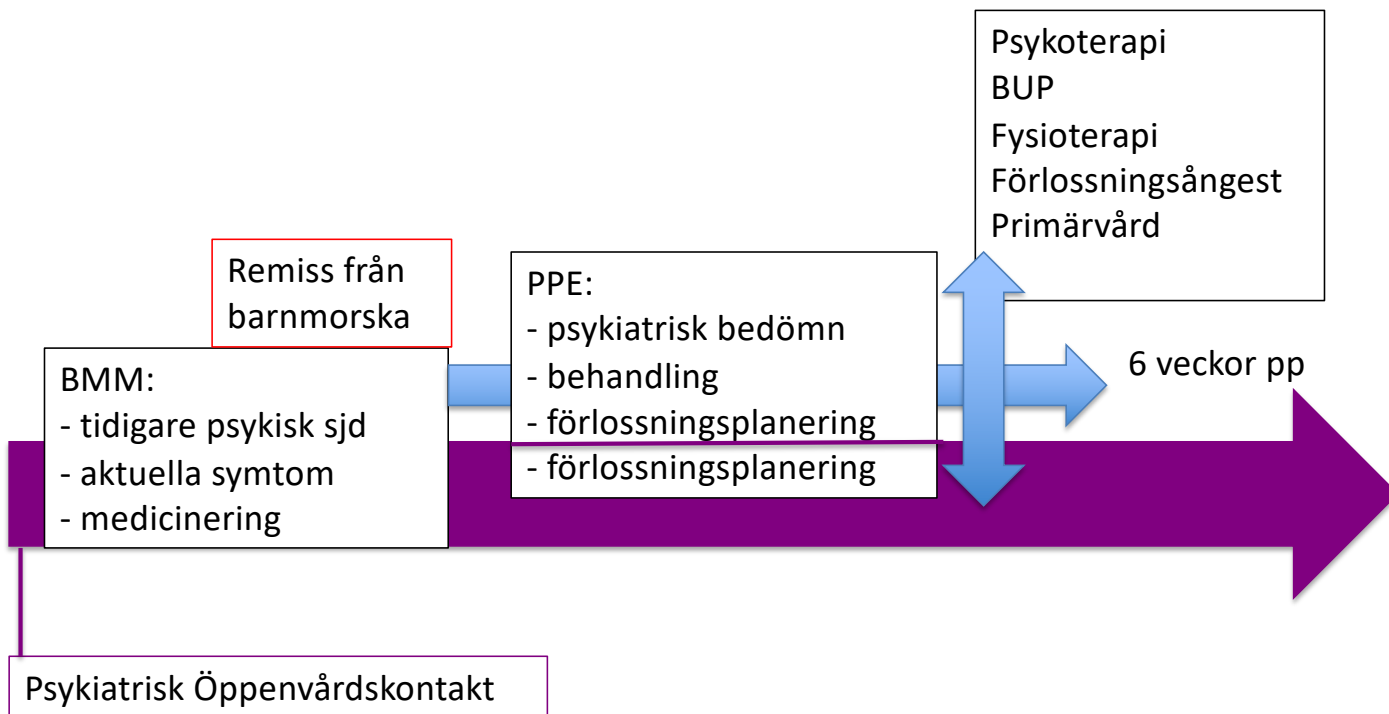


250 remisser

Huddinge ca. 5000
förlossningar/år
5%

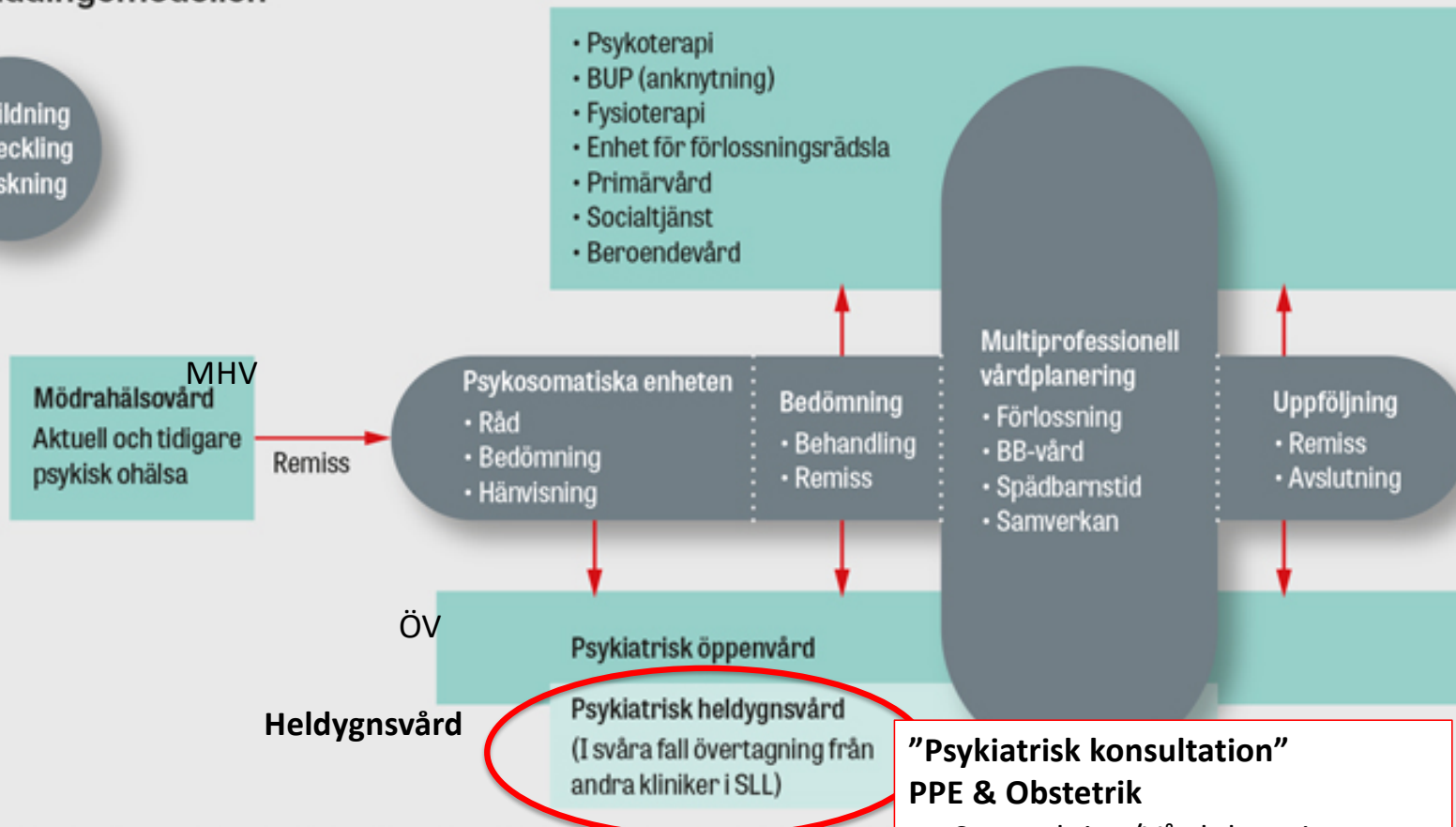
PPE= Resurs till MHV





FIGUR 1. Huddingemodellen

- Utbildning
- Utveckling
- Forskning



► Psykosomatiska enheten (mörkgrå) erbjuder bedömning, behandling och multiprofessionell utveckling av perinatalpsykiatri.

**”Psykiatrisk konsultation”
PPE & Obstetrik**

- Samordning/Vårdplanering
- Specialistkunskap
- ”Komplett sjukhus”

Blomdahl & Bendix, LT, Sep 2018, ”Bättre perinatalpsykiatrisk vård genom integrerad samarbete”

PPE: Uppdrag/Syften

1. Aktiv vårdplanering & information gravida med psyk problematik
2. Ordna adekvat bedömning & behandling på rätt vårdnivå
3. Identifikation av högriskkvinnor för preventiva åtgärder enl VP
4. Vårdplanering och samverkan vid svår psykosocial utsatthet
5. Aktivt samarbete socialtjänst

Teammöte: remissgranskning/planering utifrån syften

- Barnmorska granskar Obstetrix och TakeCare innan mötet
- Prioritering
- Fördelning
- Återkoppling efter bedömningar
- Kontinuerlig diskussion aktuella patienter och planering

Alltid teamåtagande/vårdnivå

- Inte samma perspektiv/"glasögon": Psykiatri, MHV/BHV, PV, PPE
- Psykisk sårbarhet/allvarlig sjukdom
- Psykiatrisk anamnes, tidigare suicidalitet (Dubbelgranskning journal)
- Komorbiditet depression och ångest
- Oro: normal? Eller ångest med funktionspåverkan?
- Funktionspåverkan
 - "normal graviditet?": aptit, sömn, smärta, växande bonding, suicidtankar
 - Tex jobba för att undvika ångest, fokus på smärta, snittönskan, ...
 - "normal nybliven mor": sömn, stress, utmattning

1. Aktiv Vårdplanering & Information: exempel bipolär sjukdom

Patientfall Ida – Bipolär Sjukdom – Affektiva Mott

- 33 år, första grav, v. 26, sambo, 50% ss
- Kontakt med Affektiva mottagningen sedan 5 år, bipolär sjd typ I, tidigare vård LPT maniska episoder x flera & tidigare allv. s-försök i smb svåra depression, syster postpartum psykos
- Medicinering Litium, innan grav valproat. Nu tillägg olanzapin v.b.
- Psyk stabil, uppf litium 1/månad ssk – lätt höjning under grav, somatisk inkl sköldskörtel ua.

Affektiva mottagning Psykiatri Sydväst

- **Checklista läkares** handläggning före/under (6 besök)/efter grav (På BB, 1-3 veckor, ev hembesök)
- **Checklista sjuksköterska** handläggning
 - Provtagning
 - MVC kontakt
 - Socialt
 - Riktad ultraljud
 - Tid spec-MVC
 - Amning
 - Info pat & partner sjukdom/föräldraskap/sömn/psykosrisk
 - Täta samtal, uppf BB, hembesök 4 v, stödkontakt postpartum

Affektiva mottagning Psykiatri Sydväst

Ogifta förstagsföräldrar:

- Brevmall för Intyg till Soc
- I händelse av insjuknande i akut psykiatrisk sjukdom postpartum
- Diagnos, behandlare
- Intygas att patient, när i stabilt psykiatrisk tillstånd, önskar att hennes partner (namn, pnr) ska ta över vårdsnaden för barnet i händelse av att hon skulle insjukna i akut psykiatrisk sjukdom och ej kunna ta hand om det nyfödda barnet

Till förlossningsavdelningen Huddinge

Kopia: patienten & PPE

BREV TILL inför förlossningen

Ovanstående patient har kontakt medmottagningen, Psykiatriska Kliniken,

Det är planerat att hon vill förlösa vid

Beräknad partus åå/mm/dd

Patienten har följande **medicinering**: Litium 2+0+2, Olanzapin 5mg v.b.

Med anledning av patientens psykiatriska sjukdom ges följande **instruktioner**:

Patienten ska vid begynnande förlossningsvärkar åka till **förlossningsavdelningen** i god tid. Hon skall ej vänta hemma.

Under **aktiv förlossningsarbete** ska **Litium** inte ges. Det är viktigt att patienten **hydreras** adekvat under förlossningen för att undvika intorkning och höga serumkoncentrationer. I första hand kan det ske peroralt, men v.b. intravenöst

Patienten ska **sömnprioriteras**, dvs ges stöd av personal nattetid om inte anhöriga finns tillgängliga och erbjudas sömnmedicinering v.b. (Imovane? Zolpidem?)

Efter förlossningen ska patienten ha följande **medicinering** Dos (normal serum-konc, kontakta psyk vid frågor, tel...)

Om möjligt ska **serum koncentration** tas från **navelsträngsblod** samt **patient** på dagen efter förlossningen samt innan hemgång (gäller preparat litium)

Patienten ska **ej** gå på **tidig hemgång**

Patienten har beslutat angående **amning** att hon kommer att amma/inte amma. Vid amning ska det anges vilken barnläkare som bedömt patient och åtagit sig uppföljning av patienten

Psykiater bedömning ska ske snarast efter förlossningen och senast innan hemgång. Kontakta i första hand

Skulle patienten uppvisa tecken till psykisk försämring ska psykiaterkontakt ske **akut**.

Underskrift, datum

1. Förlossningsplanering Ida/barnmorska

1. Granska journal
2. Förlossningsbrev från Affektiva
3. Litium-PM Information
4. Skriver tillsammans
vårdplanering
 1. Medicinering/Amning/Barnläkare
 2. Vårdkontakter
 3. Behov av stöd/sömn på BB
 4. Tidig BVC kontakt
 5. Tidigt åb psykiatri

2. Ordna adekvat bedömning & behandling på rätt vårdnivå: exempel

Exempel 2a: Tidigare PPD, oro PPD & förlossning/psykiatri-ssk

Patientfall : Tidigare postpartum depression.

- Gravid kvinna som väntar sitt andra barn.
- I samband med första graviditeten, för två år sedan sannolikt deprimerad. Förstod inte att hon var deprimerad och sökte inte hjälp. Svårt med anknytning, känna glädje, oro/ångest, svårt att somna, skuld och skam känslor över att inte älska sitt barn och känna att det här är det bästa som hänt. Nu orolig över att det skall hända igen.
- En vanlig remiss till PPE från BMM.
- Patienten kallas till psykiatri sjuksköterska för bedömning och vårdplanering. Eventuella egenskattningar: EPDS, MADRS-S, GAD-7.
- Ej deprimerad nu. Stabil situation, men oro över att återinsjukna.

Sammanfattande vårdplan

Perinatalpsykiatrisk enhet Huddinge.

Diagnos: sannolikt postpartum depression 2017.

Aktuell medicinering: var god se TC läkemedelsmodul.

Aktuell behandlare: PPE psykiatrisjuksköterska.

Förlossning: vaginal förlossning 2017, utdraget förlopp. Önskar vaginal förlossning, maken är med under förlossning och BB-tid. Patientens mamma tar hand om 2-årig dotter. Ingen oro inför förlossning men önskar tydlig kommunikation med BM, maken är ett bra stöd för patienten.

BB-tid: Bör ha förlängd vårdtid med sömn prioritering, maken kan ge ersättning för att möjliggöra sömn. Skall kallas till psykiatri ssk 3-4 veckor efter förlossning, meddelande via sekreterare på Spec.MVC.

Amning: Vill amma, kan behöva stöd då svårt med amning 2017.

Exempel 2b: Svår antenatal depression/Psykiater

- 28 år, gift, barn 4 år, ss 100% via BMM, kuratorskontakt
- V. 24: Bedömning PPE på remiss från BMM ("depr?") tills make
- Tidigare akut snitt, PPD (sömn, nedstämd, orkeslös, efter 3 mån kunnat börja relatera till barnet) → fick endast sömnmed. VC, ej kontakt av depression.
- Svår erfarenhet, ville ej få nytt barn nu, ambivalens till akt grav
- Aktuellt: ledsen (knappast avledbar), trött, sömnbesvär (lergigan), irritabilitet, nedsatt ork, aptit
- MADRS 40, dödstankar/vaga s-tankar, avskärmad/dålig kontakt, önskar ej inläggning. Sertralin & Krisplan.
- Akut återbesök: inläggning HSL. Nära s-handling innan inskrivning.
- 3 v vårdtid. ECT, TMS övervägs. Förbättras på Sertralin. Uppf inom psyk & förlossningsplan

2b: Vårdplanering

Diagnos: måttl - svår depr med s-tankar, tidigare PPD. Nyss inlagd psyk i 3 veckor.

Aktuell medicin: Sertralin 100mg, Lergigan 25mg v.b.

Aktuell psykiater: Psyk ÖV, Dr ...

Förlossning: oro, tidigare akut snitt, beslut elektiv sektio

BB:

- Förlängd vårdtid (72 timmar)
- Sömnprio
- Vill amma
- Ta med egen medicin
- Psyk bedömning/Remiss till ...

Kontakter före hemgång:

- Psyk ÖV återbesök datum
- BVC tidig hembesök

3. Identifikation högriskkvinnor & preventiva åtgärder: exempel psykossjukdom

Patient fall: psykossjukdom – remiss psykos programmet till PPE: vårdplanering

- 28-årig gravid kvinna som väntar sitt andra barn, traumatisk förlossning 2008 då akut sectio.
- upprepade psykos sedan debut för 12 år sedan. Ofta slutenvårdad. Rest symtom i form av nedsatt koncentration och förmåga till uppmärksamhet, oro/ångest, dålig sömn. Behandlas med depot neuroleptika. Recidiverande depressioner.
- Nu oplanerad graviditet, ingen kontakt med blivande barnafader. Orosanmälan gjord av PAL på psykosprogrammet. Svår social situation då ensamstående, saknar egen bostad. Oklart om det finns någon närstående som kan hjälpa patienten med avlastning.
- Bedöms som deprimerad, dålig sömn, oro över hur hennes läkemedel påverkar det väntade barnet. Ökad risk för återinsjuknade i psykos om ökad stress, minskad sömn.

Sammanfattande vårdplan

Perinatalpsykiatrisk enhet Huddinge:

Diagnos: psykossjukdom, recidiverande depressioner.

Aktuell medicinering: neuroleptika och olika v.b mediciner (sömn, ångest).

Aktuell behandlare: PAL, PAS psykosprogrammet tfn nr000, PPE ssk.

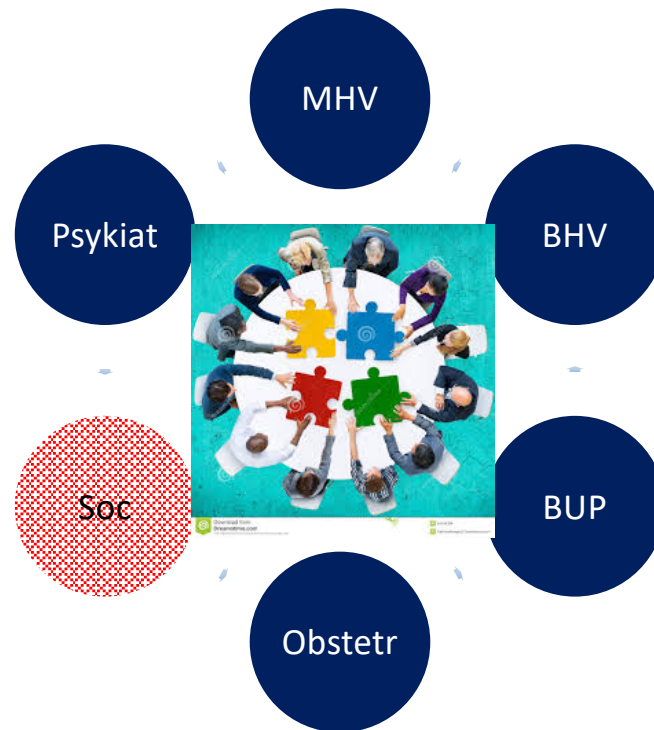
Förlossning: planeras för vaginal förlossning. Patienten har med sin väninna under förlossning och BB-tid. Patienten önskar tydlig information under partus, om oklarheter kan det öka hennes oro. Patientens dotter är hos sin pappa under förlossning och BB-tid. Barnläkar bedömning med tanke på neuroleptika behandling under graviditet.

BB-tid: Förlängd vårdtid 5 dagar, sömn prioritering. Skall erbjudas läkemedel för sömn om svårt att somna. Skall bedömas av psykiater innan hemgång eller tidigare om sämre mående psykiskt, remiss till PSV jourverksamhet. Observera omsorgsförmåga, om oro framkommer kontakta socialsekreterare XXX på barnenheten.

Planering inför hemgång: PAS psykosprogrammet skall kontaktas för att boka tid hos PAL inom 2 veckor efter partus. Tidigt hembesök av BVC rekommenderas.

Amning: skall inte amma, konservativ nedläggning, CAVE Dostinex eller Pravidel.

4. Aktivt samarbete med socialtjänsten/Tvärprofessionella samverkansteam



Kring psykisk sårbarhet/sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap

Samverkansteam

- Träffas c:a en gång per månad.
- Modellen bygger på samverkan mellan:
- MHV, BHV, Psykiatri, BUP, Socialtjänst och Kvinnoklinik.
- Ärenden kan diskuteras anonymt i gruppen eller om kvinnan ger sitt medgivande kan ärendet diskuteras öppet.

Nytta

- **MHV**
 - Snabba remissvägar
 - Konsultationsmöjlighet
 - Trygghet av omhändertagande
- **Obstetrik**
 - Förberedd patient/vårdplanering
 - Trygghet hantering patient förlossning & BB genom/vårdplanering
 - Snabbare utskrivning/undvikande akuta socialtjänstärenden
- **Psykiatri**
 - Trygghet hantering svårast sjuka patienter/konsultation perinatal expertis
 - Undvika återinsjuknande och komplikationer / mor-barn separation
 - Barnets behov tillgodoses

Utmaningar

- Patienttryck överstiger avsatt **tid**
- 5% remitteras / **vem missar vi?** Stigma? Normal/psyk?
”Graviditetens och spädbarnsperioden psykologiska faser” i VP SLL S. 124-126
- Mer omfödelskor med tidigare PPD? – EPDS på BVC:
upprepa? Uppföljning/**vårdnivå?**
- Rättvis vård Stockholm/läkemedel & **amning**
psykofarmaka: Perinatalpsykiatrisk nätverk Stockholm

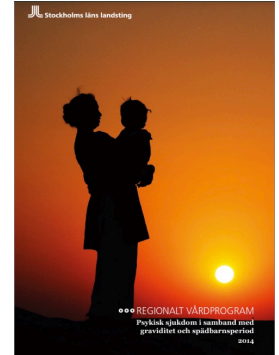
Vidareutveckling

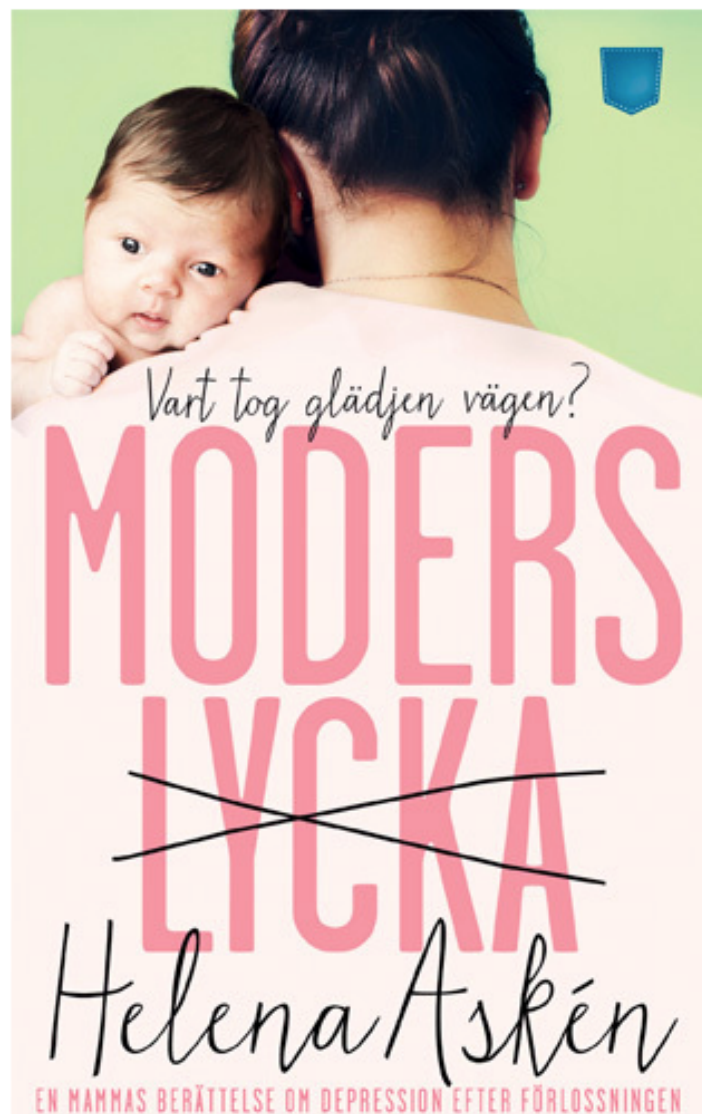
- Utveckla tillgång till **alternativa behandlingar** utöver läkemedelsbehandling (Yoga? Föräldrargrupper? Wait-Watch-Wonder/Newborn Behavioral Observation (NBO)? Internetpsykiatri?)
- Förlossningbrev/Journalmall
- Huddingemodell → Stockholm

Litteraturtips

Kliniska Informationskällor

- www.janusinfo.se
- SLL: Psykisk Sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod www.psykiatristod.se
- Behandling av depression och ångestsyndrom under graviditet och amning www.lakemedelsverket.se





Sue Gerhardt Kärlekens roll

Karneval förlag

HUR KÄNSLOMÄSSIG NÄRHET
FORMAR SPÄDBARNETS HJÄRNA

*"En oerhört viktig
bok som måste läsas
av varje förälder, läkare, lärare
och politiker."* DANIEL GOLEMAN,
FÖRFATTARE TILL KÄNSLANS INTELLIGENS

Marcé Society for Perinatal Mental Health

- Forskning & Klinik
- Multidisciplinär
- Kongress vartannat år, 24-25/10 -19 på Ersta, Sthlm
- **Aktivt webforum**, bl a läkemedelsfrågor, nyaste forskning
- www.marcesociety.com
- www.nordicmarce.com



The
Marcé
Society

for Perinatal Mental Health

Diskussion & Frågor

Kontakt

- margareta.blomdahl-wetterholm@sll.se
- marie.bendix@sll.se