

Psykisk sjukdom under och efter graviditet, vårdplanering

Förändringar sedan föregående version

Ändrat att preventivmedelsrådgivning sker i graviditetsvecka 37. Vid pågående kontakt med psykiatrien skall telefonuppgifter till psykiatrien skrivas i patientnoteringsruta.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Utförande.....	2
Barnmorska/Vid första graviditetsbesöket.....	2
Barnmorska/PAB	3
MHV-läkare/läkare på kvinnoklinik.....	6
Individuell vårdplanering.....	6
Vid oro för barn, födda och ofödda	7
Ansvar	8
Arbetsgrupp	8

Bakgrund och syfte

Graviditet och tiden postpartum är en period då det föreligger ökad risk att insjukna eller försämras i psykisk sjukdom. En individuell vårdplanering för tiden under graviditet och efter barnet är fött syftar till att förebygga insjuknande eller försämring samt att optimera förutsättningarna för god hälsa och föräldraförmåga.

Identifiering av gravida med riskfaktorer för att insjukna eller försämras i psykisk sjukdom sker vid inskrivningssamtalen i enlighet med rutinen [Psykologisk och social bedömning - handläggning under graviditet Barnmorskemottagningar VGR](#).

Denna riktlinje syftar till att fungera som stöd för fortsatt handläggning och för upprättande av en individuell vårdplanering vid utfall på allvarlig psykisk sjukdom. Riktlinjen syftar också till att tydliggöra ansvar och främja samverkan inom mödrahälsovården (MHV) och mellan olika vårdgivare. Grundregeln är att patienter med allvarlig psykisk sjukdom eller risk för allvarlig sjukdom skrivs in på ordinarie barnmorskemottagning (BMM).

Ansvarsfördelningen, för gravida och nyförlösta, mellan specialistgynekologi, specialistpsykiatri och primärvård regleras i Regional Medicinsk Riktlinje: [Ansvarsfördelning mellan specialistpsykiatri, specialistgynekologi och primärvård för gravida.pdf](#)

Med läkare avses i detta dokument MHV-läkare eller läkare på kvinnoklinik (obstetriker) beroende på lokal kontext.

Utförande

Barnmorska/Vid första graviditetsbesöket

Via [Checklista Första och andra graviditetsbesöket](#) identifieras om patienten har tidigare eller aktuell allvarlig psykisk sjukdom:

- psykos
- postpartumpsykos
- bipolär sjukdom

- inneliggande psykiatrisk vård eller tvångsvård
- suicidförsök
- allvarligt självskadebeteende

Vid utfall enligt checklista och behov av fördjupad anamnes kan extrabesök hos barnmorska bokas inom några dagar för vidare kartläggning.

Meddelande skickas via Säker digital kommunikation (SDK) till den BMM patienten väljer. Patientansvarig barnmorska (PAB) utses i nära anslutning till första graviditetsbesöket, [Första graviditetsbesöket utförd på barnmorskemottagning.](#)

Undantag:

- Långvarig stabil ångest och/eller depression som handläggs obehandlad eller behandlad på vårdcentral med enbart SSRI (sertralin, citalopram, fluoxetin eller paroxetin) och som bedöms välmående.
- Svår eller fobisk förlossningsrädsla, PTSD efter förlossning utan kombinerad tidigare eller aktuell allvarlig psykisk sjukdom enligt listan ovan. Dessa handläggs enligt regional riktlinje Förlossningsrädsla.
- Misstanke om missbruk, pågående eller under senaste året, utgör en särskild grupp där Haga mödra-och barnhälsovårdsteamet/Mödrahälsovård Mobilt Team kontaktas.

Barnmorska/PAB

- Vid utfall på första graviditetsbesöket görs uppföljande besök med fördjupad anamnes och frågor enligt [Psykologisk och social bedömning - handläggning under graviditet Barnmorskemottagningar VGR.](#)
- Vid andra graviditetsbesöket ställs frågor utifrån [Checklista Första och andra graviditetsbesöket](#) och [Psykologisk och social bedömning - handläggning under graviditet Barnmorskemottagningar VGR.](#)

- Hereditet för **perinatal** allvarlig psykisk sjukdom (tex. psykos, allvarlig depression eller suicidförsök), bipolär sjukdom eller psykossjukdom är ett observandum men om avsaknad av egna symtom eller anamnes görs inga ytterligare insatser.
- Patienten uppmanas att höra av sig till ordinarie psykiatrisk mottagning, om hon har en aktuell kontakt, och informera om graviditeten.
- Barnmorska informerar om samverkan mellan berörda vårdgivare för hennes och det väntade barnets bästa. Inhämta patientens medgivande att läsa i NPÖ eller rekvirera journalanteckningar skyndsamt.
- Samtycker inte patienten till samverkan/inhämtning av journal, informeras läkare som bedömer om oro för väntat barn föreligger i en omfattning som medger att samverkan ändå sker enligt Offentlighets- och sekretesslagen, 25 kap, 12 §: [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) | Sveriges riksdag](#)
- Vid pågående kontakt med psykiatrin skall aktuella telefonnummer till mottagningen (tex kontaktsjuksköterska) finnas dokumenterade i rutan för Patientnoteringar.
- Konsultationsärende läggs upp på läkares administrationslista/tas upp på planeringsrund/remitteras till Spec-MVC (M5) enligt lokal rutin. Alternativ är konsultation av Perinatalpsykiatriskt Samverkansteam (PEPS) dit barnmorska kan remittera direkt i enlighet med lokala instruktioner.
- Vid varje besök skärpt observans på hur patienten mår psykiskt. Dokumenteras i MHV3.
- Extra besök till PAB i v 20. Ytterligare extra besök planeras individuellt efter behov.
- Vid behov lyfts ärende i konsultation med psykolog från Psykologmottagningar föräldraskap och små barn (PFOSB)

för eventuellt stöd inför föräldraskapet. Kartläggning av skyddande faktorer görs. Observera att konsultation med psykolog från PFSOB har fokus på föräldrablivande och inte ersätter ovannämnda samverkan med psykiatrin.

- Undersök patientens inställning till och förväntningar på förlossningen. Det finns en ökad risk för förlossningsrädsla vid psykisk sjukdom.
- Undersök patientens inställning till och önskemål om amning. Diskutera för- och nackdelar med amning, till exempel relaterat till medicinering, möjligheten till sömn och avlastning. De flesta aktuella läkemedel passerar över i bröstmjolk, <https://janusmed.se/amning>
- Diskutera planering av tiden postpartum i detalj. Information om betydelsen av sömn, fysisk aktivitet, social samvaro och möjlighet till avlastning. Uppmuntra partner att ta ut föräldradagar i anslutning till att barnet är fött.
- Gör en psykosocial kartläggning där behov av ökat stöd då barnet är fött bedöms, eventuell kontakt med förebyggande socionom. Vid behov planeras möte för Samverkan i vårdkedjan (SIV) alternativt Samordnad individuell plan (SIP).
- Tidig BVC-kontakt rekommenderas, PAB överskärar till BVC, vid individuellt möte där den gravida eller paret inbjuds att närvara.
- Preventivmedelsdiskussion vid besöket i graviditetsvecka 37.

Vid nyinsjuknande under graviditet/postpartum eller om uppgifter om tidigare sjukdom framkommer senare under graviditeten tar PAB kontakt med läkare snarast för individuell vårdplanering.

Observera att gravida och nyförlösta med suicidrisk eller annan akut risk att skada sig själva eller andra ska bedömas akut av psykiater, [Ansvarsfördelning mellan specialistpsykiatri, specialistgynekologi och primärvård för gravida.pdf](#)

MHV-läkare/läkare på kvinnoklinik

- Läkare läser journal via NPÖ eller rekviderade journalanteckningar.
- Vid allvarlig psykisk sjukdom eller riskfaktorer för att insjukna/återinsjukna bör det ofta planeras för läkarbesök i tidig graviditet för bedömning, information och individuell vårdplanering. Detta är särskilt prioriterat om patienten saknar fast vårdkontakt inom psykiatrin. Vårdplanering kan också ske via konferens i PEPS dit barnmorska/PAB kan remittera.
- Den läkare som träffar patienten vid läkarbesök anges med fördel i journalen som Patientansvarig läkare (PAL).
- Vid pågående kontakt med psykiatrin är ordinarie psykiater ansvarig för uppföljning och ordination avseende medicinbehov, dosändringar och eventuella koncentrationsbestämningar. Psykiater samråder vid behov med läkare angående läkemedel, <https://janusmed.se/fosterpaverkan?nplId>
- Saknas aktuell psykiatrikontakt trots allvarlig psykisk sjukdom enligt ovan tar läkare eller PEPS-teamet kontakt med/remitterar till relevant vårdinrättning.

Individuell vårdplanering

- Vid läkarbesök eller PEPS-konferens görs bedömning och individuell vårdplanering av graviditet, förlossning och postpartumperiod.
- PAL eller PEPS-teamet samråder med ordinarie psykiater vid behov.
- Vid behov avstämning med PAB via konsultationsrond eller ny konsultation på PEPS-konferens.
- Om återbesök till läkare ingår i vårdplaneringen är det en fördel om detta görs senast graviditetsvecka 32. Uppmuntra att partner eller annan stödperson är med vid läkarbesök.

- Dokumentera planering av matförsörjning av det nyfödda barnet (amning eller amningsnedläggning). Vid pågående medicinerings konsulteras neonatolog vid behov.
- Förlängd vårdtid på BB, ofta 3–5 dygn. Partner eller annan stödperson prioriteras för att stanna på BB.
- Bedöm behov av psykiatrikonsult innan hemgång
- Överväg sjukskrivning postpartum redan vid utskrivning från BB alternativt via återbesök till läkare 10–14 dagar efter förlossningen så att partner kan vara hemma och vårda barnet.

Vårdplanen sammanfattas i MHV3 med kopia på anteckningen till ordinarie psykiatrimottagning för kännedom + skriv patientnotering om att vårdplanering finns.

Vid oro för barn, födda och ofödda

- Oro för väntat barn följs [Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn Västra Götaland](#)
- Oro för redan födda barn, utfärdas orosanmälan till socialtjänst enligt rutin: [Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa – indikationer och handläggning](#)

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer riktlinjen för att rutinen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam (CMHV), Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Anna Trollstad, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Anna-Karin Broman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Monica Lidbeck, leg. psykolog, CMHV, Regionhälsan.

Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Granskad av: Anna Hagman, (annha67), Överläkare, Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare, Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare, Monica Lidbeck, (monli11), Psykolog, leg.

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-115

Version: 7.0

Giltig från: 2026-06-02

Giltig till: 2028-06-02