PSYKISK SYGDOM I RELATION TIL GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSELSPERIODE

Obstetrisk guidelinemøde 23-25 januar 2025

Revision af guideline "Sårbare gravide" 2014

GUIDELINE GRUPPE

DSOG

Stine Søgaard Andersen

Mathias Johannes Grøn

Böckel-Lundorff

Eleonora Cvetanovska - Tovholder

Elisabeth Graae

Merete Hein - Tovholder

Jo Glud Hjerrild

Emma Sofie Hoegsted

Fanny Elisabet Håkansson Jensen

Kirsten Marie Schiøtt

Fjóla Jónsdóttir

Julia Kilian

Anne Raabjerg Kruse

Morten Lebech

Veronica Tovar Poulsen

Annika Læbo Rasmussen

Elisabeth Thal Rønneberg

Dansk psykiatrisk selskab

Vibe Gedsø Frøkjær
Klinisk professor, Overlæge

Anne Amalie Elgaard Thorup
Professor, Ph.d., speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri

Poul Videbech
Professor, Overlæge, Dr.Med.

Dansk jordemoderfagligt selskab

Stine Høgh, Jordemoder, Ph.d.

REVISION AF GUIDELINE ”SÅRBARE GRAVIDE” FRA 2014

- Nyt navn
- Omfatter hyppigste psykiske lidelser, samt lidelser med risiko for svær psykisk forværring og psykose hos gravide og barslende
- Nyt afsnit om akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende
- Nyt afsnit om stigmatisering
- Afsnit om amning og søvn ved psykisk sygdom i barselsperioden

GRAVIDE MED PSYKISK SYGDOM – PROBLEMATIK RELEVANT FOR ALLE

Stigende tendens til psykisk sygdom under graviditet, samt psykosocial sårbarhed (hver 5. gravid)
Komplekse patienter, med risiko for psykisk forværring og obstetriske komplikationer
Oplevelse af stigmatisering
Behov for tværfaglige forløb; vigtigt at kende samarbejdspartnere, især ved akut psykiatrisk og/eller socialt behov
Tidlige indsats er afgørende mhp. reduktion af risiko for psykiske sygdomme hos børnene senere i livet

SELVMORD UNDER GRAVIDITET ELLER OP TIL 1 ÅR EFTER FØDSEL, DANSK DATA 2002-17

38 selvmord i alt i perioden 2002-17 (999.206 levendefødte)

Tredje hyppigste årsag for maternel død, men Nr 1 i det første år efter fødslen

Forslag for tværfagligt forløb for gravide og barslende med psykisk sygdom		
Fagpersonens funktion	**Graviditet**	**Puerperium**
Egen læge	Visiterer til omsorgsniveau 3 eller 4. Almindelige svangre-kontroller med fokus på den gravides trivsel. Ser den gravide ekstra ved behov. Henviser til psykiatrien ved psykisk forværring, hvis den gravide ikke har psykiatrisk forløb.	Vurderer den barslendes psykiske tilstand ved 8 ugers post partum kontrol eller før, ved tegn på psykisk forværring. Opmærksomhed på udvikling af postpartum depression.
Konsultations Jordemoder	Fokus på psykisk tilstand, tegn på prænatal tilknytning og plan for fødslen. Etablerer kontakt til sundhedsplejersken allerede i graviditeten.	
Obstetriker	Ved symptomer, der påvirker funktionsevner/kræver sygemelding, eller ved komorbiditet, ser pt tidligt i graviditeten. Henviser til psykiatrisk forløb ved psykisk forværring, hvis dette ikke allerede er foretaget via praktiserende læge. Udarbejder individuel plan for opfølgning under graviditeten, ud fra det samlede forløb og evt. komorbiditet. Fokus på evt. behov for sygemelding.	Ser pt. under barselsindlæggelsen ved behov. Orienterer evt. psykiatriske arbejdspartnere om udviklingen under fødslen og barselsindlæggelsen. Sikrer sig at der er plan for opfølgning hos psykiatrien, hvis kvinden har psykiatrisk forløb. Ved forværring af tilstanden under graviditet eller barselsindlæggelsen,

GENERELLE ANBEFALINGER

- ✓ Information til patienterne om risiko for symptomforværring samt om risiko for postpartum depression
- ✓ Individuel vurdering af behov for tilvækstscanning (polyfarmaci, svære psykiske symptomer, behov for tryghedsscanning)
- ✓ Tilvækstscanning 28 og 34 uger ved aktiv anorexi
- ✓ Husk indskærpet pligt for underretning (se skabelon i guideline)
- ✓ Udarbejdelse af plan for amning og søvn
- ✓ Tværfaglig guideline om psykofarmaka (DSOG + DPS)
- ✓ Sygemelding af mor mhp. at partner overtager barslen
- ✓ Plan for prævention (evt gratis i afdelingens regi)
- ✓ Tæt samarbejde med sundhedsplejerske, kommunale tilbud

AKUTTE PSYKIATRISKE TILSTANDE HOS GRAVIDE OG BARSLENDE

- Nyt afsnit i guideline
- Udarbejdet med fokus på klinisk anvendelighed, idet akutte psykiatriske tilstande kan optræde pludseligt peripartum, med simultant behov for obstetrisk behandling

TYPER AF AKUTTE PSYKIATRISKE TILSTANDE HOS GRAVIDE OG BARSLENDE

1. Søvnforstyrrelser
2. Vrangforestillinger og hallucinationer
3. Svære affektive symptomer
4. Akut angst og dissociative tilstande
5. Funktionelle anfald (FDS/PNES)
6. Suicidal adfærd og impulser
7. Selvskadende adfærd og impulser

ALGORITME FOR HÅNDTERING AF AKUTTE PSYKIATRISKE TILSTANDE HOS GRAVIDE OG BARSLENDE

Baggrund

- Afdækning af relevant anamnese, prædisponering

Vurdering

- Symptomatologi
- Differentialdiagnoser
- Forslag til udredning/undersøgelser

Håndtering

- Konkrete forslag til håndtering, herunder præparatvalg og dosis v. farmakologisk behandling
- Opmærksomhedspunkter, fx fokus på sikkerhed for mor/barn

EKS. DISSOCIATION

I obstetrikken opleves grader af dissociation hos omkring 10% af fødende kvinder (*Zambaldi 2011; Choi 2016*)

Dissociation kan optræde i forskellige former:

- **Depersonalisation** – en 'ud af kroppen' oplevelse
- **Derealisation** – Omgivelserne virker uvirkelige eller kulisseagtige
- **Somatoform dissociation** - Oplevelse af pludselige ændring af sanser eller bevægelser
- **Dissociativ amnesi**

Ved dissociation opleves kontakten med kvinden læderet – hun virker 'fjern', trukket ind i sig selv og pludselig ændret.

SØVNFORSTYRRELSER

Kliniske rekommandationer	***Styrke***
Søvnforstyrrelser forsøges først håndteret non-farmakologisk.	D
Ved manglende effekt af non-farmakologiske tiltag, kan farmakologiske tiltag tages i brug f.eks.: • Tbl. zolpidem 10 mg eller tbl. Zopiclon 7,5 mg ved indsovningsbesvær *eller* • Tbl. oxazepam 15 mg ved gennemsovningsbesvær	D
Quetiapin anvendes som udgangspunkt ikke til patienter uden underliggende psykotisk lidelse. Undtagelsesvis kan Quetiapin anvendes efter konferering med psykiater	D
Melatonin bør ikke anvendes under graviditet eller amning	D

STIGMATISERING

NYT AFSNIT

Hvad er stigmatisering?:

- En social proces, hvor marginaliserede mennesker dømmes, associeres med negative kvaliteter, andetgøres, devalueres og diskrimineres af majoritetsgrupper/mennesker i mere magtfulde positioner på baggrund af uvidenhed og fordomme (Knaak et al. 2017; Papish et al. 2013).

Stigmatisering foregår:

- intrapersonelt (selvstigmatisering)
- interpersonelt (mellem mennesker)
- på strukturelt niveau (love, institutioner, systemer)

I sundhedssystemet opstår stigmatisering på alle niveauer:

- selvstigmatisering som patient
- stigmatisering af patienter fra de sundhedsfagliges side og fra sundhedssystemets side (Knaak et al. 2017)

Reduktion af stigmatisering vil kunne gavne gravide og barslende:

- LGBTQIA+
- Minoritetsetniske
- Med høj vægt
- Med handicap
- Med psykiatriske diagnoser

STIGMATISERING AF PATIENTER MED PSYKISK SYGDOM I SOMATIKKEN/OBSTETRIKKEN

Baggrund

- Læger mangler viden om psykisk sygdom
- Patienter oplever dårligere behandling, har mindre tillid

Konsekvenser

- Mindre/begrænset behandling
- Øget forekomst af stress, angst og depression, herunder perinatal depression
- Patienterne underrapporterer problemer og er mindre hjælpsøgende
- Tvivl på egne forældre evner/selvstigma

Tiltag / løsningsforslag

- Uddannelse i evidensbaseret kendskab til psykisk sygdom og stigmatisering
- Fokus på sprogbrug: "Person first" og "speak up"
- Erkend fordomme
- Vær varsom med at afskrive symptomer som psykiske

DISKUSSION

- Vil alle sundhedsfaglige kunne anvende afsnittet *Akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende* ved behov?

- Planlægning af tilvækstscanning efter individuel vurdering (medmindre aktiv anoreksi)