

Vårdprogram för Depression post partum

Vårdprogrammet har utarbetats och reviderats av Psykologverksamheten inom
Mödrahälsovård och Barnhälsovård.

Vårdprogrammet har antagits av ledningen för Barnhälsovården, Primärvården och
medicinskt ansvarig inom Primärvården.

Reviderad 2024-09-09

Innehåll

Bakgrund	3
Att bli förälder	3
Psykiskt mående och sjukdom i samband med barnafödande:.....	3
Konsekvenser för barnet om en förälder är deprimerad/lider av psykisk ohälsa	4
Identifiering av föräldrar med depression/psykisk ohälsa inom barnhälsovården	4
Arbetsmetod och ansvar för olika vårdgivare	5
Sjuksköterska inom Barnhälsovården	5
Screening med självskattningsformuläret The Edinburgh Post Natal Scale.....	5
Självskattningsformulär	5
Värdering av poäng	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Samtal kring frågeformuläret	6
Bedömning efter ifyllt formulär och samtal.....	6
Samtalsstöd	6
Fortsatt kontakt	7
Behandlande läkare inom primärvården	7
Riktlinjer kring medicinering depression post partum	8
Psykolog inom Psykologverksamheten för Mödrahälsovård och Barnhälsovård	8
Referenser	9
Bilaga 1 - EDPS självskattningskala	
Bilaga 2 - Dokumentation	

Bakgrund

Att bli förälder

Under övergången till föräldraskapet påverkas såväl den födande som den icke-födande föräldern psykologiskt och barnets första månader innebär ökad känslomässig sårbarhet hos båda föräldrarna.

Psykiskt mående och sjukdom i samband med barnafödande:

Den känslomässiga öppenheten gör föräldrarna mottagliga för barnets kommunikation och ökar förmågan till inlevelse i barnets behov och intentioner. Men under samma tid ökar också risken för nedstämdhet och ångest. Depression och ångestillstånd (som ofta uppträder tillsammans) är de vanligaste komplikationerna efter en graviditet och förlossning, vilka sin tur kan påverka kvaliteten på föräldraförmågan. Något som kan få negativa konsekvenser för barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling under de första levnadsåren, problem som även kan kvarstå längre upp i åldrarna (Netsi et al, 2018).

De flesta studier av psykisk ohälsa i samband med barnafödande är gjorda på gravida och födande föräldrar, men även icke-födande föräldrar kan drabbas (Paulson, J F. et al. 2010, Massoudi, P. 2013 & Huller Harari et al, 2022).

50-80% av alla födande föräldrar upplever ökad labilitet, irritabilitet och nedstämdhet post partum. Detta kallas i det oftast okomplicerade fallet ”blues” och förekommer vanligen 3-5 dagar post partum och går i allmänhet över efter 1-2 veckor. Om ”bluesen” pågår längre kan detta vara ett tecken på en begynnande depression.

Ca 13% av alla födande föräldrar i Sverige drabbas av depression post partum. Knappt en tredjedel av depressioner i samband med graviditet och barnafödande startar redan före graviditeten, en tredjedel under graviditeten och drygt en tredjedel efter förlossningen (Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al, 2013). Det är då vanligast att de depressiva symtomen kommer under de första tre till sex månaderna efter förlossningen (Wickman, A et al, 2019 & Paulsen, F et al 2010). Majoriteten av de födande föräldrar som får depression post partum tillfrisknar inom några månader, medan knappt en tredjedel fortfarande är deprimerade ett år efter barnets födelse (Rubertsson, C, 2021).

Enligt Massoudis svenska studie från 2013 visade 6 % av de nyblivna fäderna tecken på oro, stress och depression och 1,3% av fäderna uppfyllde kriterierna för diagnosen ”egentlig depression”. För icke-födande föräldrar kommer symtomen vanligen under senare delen av barnets första halvår (Wickman, A et al, 2019 & Paulsen, F et al 2010).

Wickberg & Hwang (2003) skriver ”Den kliniska bilden av en depression post partum är den samma som för depressioner under andra perioder i livet” med symtom som sänkt stämningsläge, skuld känslor, extrem trötthet, svårigheter att fatta beslut, hopplöshet, stresskänslighet etc.

Forskning på födande föräldrar (Silverman et al, 2017) visar att den största risken för att drabbas av en post partum depression har de som: tidigare haft en eller flera depressioner, har något annat psykiatriskt tillstånd och /eller varit med om våld i nära relationer. Andra, mer



måttliga riskfaktorer för att drabbas av en post partum depression är: svåra livshändelser, bristande stöd från partner och eller socioekonomiska svårigheter.

1-2% av alla födande kvinnor drabbas av postpartumpsykos. Insjuknandet sker i allmänhet under de två till fyra första veckorna efter förlossningen. Störst risk att insjukna har de som tidigare haft en postpartumpsykos, återfallsrisken är ca 50 %. Hos födande med bipolär sjukdom är också risken mycket förhöjd (Jones, I. 2014). Tillståndet kräver snabb bedömning och inläggning på psykiatrisk klinik.

Konsekvenser för barnet om en förälder är deprimerad/lider av psykisk ohälsa

En deprimerad förälder kan leda till att spädbarnet uppvisar lägre aktivitetsnivå, visar mindre uppmärksamhet mot föräldern, minskar sitt joller och sin uttrycksfullhet, tittar bort mera liksom är mer missnöjd och svårare att tillfredsställa.

Depressionens varaktighet liksom tillgång till eller brist på stöd från partner och andra anhöriga som kan vara anknytningspersoner, är avgörande för hur allvarliga de framtida konsekvenserna för barnet blir. I de fall där någon av föräldrarna drabbas av depression post partum och till följd av detta har en nedsatt föräldraförmåga, kan den andre förälderns fungerande bindning till barnet utgöra ett skydd. Därför bör en sjukskrivning av en deprimerad föräldraledig förälder alltid beaktas vid en medicinsk bedömning. Om en förälder är deprimerad ökar dock risken för att den andre föräldern också har en psykisk ohälsa.

Identifiering av föräldrar med depression/psykisk ohälsa inom Barnhälsovården

För att kunna identifiera födande föräldrar med nedstämdhet och depression post partum används inom Barnhälsovården nationellt liksom inom Barnhälsovården i Region Kalmar Län **The Edinburgh Postnatal Depression Scale** (EPDS). Den är särskilt utformad för nyblivna födande föräldrar. Skalan är inte validerad för icke-födande föräldrar, men kan för icke-födande föräldrar användas på indikation.

För icke födande föräldrar används sedan 2019 inom Barnhälsovården i Region Kalmar Län det **Enskilda föräldrasamtalet** (vilket också är en del av det nationella BHV-programmet. För metodinformation se www.rikshandboken.se), som en möjlighet för den icke-födande föräldern att få prata om föräldraskapet, barnet, familjen och om sig själv – ett samtal där ohälsa hos den icke-födande föräldern också kan identifieras.



Arbetsmetod och ansvar för olika vårdgivare

För att förebygga, upptäcka, behandla och ge adekvata insatser vid depression post partum med det lilla barnets bästa i fokus, är det viktigt att det finns fungerande vårdkedjor.

Barnhälsovård, hälsocentral/primärvård och psykiatri kan alla vara berörda i arbetet med depression post partum. Nedan följer en beskrivning av vilket ansvar och uppgifter primära aktörer har i vårdflödet kring depression post partum.

Sjuksköterska inom Barnhälsovården

BHV har en nyckelroll när det gäller att förebygga, upptäcka och hantera depression post partum hos båda föräldrarna, då BHV kommer i kontakt med nästan samtliga nyblivna föräldrar.

Vid första hembesöket lämnar sjuksköterskan broschyr och informerar om depression post partum. (Att upplysa om depression post partum, kan ge de nyblivna föräldrarna möjlighet att vid ett senare tillfälle berätta hur de mår.) Vid de kommande besöken frågar sjuksköterskan föräldrarna hur de mår och är observant på hur samspelet mellan förälder och barn fungerar.

När barnet är runt 6 – 8 veckor erbjuds alla födande föräldrar EPDS för screening av upplevd psykisk hälsa.

Screening med självskattningsformuläret The Edinburgh Post Natal Scale

EPDS konstruerades 1985 av John Cox (professor i psykiatri) och hans medarbetare. EPDS är särskilt utformad för födande föräldrar och har i flertalet studier funnits vara reliabel och valid. Skalan består av tio frågor, vilka handlar om upplevd psykisk hälsa under de 7 senaste dagarna. Dessa frågor besvaras av den nyblivna födande föräldern.

Skalan får kopieras och finns i rapporten ”Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande” av Birgitta Wickberg och Philip Hwang (2003). Rapporten finns att köpa via Statens Folkhälsoinstitut (www.fhi.se) och är en kunskapsöversikt om perinatal psykisk ohälsa och finns översatt till flera språk (se www.rikshandboken.se).

Skalan finns även som bilaga till detta vårdprogram (se bilaga 1).

Självskattningsformulär

Samtliga nyblivna födande föräldrar erbjuds självskattningsformuläret, när barnet är 6 – 8 veckor. Att fylla i formuläret är frivilligt. Det är bra om den födande föräldern kan fylla i formuläret på ostörd plats (på mottagningen). Sjuksköterskan läser igenom resultaten medan mamman är kvar på mottagningen och ger respons på utfallet (oavsett poäng).

Värdering av poäng

Det är viktigt att komma ihåg att det är samtalet och inte poängantalet som är avgörande och att EPDS-poäng aldrig kan ersätta en klinisk bedömning. Poängsättningen för formuläret finns i kodningsmallen. Poängen bör inte tolkas alltför bokstavligt. Syftet med skattningen är möjligheten till samtal utifrån de svar som ges.

Riktlinjerna nedan bör därför inte följas strikt, utan förutsätter att tolkaren har kunskap om skalan och problematiken.



- 0-poäng ger upphov till reflektion. Det är normalt att få några poäng.
- 1-11 poäng, sannolikt ingen depression. Ingen särskild åtgärd, om inte fråga 10 har gett poäng.
- Över 11 poäng föranleder ofta någon åtgärd och kan innebära misstanke om depression.
- Utfall på fråga 10 bör undersökas noga.
- Fråga 4, 5 och 6 är frågor som har samband med ångestproblematik. Var uppmärksam på om kvinnan skattat högt på dessa och fråga mer kring svaren, för att fånga upp den typen av svårigheter.

Samtal kring frågeformuläret

I direkt anslutning till att den födande föräldern fyllt i formuläret, genomför sjuksköterskan ett samtal med föräldern med svaren som utgångspunkt. Sjuksköterskan leder samtalet, där föräldrarnas svar är utgångspunkten. Föreligger osäkerhet om höga poäng är tillfälliga eller inte, kan den födande föräldern erbjudas en ny EPDS-skattning några veckor senare.

Bedömning efter ifyllt formulär och samtal

Det är vad som kommer fram i samtalet, snarare än poängen (dvs sammantagen bedömning) som avgör vidare åtgärder. Screening och samtal kan leda fram till bedömningen att en eller flera åtgärder behöver vidtas. MBHV- psykolog kan alltid konsulteras för vägledning och stöd. Det är viktigt att sjuksköterskan noterar i patientens journal om hen tackar ja eller nej till föreslagna åtgärder.

Möjliga åtgärder kan vara:

- Samtalsstöd (se nedan)
- Remittera föräldern till läkare på hälsocentral för medicinsk bedömning.
- Ta direkt kontakt med läkare på hälsocentral eller med akutpsykiatrien vid misstanke om allvarligt tillstånd.
- Remittera till MBHV psykolog för stöd i föräldraskapet.
- Samverka/ta kontakt med Socialtjänsten.

Samtalsstöd

Om bedömning görs att samtalsstöd är en adekvat åtgärd, erbjuder BHV-sköterskan den födande föräldern 3-5 samtal.

Samtalsmetoden för BHV-sjuksköterskan är stödjande samtal (counselling), en metod som utgår från Carl Rogers teori och metod. Centralt i metoden är antagandet att varje individ vet vad som är bäst för hen och att hen kan påverka sin omgivning istället för att passivt acceptera det som sker. Vid en depression upplever individen ofta kontrollförlust. En professionell person som lyssnar och erbjuder en trygg miljö, kan vara en hjälp till att återta kontrollen över tillvaron. Inom counselling betonas välbefinnande, hälsa och självförverkligande snarare än ohälsa, sjukdom och missanpassning (Wickberg & Hwang 2003).

Tre förhållningssätt i samtalsmetoden betonas:



- Lyssnarens empati
- En positiv syn på klienten
- Vikten att som professionell vara genuin (äkta), dvs att vara sig själv.

I en Göteborgsstudie gjord av Wickberg och Hwang 1996, förbättrades 80% i behandlingsgruppen jämfört med 25% i kontrollgruppen efter (1-6) stödjande samtal med BHV-sköterska. Sköterskorna i studien hade alla fortbildning och regelbunden konsultation av BHV-psykolog.

Fortsatt kontakt

Oavsett om det blir ett utfall på EPDS och en åtgärd erbjuds eller om det inte blir utfall, fortsätter BHV-sjuksköterskan att följa upp hur det går för barnet och familjen. Bara för att en förälder behandlas för sin depression, behöver inte samspelet med barnet automatiskt förbättras. Det är därför viktigt att BHV-sköterskan under behandlingstiden har fokus på barnet och på så vis kan hjälpa föräldrarna att möta barnets behov.

Enskilt föräldrasamtal

När barnet är 2,5-4 månader erbjuds den icke-födande föräldern ett enskilt föräldrasamtal. Ett av syftena med det samtalet är att fånga den icke-födande förälderns mående. Uttrycker föräldern att hen inte mår bra psykiskt ställer sjuksköterskan 2 screeningfrågor (Whooley-frågorna) och vid utfall på dessa, erbjuds EPDS även till den icke-födande föräldern med möjlighet till samma handläggning som för den födande föräldern.

Dokumentationsstöd till EPDS screening, stödjande samtal och Enskilt föräldrasamtal finns i bilaga 2.

Behandlande läkare inom primärvården

Läkaren på Hälsocentralen har en central roll i vårdprocessen för depression post partum. Genom läkarens bedömning görs ställningstaganden kring eventuell diagnos och behandling samt övriga åtgärder som kan behövas, där det lilla barnets bästa bör vara i fokus. Läkaren har även att beakta övriga vårdprogram utarbetade inom Region Kalmar Län, tex suicidprevention. Vid behov kan läkaren kontakta MBHV psykolog för samverkan eller konsultation kring vårdprocess, barnet eller föräldraskapet. Läkaren noterar i journal om patienten tackar ja eller avböjer föreslagna åtgärder.

Läkarens uppdrag är att:

- Erbjudna skyndsamtal för bedömning när misstanke finns om depression post partum, d.v.s. när patienten har ett litet barn (0-12 månader).
- Göra en medicinsk bedömning. TSH prov skall alltid göras.
- Föra en dialog med den födande föräldern kring behovet av sjukskrivning för att det lilla barnets behov och signaler ska kunna tillgodoses av den icke födande föräldern under en period. Är den icke -födande föräldern patient och föräldraledig bör samma ställningstagande göras.



- Ta ställning till om medicinsk behandling och/eller behandling via Enheten för psykisk hälsa ska sättas in och hur uppföljning av denna ska se ut.
- Ta ställning till om annan åtgärd behövs t.ex. remiss till psykiatri.

Riktlinjer kring medicinering depression post partum

För val av läkemedel var god se ”Rekommenderade läkemedel”.

- Värdera och ompröva eventuell pågående medicinering
- Vid osäkerhet om val av preparat och dosering skall kontakt tas med psykiatri.
- När medicinering är befogad är det viktigt att stötta och motivera patienten/föräldern till detta.
- Beredskap skall finnas för återinsättning av medicin om patienten/föräldern av någon anledning avslutat behandlingen. Samverkan mellan BHV-sjuksköterska och behandlande läkare är viktig, för att erbjuda patienten den hjälp hen behöver.

Psykolog inom Psykologverksamheten för Mödrahälsovård och Barnhälsovård

Psykologens roll i vårdprocessen för depression post partum är förebyggande, utbildande/vårdutvecklande, konsultativ och i vissa fall patientnära. Psykologens huvudfokus är det lilla barnets bästa. Psykologen ska:

- Bistå med konsultation till personal inom BHV.
- Samverka kring berörda familjer med sjuksköterskor inom BHV samt med läkare inom Primärvården.
- Ge insatser till föräldrar med fokus på omställningen att bli förälder, föräldraskapet och relationen till barnet.
- Hålla sig uppdaterad och sprida ny kunskap och forskning inom området till sjuksköterskor inom BHV.
- Undervisa i användandet av EPDS-metoden till födande föräldrar och Enskilt föräldrasamtal till icke-födande föräldrar.
- Vid behov initiera kontakt/samverka med Socialtjänst och/eller Vuxenpsykiatri.

Referenser

Vårdprogrammet bygger på nedan listade referenser, vilka också utgör grunden för det nationella Barnhälsovårdsprogrammet inom ämnesområdet. (Se Rikshandboken.)

Bergström M. *Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being.* *Birth.* 2013;40(1):32-8.

Cooper PJ. & Murray L. (1998). *Postnatal depression, clinical review.* *British Medical Journal*, 316, 1884-18886.

Fransson, E et al. Maternal perinatal depressive symptoms trajectories and impact on toddler behavior - the importance of symptom duration and maternal bonding. *J Affect Disord.* 2020;

Huller Harari, L. et al. Risk factors for postpartum depression among sexual minority and heterosexual parents. *Australasian Psychiatry.* 2022;

Hydén LC, Baggens C. *Joint working relationships: children, parents and child healthcare nurses at work.* *Commun Med.* 2004;1(1):71-83.

Jones, I. et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet.* 2014;

Massoudi P. (2013). *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period: prevalence, correlates, identification and support.* Avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Massoudi,P. Hwang CP, Wickberg B. *Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study.* *Scand J Public Health.* 2016;

Massoudi P, Hwang C.P, Wickberg B. *How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and distress in fathers? A validation study in a population based Swedish sample.* *Journal of Affective Disorders.* 2013;149:67-74.

Netsi E, Rebecca M. Pearson R, Murray L, Cooper P, Craske M, Stein A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry* 2018;75(3):247-253.doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363 Published online January 31, 2018.

Paulson, F et al. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA.* 2010;

Rubertsson, C. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Affective Disorders,* 2021.

Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies.* *Acta Paediatrica.* 2008;97:153–8.

Silverman ME et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and Anxiety*. 2017;

Vliegen,N. et al. *The course of postpartum depression: A review of longitudinal studies*. *Havard Review of Psychiatry* 2014.

Wells MB, Massoudi P, Bergström M. *Swedish child health nurses treat fathers more equally in 2014 than 2004, but mothers remain their primary focus*. *Acta Paediatrica*, 106;1302-1308.

Wickberg B, Massoudi P. *Viktigt mota effekterna av postpartumdepression. Psykologisk behandling med KBT är effektivt för både mamma och barn*. *Läkartidningen* 2018;115ETX7.

Wickberg B, Hwang C. P. *The Edinburgh Postnatal Scale: Validation on a Swedish community sample*. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:181-184.

Wickberg B, Hwang P. *Post Partum Depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Statens folkhälsoinstitut; 2003.

Wikman, A. et al. *Characteristics of women with different perinatal depression trajectories* *Journal of neuroscience research*. *Journal of neuroscience research*. 2019;

Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. *Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen positive depression findings*. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490-8.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Datum

Namn ☎

Eftersom Du nyligen fått barn, skulle vi vilja veta hur Du mår.

Var snäll och stryk under det svar, som bäst stämmer överens med hur Du känt Dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur Du mår idag.

Här är ett exempel, som redan är ifyllt

Jag har känt mig lycklig

- Ja, hela tiden

- Ja, för det mesta

- Nej, inte särskilt ofta

- Nej, inte alls

Detta betyder – jag har känt mig lycklig mest hela tiden under veckan som har gått.

Var snäll och fyll i de andra frågorna på samma sätt

Under de senaste 7 dagarna

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan

- Lika bra som vanligt

- Nästan lika bra som vanligt

- Mycket mindre än vanligt

- Inte alls

2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända

- Lika mycket som vanligt
- Något mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt
- Inte alls

3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett

- Ja, för det mesta
- Ja, ibland
- Nej, inte så ofta
- Nej, aldrig

4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning

- Nej, inte alls
- Nej, knappast alls
- Ja, ibland
- Ja, mycket ofta

5. Jag har känt mig skrämnd eller panikslagen utan speciell anledning

- Ja, mycket ofta
- Ja, ibland
- Nej, ganska sällan
- Nej, inte alls

6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket

- Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls
- Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
- Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
- Nej,

7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova

- Ja, mesta tiden
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

8. Jag har känt mig ledsen och nere

- Ja, för det mesta
- Ja, rätt ofta
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit

- Ja, nästan jämt
- Ja, ganska ofta
- Bara någon gång
- Aldrig

10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit

- Ja, rätt så ofta
- Ibland
- Nästan aldrig
- Aldrig

Källa: Cox J L Holden J M Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry; 150:782-786

Dokumentation av EPDS screening och uppföljande stödsamtal

EPDS-screening - Dokumenteras i barnets journal

1. Välj kontaktorsak – 6-8 veckor hälsobesök
2. Sökord **Samtal**

1. Välj något av nedanstående val

- EPDS- Utfört
- EPDS- Ej utfört
- EPDS - Tackat nej
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder - Utfört
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder – Ej utfört
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder- Tackat nej
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder – Går ej att erbjuda
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder- Whooley
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder – EPDS

4. Välj **Åtgärd**

- EPDS – Uppföljningssamtal
- EPDS - Remiss till MBHV-psykolog
- EPDS - Tackat nej till uppföljningssamtal efter utfall
- EPDS - Remiss till primärvård
- EPDS - Remiss till psykiatri
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder – Uppföljningssamtal
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder - Remiss till MBHV-psykolog
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder- Tackat nej till uppföljningssamtal efter utfall
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder – Remiss till primärvård
- Enskilt föräldrasamtal icke födande förälder - Remiss till psykiatrin

Om det blir uppföljningssamtal till sjuksköterska boka in föräldern för ett mottagningsbesök i tidboken. Skapa en **Privat vårdbegäran** via tidboken och välj vårdåtagande **Öppenvård i Primärvård**. Om remiss skickas vid besöket, gör en ny vårdkontakt **Konsultation mottagningsbesök**, skapa en **Privat vårdbegäran** och välj **Öppenvård i Primärvård**. Dokumentera i **föräldrarnas journal** i mallen **Föräldrastöd**.

Uppföljningssamtal - Dokumenteras i vårdnadshavares journal

Första samtal

1. Kassaregistrera besöket – **Avgiftsbefrielse enl regionbeslut**
2. Kontakttyp - **Mottagningsbesök**.
3. Välj Journal – **Ny anteckning**. Obs! kontrollera så att det är rätt datum.
4. Välj Mall – **Föräldrastöd**
5. Välj kontaktorsak – **Uppföljningsbesök EPDS** eller **Uppföljningsbesök icke födande förälder**

Kort beskrivning om anledning till kontakten. *Ex. Inleder samtalsserie efter överenskommelse med NN utifrån utfall på EPDS-formuläret.*

6. Välj Närvarande – **Patient**

7. Välj Aktuellt – kort beskrivning av hur NN mår. *Ex. NN berättar att hon är ledsen och inte känner igen sig själv. Hon önskar få hjälp med detta.*

8. Välj Åtgärd – **Pila över relevanta fasta val till högra fältet**. Kort beskrivning av åtgärder i fritext.

Ex Ny tid om en vecka alternativt om annan kontakt initierats ex. läkarkontakt, planeras.

9. Ny tid bokas i tidboken.

Andra samtal i samtalsserien

1. Kassaregistrera besöket – **Avgiftsbefrielse enl regionbeslut**

2. Välj kontakttyp- **Mottagningsbesök**.

3. Välj Journal – **Ny anteckning**. Obs! kontrollera så att det är rätt datum.

4. Välj Mall – **Föräldrastöd**

5. Välj kontaktorsak – **Uppföljningsbesök EPDS** eller **Uppföljningsbesök icke födande förälder**. Kort beskrivning om anledning till kontakten.

6. Välj Aktuellt – kort beskrivning av hur NN mår.

Ex 1. Samtal med NN. (om inget speciellt har hänt.)

Ex 2. Samtal med NN, som berättar att hon mår sämre. Vi talar om behovet av annan kontakt

7. Välj Åtgärd - **Pila över relevanta fasta val till högra fältet**. - kort beskrivning av åtgärder i fritext. *Ex. Ny tid om en vecka alternativt om annan kontakt initierats ex. läkarkontakt*

Avslutande samtal

1. Kassaregistrera besöket – **Avgiftsbefrielse enl regionbeslut**

2. Välj Kontakttyp - **Mottagningsbesök**.

3. Välj Journal – **Ny anteckning**. Obs! kontrollera så att det är rätt datum.

4. Välj Mall – **Föräldrastöd**

5. Välj Kontaktorsak – **Uppföljningsbesök EPDS** eller **Uppföljningsbesök icke födande förälder**. Kort beskrivning om anledning till kontakten.

6. Välj Aktuellt – kort beskrivning av hur NN mår.

Ex 1. NN berättar nu att hon mår bättre. Hon erbjuds att fylla i ett nytt EPDS formulär som också visar att hon inte är lika ledsen som tidigare.

Ex 2. NN berättar att hon fortfarande är ledsen. Hon erbjuds att fylla i ett nytt EPDS formulär som visar att hon har depressiva symtom. Vi kommer överens om att jag konsulterar BHV-psykolog för ev vidare kontakt.

7. Välj Åtgärd - **Pila över relevanta fasta val till högra fältet** - kort beskrivning av åtgärder i fritext.

Ex.1 Vi avslutar samtalsserien.

Ex 2 Konsultation med BHV-psykolog samt telefonkontakt med NN för besked.