Godkänt den: 2024-10-08
Ansvarig: Sara Sylvén
Gäller för: Akademiska sjukhuset; Psykiatri

Klinisk handbok om psykisk sjukdom hos gravida

Innehåll

Bakgrund 5
Psykiatrisk diagnostik 6
Struktur för omhändertagande av gravida med psykisk sjukdom 6
Psykosocial kartläggning och bedömning 7
Närståendes delaktighet 8
Initiera kontakt med socialtjänsten 8
Efter barnets födelse 8
Barnavårdscentralen, BVC 8
Avslut av de psykosociala insatser som initierats under graviditeten 9
Etablera samarbete med barnmorska 9
Struktur för omhändertagande inom kvinnosjukvården av gravida med psykisk ohälsa 9
Affektiva sjukdomar 10
Depression 10
Bipolär sjukdom 12
Inför graviditeten 12
Under och efter graviditeten 13
Rekommendationer vid amning 14
Ångestsjukdomar 14
Personlighetssyndrom 14
Ätstörningar 15
Psykossjukdom 15
Läkemedelsrekommendationer under graviditet och amning 16
Missbruk och beroende 16
Alkohol 16
Läkemedelsberoende 17
Graviditet och LARO-behandling – patienter med opiat-/opioidmissbruk 17

DocPlus-ID: *DocPlusSTYR-13692*
Version: *7*
Handlingstyp: Instruktion/Rutin

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar 19
ADHD 19
Autismspektrumtillstånd 19
Intellektuell funktionsnedsättning 20
ECT 21
ECT under graviditet 21
ECT och amning 22
Läkemedelsbehandling 22
SSRI 22
Graviditet 22
Amning 23
SNRI 23
Graviditet 23
Amning 24
Tricykliska antidepressiva 24
Graviditet 24
Amning 24
Tetracykliska antidepressiva 25
Graviditet 25
Amning 25
Övriga antidepressiva medel 25
Graviditet 25
Amning 26
Melatonin 26
Graviditet 26
Amning 26
Neuroleptika 27
Graviditet 27
Neuroleptika av fentiazintyp 29
Prometazin 29
Hydroxizin 29
Propiomazin 29
Haloperidol 29

Melperon 29
Sertindol 29
Ziprasidon 30
Flupentixol 30
Klorprotixen 30
Zuklopentixol 30
Övriga neuroleptika av fentiazintyp (levomepromazin, flufenazin, perfenazin och proklorperazin) 31
Amning 31
Neuroleptika av fentiazintyp - amning 32
Prometazin 32
Hydroxizin 32
Propiomazin 32
Haloperidol 32
Melperon 32
Sertindol 33
Ziprasidon 33
Flupentixol 33
Klorprotixen 33
Zuklopentixol 33
Övriga neuroleptika av fentiazintyp (levomepromazin, flufenazin, perfenazin och proklorperazin) - amning 33
Bensodiazepiner 33
Graviditet 33
Amning 33
Bensodiazepinbesläktade läkemedel 34
Graviditet 34
Amning 34
Antiepileptika 34
Graviditet 34
Amning 35
Litium 36
Graviditet 36

Amning 36
Centralstimulerande medel mot ADHD 37
Graviditet 37
Amning 37
Atomoxetin 37
Graviditet 37
Amning 37
Dokumenthistorik 37
Referenser 38

Bakgrund

Graviditet, förlossning och tiden därefter är för många människor en av livets största händelser, och denna tid kommer för de flesta individer att föra med sig både en stor lycka och en hel del utmaningar, både psykologiska och fysiska. Psykisk sjukdom kan leda till svårigheter under graviditeten och den första tiden som förälder, vilket kan medföra risker både för barnet och föräldern.

Kvinnor som bär med sig en sårbarhet sedan tidigare – oavsett om denna är genetisk, social, biologisk eller en kombination av dessa – kan ha behov av ett utökat stöd från sjukvården, och varje kvinna bör erbjudas en individuellt anpassad bedömning, som tar hänsyn till både hennes och barnets bästa. Ofta behövs även ett utökat samarbete mellan olika vårdgivare, såsom mödravård, primärvård, socialtjänst, barnhälsovård och specialistpsykiatri.

Observera att en gravid kvinna med tidigare eller pågående psykiatrisk sjukdom i anamnesen alltid bör ges särskild uppmärksamhet. Beroende på kvinnans anamnes kan det finnas en ökad risk för återinsjuknande under den så kallade peripartalperioden, alltså perioden under och efter graviditet. Kvinnor med psykiatriska diagnoser, såsom bipolär sjukdom eller psykossjukdom, ska erbjudas uppföljning i samarbete med psykiatrin!

Denna kliniska handbok är tänkt som ett stöd i bemötande och behandling av gravida patienter med psykiatrisk sjukdom. Handboken är uppdaterad med de senaste rekommendationerna gällande läkemedelsbehandling vid olika tillstånd. Min förhoppning är att du som kliniskt verksam läkare, specialistsjuksköterska, barnmorska, kurator eller psykolog inom psykiatri, förlossnings/mödravård och primärvård skall hitta svaren på dina frågor här. Längst bak återfinns även en lista på referenser och förslag på fördjupad läsning. Kom ihåg att en papperskopia snabbt kan bli inaktuell, så besök gärna vår externa hemsida för den elektroniska uppdaterade versionen på www.akademiska.se.

Vi vill passa på att tacka nedanstående personer som har hjälpt oss genom att komma med input utifrån sina erfarenheter i olika kapitel:

Tobias Eriksson, chefsöverläkare, Beroende- och neuropsykiatri.

Per Johansson, specialistläkare, Psykosvård och rättpsykiatriskvård.

Birgitta Segeblad, mödrahälsovårdsöverläkare, Kvinnosjukvården.

Lena Axén, samordningsbarnmorska, kvinnosjukvården.

Mai Phuong Dang, specialistsjuksköterska och gravidombud, Affektiv mottagning 3.

Lydia Springer, psykolog och specialist i klinisk psykologi med inriktning på funktionsnedsättning vid SUF-Kunskapscentrum.

Tommie Forslund, psykolog och forskare vid SUF-Kunskapscentrum och Docent i utvecklingspsykologi vid Stockholm universitet.

Förslag till förbättringar tas tacksamt emot.

Sara Sylvén

Tf biträdande verksamhetschef samt specialistläkare, psykiatri

Post doc-forskare, Uppsala universitet, Institutionen för medicinska vetenskaper, psykiatri

sara.sylven@akademiska.se

sara.sylven@uu.se

Psykiatrisk diagnostik

Inom såväl primärvården som psykiatrin bör den diagnostiska processen baseras på en patientcentrerad konsultation med en klinisk bedömning, frågeformulär för symptom- och funktionsskattning samt en strukturerad eller semistrukturerad intervju. Närstående kan bidra med viktig information i den diagnostiska processen. Att korrekt fastställa den psykiatriska diagnosen är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, en adekvat behandling och en adekvat uppföljning.

Då det framkommer misstankar om psykisk ohälsa hos en gravid eller nyförlöst kvinna bör hon genomgå en diagnostik, initierad av primärvården. Processen bör följa rådande riktlinjer:

- Screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
- Klinisk bedömning.
- M.I.N.I. – strukturerad intervju som stöd för diagnostik vid psykisk sjukdom inom primärvården (1).

Vid misstanke om svår psykiatrisk sjukdom eller samsjuklighet remitteras patienten till psykiatrin enligt överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom (2).

Struktur för omhändertagande av gravida med psykisk sjukdom

Det psykosociala omhändertagandet syftar till att stärka kvinnans välmående i relation till hennes omgivning. Det primära är att tillsammans med kvinnan involvera nätverket och medverka till en planering som känns trygg, identifiera behov och aktualisera eventuella stödinsatser.

Mål för det psykosociala omhändertagandet är:

1. Att stärka kvinnans och hennes nätverks möjligheter.

2. Att förbättra kvinnans möjligheter att hantera inre och yttre påfrestningar.
3. Att arbeta för förändringar i den sociala miljön så att kvinnan och barnets livssituation utvecklas gynnsamt.

Psykosocial kartläggning och bedömning

Under 1–3 samtal förs en dialog kring möjligheten till ett mer sammansatt stöd under graviditeten och innebörden av detta. Om kvinnan är intresserad av möjligheten sker en inledande kartläggning av den aktuella psykosociala situationen.

Kartläggningen sker utifrån följande frågeställningar:

- Hur ser den aktuella familjebilden ut? Partner?
- Hur ser relationerna ut inom familjen, med anhöriga, vänner?
- Socialt nätverk. Vilket stöd har kvinnan i dagsläget från sitt nätverk?
- Vilka ytterligare vårdgivare är inkopplade?
- Vilka behov ger kvinnan uttryck för?
- Arbete/sysselsättning.
- Ekonomisk situationen.
- Boendesituation.
- Fysisk aktivitet/fritidsaktivitet.
- Insatser från Kommun, Regionen, Arbetsförmedling, Försäkringskassan, etc.
- Psykisk hälsa
- Beskrivning om personens psykiska hälsoproblem/tidigare och aktuella
- Fysisk hälsa.
- Beskrivning om personens fysiska hälsoproblem/tidigare och aktuella.
- Levnadsvanor.
- Användning av tobak, alkohol och narkotika.
- Behandling, avslutade och pågående.
- Beskrivning om behandling för psykiska/fysiska hälsoproblem, tobaksavvänjning och avgiftning av beroendeframkallande mediciner, alkohol och narkotika.
- Bedömning.
- Åtgärder/åtgärdsförslag.

Utifrån kartläggningen görs en bedömning om vilka det är angeläget att aktualisera ett utökat samarbete med eller vilka stödinsatser som kan vara aktuella.

En av de viktigare faktorerna är även att bedöma kvinnans behov av uppföljning och omfattningen av denna. Under graviditeten kan måendet svänga snabbt och av den anledningen kan en tätare uppföljning, genom besök eller telefonsamtal, vara befogad.

Närståendes delaktighet

Närståendes delaktighet är ofta av stor vikt och ska involveras utifrån vilka kvinnan vill ha med. Det kan vara partner, förälder/föräldrar eller annan närstående. Fokus ska ligga på kvinnans behov och hur närstående kan vara ett stöd under och efter graviditeten. Närstående är de som i första hand kommer att identifiera försämringar i det psykiska måendet och det kan därför underlätta att prata om tidiga tecken och risker efter förlossningen. Det kan vara värdefullt att tillsammans med anhöriga utarbeta en krisplan om hur kontakterna ska se ut vid försämring och hur det ska se ut efter förlossningen.

Initiera kontakt med socialtjänsten

En del behöver insatser från socialtjänsten och det är då viktigt att kontakten etableras före förlossningen, dels för trygghet, dels för att slippa påbörja nya kontakter när man är nybliven förälder.

Insatser som man kan ansöka om är till exempel hemterapeut, kontaktfamilj eller mer omfattande placeringar om behoven är stora. Socialtjänsten är de som bedömer och beviljar lämpliga insatser.

Det finns även råd- och stödverksamheter som inte kräver myndighetsbeslut, där syftet är att stärka relationen mellan förälder och barn.

En del barnmorskemottagningar har samarbete inom ramen för familjecentral med samverkan mellan socialtjänstens öppna verksamhet, öppna förskolan och BVC.

Efter barnets födelse

Efter förlossningen finns en ökad risk för symptom inom de närmaste två veckorna, även om man mått bra under graviditeten. Dialogen med kvinnan och närstående är därför viktig. Erbjud möjligheten till hembesök då det kan vara svårt att komma på bokade tider.

Barnavårdscentralen, BVC

Från BB sker alltid en informationsöverföring till BVC, särskilt om det är något speciellt. Ofta kan man redan under graviditeten initiera kontakt med sköterska på vald BVC, i samråd med kvinnan och hennes partner/närstående. Detta kan med fördel göras vid något av nätverksmötena tillsammans med kvinnans barnmorska.

Avslut av de psykosociala insatser som initierats under graviditeten

Om kvinnan efter förlossningen behöver fortsatt uppföljning inom psykiatrin återgår hon till ordinarie behandlare. Fortsatt stöd och frågor kring föräldraskapet utgår ifrån barnet som anhörig.

Har kvinnan inte behov av specialistpsykiatrins insatser avslutas kontakten, återremittering till primärvården görs av ansvarig läkare.

Etablera samarbete med barnmorska

Grundförutsättningen för att säkerställa en bra planering av graviditet och förlossning utifrån den psykiska hälsan, är att påbörja en tidig dialog med ansvarig barnmorska. Barnmorskan (BM) är den vårdperson som kvinnan har en tidig och regelbunden kontakt med. BM har en samlad kunskap och historiken kring graviditeten och är den som har ansvaret för att sammanställa informationsöverföringen till förlossningen.

Viktiga delar som bör framgå i informationsöverföringen till barnmorskan är:

1. Vilken medicinering kvinnan har, då medicineringen kan påverka barnet under/efter förlossningen.
2. Att tidig hemgång oftast inte rekommenderas för denna patientgrupp.
3. Plan för uppföljning efter förlossning.

Dialogen kan med fördel ske via nätverksmöte för att skapa trygghet och en tydlig gemensam planering. Sträva efter att ha möten på barnmorskemottagningen (BMM) eller specialistmödravårdsmottagningen (SMVC) då det är graviditeten som är i fokus.

Struktur för omhändertagande inom kvinnosjukvården av gravida med psykisk ohälsa

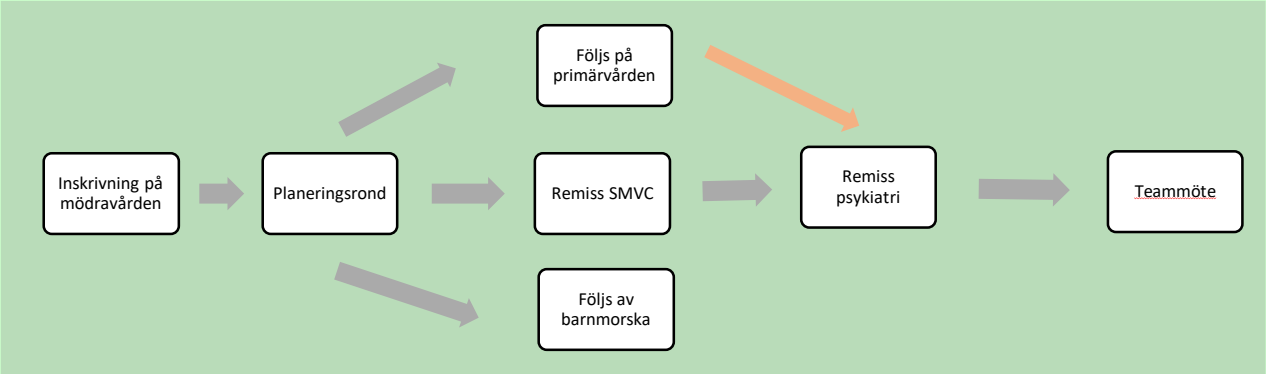
Alla kvinnor kontaktar en barnmorskemottagning under graviditetens första trimester. Barnmorskan ska då efterfråga tidigare psykisk ohälsa, se Graviditetsövervakning, Basprogram för vård och övervakning av graviditet samt Psykisk ohälsa under graviditet (3–5). Om det finns psykisk sjukdom i anamnesen så tas patienten upp på planeringsrond med läkare från obstetriken. Vårdnivå enligt något av nedanstående alternativ:

- Kvinnan fortsätter att följas via enbart mödravården.
- Kvinnan har en fungerande behandling/kontakt via primärvården och fortsätter denna.

- Remiss till Specialistmödravården om det krävs mer omfattande bedömning.

Om remiss skickas till Specialistmödravården kallas patienten till ett besök för bedömning. Om så bedöms kan kontakt med psykiatrin initieras (remiss, ring gärna primärvårdens konsulttelefon för att diskutera, den är öppen vardagar klockan 11-12, telefonnummer 018-611 25 04). Teammöten bör planeras för kvinnor med känd psykiatrisk problematik såsom till exempel bipolär sjukdom och psykossjukdom. Lämpligt är att ha som minimum ett teammöte i början av graviditeten (slutet av första-början av andra trimestern), ett i mitten (cirka v 25–28) och ett i slutet av graviditeten.

Idag finns det ett gravidombud på varje psykiatrisk mottagning som har huvudansvar kring gravida patienter och har möjlighet att sköta samordningen både internt och externt. Informationsbrev om gravidombud finns även tillgänglig i Sharepoint och kan delas ut till patienten. Alla patienter som vårdas inom specialistpsykiatrin bör erbjudas möjlighet till kontakt med gravidombud.



Affektiva sjukdomar

De affektiva sjukdomarna utgör den största gruppen inom psykiatrin, och är därför också den största sjukdomsgruppen hos gravida och nyförlösta. Många av dessa kvinnor behöver inte vårdas inom specialistpsykiatrin, utan kan med fördel omhändertas via primärvård i samarbete med mödrahälsovården enligt överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom (2).

Depression

Depression har enligt rådande kunskapsläge en ojämn könsfördelning, och förekommer dubbelt så ofta hos kvinnor. Livstidsprevalensen för kvinnor att insjukna i depression har beräknats till 30 %, där de flesta insjuknar i reproduktiv ålder. Otillräckligt socialt stöd och negativa livshändelser innebär en ökad risk att drabbas av depression.

Depression verkar, enligt vad vi vet idag, vara minst lika vanligt hos gravida som hos icke-gravida. Det finns ett tydligt samband mellan depression under graviditeten och postpartumdepression, där ungefär hälften av postpartumdepressionerna startar under graviditeten. Prevalensen varierar beroende på när under den perinatala perioden man

undersökt, vilket instrument man använt och vilken typ av depression man räknat in (lätt, medelsvår, svår), men brukar oftast beräknas till 10–15 %.

Depression med peripartumdebut definieras, enligt DMS-5, som en egentlig depressionsepisod som startar under graviditet eller inom 4 veckor efter en förlossning. Övriga kriterier för diagnosen skiljer sig inte jämfört med en depression under en annan period i livet.

Risken att återinsjukna i svår recidiverande depression under den perinatala perioden beräknas till cirka 40 %, detta även om kvinnan varit besvärsfri under många år. Två tredjedelar av kvinnor med recidiverande depressioner kommer att återinsjukna under graviditeten, om de slutar med sin medicinering tidigt i graviditeten.

Depression hos den gravida kvinnan ökar risken för suicid, men också för ett sämre obstetriskt utfall, där studier har visat att risken för låg födelsevikt och prematur förlossning ökar. Depression kan också leda till ökad konsumtion av alkohol och tobak, vilket är skadligt för fostret.

Behandlingsrekommendationer under graviditet:

- Psykologiska behandlingar kan ges på samma sätt som hos icke-gravida, och är att föredra vid lätta och medelsvåra depressionstillstånd.
- Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är förstahandsval vid farmakologisk behandling av unipolär depression.
- För en gravid kvinna som redan står på antidepressiva läkemedel bör man beakta att utsättande av en fungerande behandling kan leda till försämrat tillstånd för modern. Depression kan i sig utgöra en risk för fostret. En omsorgsfull risk-nyttabedömning bör göras i det individuella fallet inför ställningstagande till både utsättande av pågående behandling och beslut att påbörja ny behandling.
- Om läkemedelsbehandling skall påbörjas under graviditeten rekommenderas Citalopram eller Sertralin. Om möjligt skall Paroxetin och Fluoxetin undvikas.
- Doseringen justeras efter symtomnivå, vilken följs kontinuerligt med en självskattningsskala, till exempel Self reported Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, MADRS-S (5).
- Lägsta effektiva dos bör eftersträvas, vilket motsvarar en MADRS-S skattning <10. Dock är det viktigt att vara medveten om att det inte sällan krävs en doshöjning under slutet av graviditeten på grund av den ökade blodvolymen samt förändringar i läkemedelsmetabolism.
- En fungerande läkemedelsbehandling med SSRI skall inte sättas ut i slutet av graviditeten. Barnet skall övervakas efter födseln avseende eventuella utsättningssymtom men dessa betraktas inte som medicinskt allvarliga.

Rekommendationer vid amning:

- Precis som under graviditet kan psykologisk behandling ges, och är förstahandsval vid lätta och medelsvåra depressionstillstånd.
- Om modern redan behandlas med SSRI: behåll samma preparat.

- Vid nyinsättning av SSRI: välj i första hand Sertralin och Paroxetin då dessa passerar i lägre grad till bröstmjölken än övriga SSRI.
- Lägsta effektiva dos bör eftersträvas.
- Vid svår symtombild som inte vänder efter 2–3 dagar bör remiss skrivas till specialist-MVC. I dessa fall bör gemensamma diskussioner föras med specialist-MVC, amningsmottagningen, specialistpsykiatrin, specialist i barnmedicin, kvinnan och hennes partner kring fortsatt amning eller inte. Vid suicidalitet ska kvinnan och hennes anhöriga alltid informeras om psykiatriska akutmottagningen och uppmanas söka dit på liberal indikation. Vid hög suicidrisk är akut konsultation eller akut remiss till specialistpsykiatri indicerad.

Bipolär sjukdom

Utmärkande för en bipolär sjukdom är ett svängande stämningsläge med omväxlande maniska/hypomana och depressiva sjukdomsepisoder, oftast med friska perioder däremellan.

Bipolär sjukdom förekommer hos 1–2 % av befolkningen, och många kvinnor insjuknar under sin fertila period. 7–8 % av kvinnor med bipolär sjukdom kommer att insjukna i sin första affektiva episod under den perinatala perioden. Risken att kvinnor med känd bipolär sjukdom återinsjuknar i svåra och livshotande affektiva episoder under peripartalperioden är hög, speciellt efter förlossningen. Vid utsättning av litiumbehandling drabbas 74 % av återfall i affektiv episod efter förlossning. Även kvinnor med bipolär sjukdom som erhåller behandling riskerar återfall, oftast i depressiva episoder, där 25 % drabbas av återfall i någon affektiv episod under graviditeten och 50 % efter förlossningen. De flesta affektiva episoder sker under den första månaden efter förlossningen, där manier och psykoser vanligen debuterar tidigare än depressioner. Risken att insjukna i postpartumpsykos är hög hos patienter med bipolär sjukdom.

Vid misstanke om debut av en bipolär sjukdom under graviditet eller efter förlossning bör psykiatrin genast kontaktas för fortsatt omhändertagande och utredning. Observera att ett atypiskt svar på insatt antidepressiv medicinering (till exempel agitation, kraftigt förhöjd ångest) kan vara ett tecken på bipolär sjukdom.

Inför graviditeten

Patienter med bipolär sjukdom har ofta god funktionsnivå under långa perioder, men löper hög risk för återinsjuknande perinatalt. Detta innebär att stämningsstabiliserande behandling ofta är indicerad under graviditeten.

Vid Litiumbehandling, ta ställning till kvinnans behov av fortsatt medicinering under en kommande graviditet.

Vid behandling med antiepileptiska läkemedel som stämningsstabiliserande kan insättning av T. Folat 5 mg x 1 rekommenderas när graviditet planeras. Folat kan minska risken för ryggmärgsbråck, även om evidensläget är bristfälligt. Undvik så långt som möjligt valproat på grund av ökad risk för missbildning och CNS-påverkan hos fostret

samt risk för polycystiskt ovariesyndrom hos kvinnan. Undvik också om möjligt polyfarmaci av antiepileptika, vilket medför ökade risker för fostret jämfört med monoterapi.

Vid en eventuell oplanerad graviditet är det viktigt att först göra klart för sig vilken inställning kvinnan/paret har till graviditeten. Är graviditeten önskad så bör man på ett sakligt sätt informera om de risker som kan finnas med behandling, precis som i andra fall. En stor oro kan finnas hos kvinnan då hon troligen tagit sina mediciner som vanligt innan det fanns vetskap om graviditeten, extra viktigt är det att då på ett tydligt sätt kunna beskriva de faktiska riskerna. Detta bör göras av en specialist i psykiatri, helst i samråd med specialist på specialistmödravården Akademiska sjukhuset.

Under och efter graviditeten

Patienter med bipolär sjukdom ska alltid följas av psykiatrin, i tätt samarbete med Specialistmödravården, under graviditeten. Patienterna har hög risk för skov under och efter graviditet om inte stämningsstabiliserande läkemedel ges. Risk för suicid ska alltid beaktas.

- Specialist i psykiatri diskuterar tillsammans med kvinnan för att ta ställning till om litiumbehandling är det bästa alternativet under graviditeten. Om hon länge varit stabil i sin sjukdom kan man överväga att sätta in litium under senare delen av graviditeten alternativt direkt efter förlossningen (senast inom 24 timmar) som profylaktisk behandling mot postpartumpsykos. Om kvinnan däremot varit instabil i sin sjukdom och/eller har erfarenhet av svåra skov, överväg litium under hela graviditeten.
- Om modern behandlas med litium eller något antiepileptikum under graviditeten bör hon remitteras till specialistmödravården för planering av graviditet och förlossning.
- Om modern behandlas med litium skall hon ha kontakt med barnläkare för planering av hur barnet skall övervakas efter förlossningen. Denna kontakt initieras av specialistmödravården.
- Litiumkoncentrationen kontrolleras var fjärde vecka under graviditeten fram till vecka 36, då koncentrationen kontrolleras varje vecka. Den skall ligga inom terapeutiskt intervall, se FASS.
- En förlossningsplanering bör göras och journalföras i slutet av graviditeten, där bör ingå att undvika dehydrering i samband med förlossning samt att seponera litium tillfälligt under pågående förlossning.
- OBS!! Om obstetriska komplikationer såsom till exempel polyhydramnios eller preeklampsi uppkommer, överväg att sänka litiumdosen (risk för litiumintoxikation ökar). Tätt samarbete kvinnosjukvård-psykiatri är av yttersta vikt i dessa fall.
- Återgå till pregravid litiumdosering direkt efter förlossningen, annars finns risk för litiumförgiftning hos kvinnan.

- S-litium skall kontrolleras inom 24 timmar efter förlossningen via BB, och därefter varannan dag tills koncentrationen har stabiliserats.
- NSAID (ex. ibuprofen) som ofta används som smärtlindring på BB medför risk för stigande litiumnivåer och bör därför undvikas alternativt bör litiumserumkoncentration följas och dosen vid behov justeras.
- Läkemedelskoncentrationsbestämning av Lamotrigin bör övervägas före (eller tidigt) under graviditeten om kvinnan har en fungerande behandling för att veta vilken nivå av läkemedlet som är effektivt. S-koncentrationsmätningar upprepas under graviditeten som ett stöd för vilken nivå av läkemedlet som behövs i fall av att modern försämras. Detta då s-koncentrationen av Lamotrigin kan förändras mycket under en graviditet, och dessutom snabbt förändras efter förlossningen.

Rekommendationer vid amning

Rekommendationer vid amning:

- Amning kan generellt inte rekommenderas då kvinnan behandlas med Lamotrigin eller litium. Om modern väljer att amma under behandling med Lamotrigin eller litium bör barnet övervakas i samråd med barnläkare avseende biverkningar och koncentrationsbestämningar hos modern ska följas. Viktigt att informera patienten om hon skulle vilja seponera Lamotrigin under amningstiden är det viktigt att hon gör det i samråd med behandlande läkare då snabb utsättning ger risk för kramper hos barnet.
- Valproat och Karbamazepin anses vid terapeutiska doser medföra låg risk för ett ammat barn.
- Inga generella rekommendationer kan ges avseende användning av Olanzapin, Quetiapin, Risperidon eller Aripiprazol under amning, då data saknas. För mer detaljerad information se kapitlet om läkemedel i denna handbok.

Ångestsjukdomar

Med ångestsjukdomar avses här paniksyndrom, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom och specifika fobier. De flesta personer med ångestsjukdomar klarar av att leva ett normalt liv, och bör med fördel behandlas inom primärvården. Förstahandsval vad gäller behandling är kognitiv beteendeterapi (KBT). Lindriga och medelsvåra ångesttillstånd bör skötas av primärvården, medan svåra fall, eller fall där ångestsjukdomen har samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser, sköts av specialistpsykiatrin enligt överenskommelse kring handläggning av psykiatrisk sjukdom (2).

Personlighetssyndrom

Diagnostik av personlighetsstörningar görs inom specialistpsykiatrin, men huvudansvaret för uppföljning/behandling kan oftast ligga hos primärvården, förutsatt att ingen betydande funktionsnedsättning eller akut suicidalitet finns enligt överenskommelse

mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom (2).

Hos många patienter finns en samsjuklighet mellan depression, ångestsjukdomar, bipolär sjukdom och personlighetsstörning. Vid sådan problematik rekommenderas remiss till specialistpsykiatrin under graviditet.

Ätstörningar

En ätstörningsproblematik (anorexia nervosa, bulimia nervosa, ätstörning UNS) kan vara ett allvarligt tillstånd med risk för försämring under en graviditet, på grund av de kroppsliga förändringar som den gravida kvinnan går igenom. Dessa patienter är högt prioriterade på Ätstörningsenheten, och man bör skyndsamt ta kontakt med ansvariga där vid minsta misstanke om återfall i ätstörningsproblematik under graviditet (7).

Psykossjukdom

De vanligaste sjukdomarna med förändrad verklighetsuppfattning är schizofreni, schizoaffektiv sjukdom och vanföreställningssyndrom. Schizofreni förekommer hos cirka 0,5 % av befolkningen, schizoaffektiv sjukdom är mindre vanligt och vanföreställningssyndrom förekommer uppskattningsvis hos 0,03 %.

Schizofreni är en allvarlig kronisk sjukdom, där den drabbade oftast insjuknar i ung vuxen ålder. Följaktligen kommer många av de kvinnliga patienterna att bli gravida, och enligt en uppskattning kommer cirka hälften av alla kvinnor med icke-affektiv psykos i fertil ålder att föda barn. Risken med antipsykotisk behandling måste vägas mot de risker som finns för modern och (det ofödda) barnet vid en obehandlad psykossjukdom. Potentiella risker med behandling under graviditet är bland annat missbildningar, neurologiska komplikationer hos barnet i neonatalperioden med mera.

Att sätta ut behandlingen innebär en risk för försämring av både symptom och funktionsnivå. Det finns nu data som tyder på att obehandlad psykossjukdom under graviditet kan skada utvecklingen av fostrets centrala nervsystem, samt att en obehandlad sjukdom ökar risken för intrauterin fosterdöd och plötslig spädbarnsdöd. Ett försämrat tillstånd hos modern påverkar dessutom anknytningen till barnet, vilket i sin tur kan påverka utvecklingen. En avbruten behandling ger även en ökad suicidrisk, och även risk för utökat suicid/infanticid. Vi vet att nära hälften av alla patienter med schizofreni någon gång gör ett suicidförsök, och livstidsrisken att dö i suicid hos denna patientgrupp beräknas till cirka 10 %. Mer än hälften av fullbordade suicid sker inom de första fem åren efter insjuknande, det vill säga ofta mellan 20 och 30 års ålder. Suicidriskbedömning ska därför alltid göras i denna patientgrupp.

Observera att oplanerade graviditeter och sexuellt riskbeteende är vanligare bland kvinnor med schizofreni. Kvinnor med schizofreni har dessutom oftare instabila relationer, är oftare ensamstående och drabbas oftare av våld under graviditet.

Läkemedelsrekommendationer under graviditet och amning

Då det – av etiska skäl – är mycket svårt att genomföra randomiserade kontrollerade läkemedelsstudier på denna patientpopulation, är man i stället hänvisad till registerstudier. Således är det svårt att ge några generella rekommendationer, utan varje enskilt patientärende kräver noggrant övervägande och samarbete mellan psykiatri och kvinnosjukvård. För information kring specifika läkemedelsgrupper, var god se kapitlet om läkemedelsbehandling.

Missbruk och beroende

Utdrag ur Tobias Eriksson kliniska handböcker (8-10)

Alkohol

Bakgrund

Etanol är en liten molekyl, som passerar över blod-placentabarriären och ger samma promillehalt i blodet hos mor och foster. Molekylen är mycket missbildningsframkallande via olika mekanismer och centrala nervsystemet är särskilt känsligt. Någon nedre ofarlig konsumtionsgräns går inte att identifiera, i vissa studier ses skador hos barn där mödrarna druckit långt under nivån för riskbruk. Skadorna som kan uppträda hos barnet är allt från diskreta begränsningar i inlärning och exekutiva funktioner till fullt utvecklat fetalt alkoholsyndrom, FAS. Förutom direkta skador hos barnet kan även alkoholkonsumtion under graviditet öka risken för graviditetskomplikationer såsom missfall, tillväxthämning, prematurbörd och intrauterin fosterdöd.

Med tanke på ovanstående är total avhållsamhet det enda rimliga rådet till gravida, man bör också medvetandegöra alkoholens skadliga effekter för fertila kvinnor så att perioder av högkonsumtion undviks om man planerar att bli gravid. När det gäller amning och alkohol är det inte möjligt att se något samband mellan alkohol i bröstmjölk och negativa effekter på barnet, utspädningseffekten gör att mycket låg koncentration av etanol återfinns i bröstmjölken även vid hög konsumtion hos modern.

Dock är det olämpligt att berusa sig då man har ansvar för ett litet barn! Detta gäller förstås inte bara modern, utan även hennes partner och andra som deltar i omhändertagandet av barnet.

Observera att alkoholmissbruk ofta är självmedicinering av andra psykiatriska tillstånd såsom depression, ångest eller psykotiska symptom. Alkoholen försämrar också ofta dessa tillstånd, något som är extra viktigt att tänka på vid till exempel suicidriskbedömningar.

Omhändertagande

Enligt de rutiner som finns i Region Uppsala så ska alla kvinnor som skrivs in på mödravården screenas avseende bruk av alkohol (11).

Det är förstås av yttersta vikt att information kring missbruk överförs från mödravård till barnhälsovård (BVC), helst innan barnet är fött men allra senast i samband med eftervård på förlossning/BB (8,11).

http://www.akademiska.se/Global/Psykiatridivisionen/Beroende och neuropsykiatri/Dokument/Handbok alkohol 2014.pdf

Läkemedelsberoende

De vanligaste preparaten som missbrukas/överkonsumeras är bensodiazepiner/bensodiazepin-liknande preparat samt smärtstillande läkemedel. Oftast är detta känt redan inför en graviditet, och man har då i bästa fall möjlighet att planera en nedtrappning redan innan graviditet planeras. Vid en oplanerad graviditet kan nedtrappning göras under graviditeten, men man bör då överväga att göra detta inneliggande, då graviditeten utgör en risk för svårare abstinenssymptom. Kvinnan bör följas upp av Specialistmödravård och Beroendevård i samråd, och man bör också involvera barnkliniken inför förlossningen, då abstinenssymptom kan uppträda hos barnet (9).

http://www.akademiska.se/Global/Psykiatridivisionen/Beroende och neuropsykiatri/Dokument/Handbok alkohol 2014.pdf

Graviditet och LARO-behandling – patienter med opiat-/opioidmissbruk

När man använt opioider regelbundet kommer kroppen reagera vid utsättning, ett abstinenssyndrom uppträder som kommer ha gemensamma drag oavsett vilket preparat som brukats men där tillslag, intensitet och tidsrymd kan variera utifrån period och grad av missbruk, halveringstid på drog och egen psykologisk beredskap.

Symtom vi ser är:

- Rinnande näsa och ögon.
- Diarré.
- Irritation, rastlöshet.
- Nedstämdhet och oro.
- Tandvärk.
- Svettningar.
- Sjukdomskänsla.
- Värk i leder och muskulatur.

I ovanliga fall kompliceras bilden av svår uttorkning och kramper, i regel är dock abstinensen ofarlig. Gravida är extra känsliga och bör frikostigt erbjudas inneliggande avgiftning utifrån detta.

Läkemedels Assisterad Rehabilitering vid Opioidberoende – LARO

Kvinnor som fortsätter använda heroin under graviditeten kommer att allvarligt riskera fostrets liv och hälsa. Upprepad användning av heroin med efterföljande abstinens kommer ge stor stress hos fostret, missbruk av andra droger och infektioner i samband med intravenöst bruk är andra faror. Till detta kommer en marginalisering med hemlöshet, kriminalitet och våldsutsatthet som självklart utgör ytterligare stress på moder och barn.

Om en gravid kvinna inte kan bli drogfri är metadon- eller buprenorfinbehandling en väg att nå stabilitet med en möjlighet att via specialistmödravård säkra både barnets och moderns framtida hälsa.

Kvinnor som redan är med i ett LARO-program när de blir gravida skall kvarstanna i programmet om de inte själva önskar utsättning, denna skall ske mycket långsamt under en längre tid (10).

Neonatalt abstinenssyndrom, NAS

Detta är vad det nyfödda barnet kommer att drabbas av då opioidtillförseln från moderns blod plötsligt upphör. Tillståndet består i irritabilitet, hyperreflexi, hyperaktivitet, diarré, feber, kräkningar och snabb andning. Om tillståndet inte behandlas kan det på grund av vätskeförlust, aspiration och kramper leda till dödlig utgång.

Patienter som inkluderats i LARO-program under graviditeten kommer även de riskera att få barn med NAS, dock blir tillståndet mildare och beredskap för adekvat behandling av barnet finns vid partus.

Barn till mödrar som behandlats med buprenorfin tycks erfara en mildare form av NAS, detta tillsammans med att metadon kan behöva justeras och kontrolleras mer i slutet av graviditeten gör att vi i Sverige idag oftast väljer buprenorfin framför metadon vid behandling av gravida.

Vid behandling med buprenorfin vid graviditet ska en beredning som inte innehåller naloxon användas, då naloxonet kan inverka negativt på fostret.

Gravida patienter som står på metadon kan under senare delen av graviditeten uppleva sämre effekt av metadonet på grund av sjunkande plasmakoncentration. Bakgrunden till detta är att gravida får ökad blodvolym, bättre levermetabolism och ökad glomerulär filtration i njurarna. Således bör man vara lyhörd för detta och en ökning av dosen kan bli aktuell i sista trimestern. Man kan också överväga att dela dosen på två tillfällen under dygnet för bättre effekt. Dosen justeras sedan ned efter partus.

Remittera patienten så fort graviditeten är känd för att få till ett stabilt samarbete mellan LARO-mottagningen och erfaren barnmorska respektive läkare på MVC (10).

Amning och LARO-behandling

Både när det gäller buprenorfin och metadon skall amning uppmuntras de första sex månaderna om modern är stabil utan sidomissbruk. Detta då dessa läkemedel passerar över till modersmjölken i begränsad omfattning och dessutom kan minska symtomen på NAS hos barnet. Dessutom blir anknytningen mycket lättare. Amning räcker dock inte till som behandling av NAS varför annan behandling kan bli aktuell. Hos en ammande kvinna skall buprenorfin utan tillägg av naloxon ges, som under graviditeten.

Efter sex månaders amning är kunskapsläget mer osäkert och barnet kan genom den större volymen bröstmjölk tänkas bli mer exponerad för läkemedlet varför stegvis nedläggning av amningen blir en rimlig väg att gå.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) förekommer hos 2–3 % av den vuxna befolkningen. ADHD kännetecknas av koncentrations- och uppmärksamhetsstörningar och/eller hyperaktivitet/impulsivitet. Diagnosen innebär en funktionsnedsättning som i sig kan ge både kognitiva och emotionella problem men också betydande sociala svårigheter. Symtombilden för flickor och kvinnor med ADHD inbegriper färre hyperaktiva och impulsiva symtom, fler uppmärksamhetsproblem, mer emotionella symtom och verbal aggressivitet.

Svårigheten på symtom varierar mellan individer. Har kvinnan stora svårigheter och mindre antal kompensatoriska strategier, kommer det finnas mindre marginaler att hantera utmaningar som ett föräldraskap innebär. Därmed kan det behövas mer stöd till henne/familjen, till exempel praktisk hjälp att strukturera vardagen, tät uppföljning och tydlig information både under och efter graviditeten. Det är viktigt att känna till ökad förekomst av negativa livshändelser som kan påverka kvinnans mående (till exempel sämre ekonomiska möjligheter, psykisk, fysiskt och sexuellt våld, samt oplanerade graviditeter) eftersom det krävas en tvärprofessionell behandlingsplan som inte bara innefattar medicinska åtgärder.

Ett observandum är ökad risk för tonårsgraviditet.

I nuläget finns inga säkra studier kring behandling med centralstimulantia under graviditet, och beslutet kring medicinering eller ej ska alltså göras på individuell nivå av en specialist i psykiatri.

Autismspektrumtillstånd

Autismspektrumtillstånd förekommer hos cirka 1 % av befolkningen. Diagnosen kännetecknas av svårigheter i social interaktion och kommunikation, och symptomen kan vara av mycket varierande art, allt från en extrem lyhördhet till en nedsatt förmåga. I

likhet med de flesta kvinnor har personer med autismspektrumtillstånd en empatisk förmåga, vilket gör att ångest och oro aktiveras av barns gråt eller skrik. Förmågan att bedöma vad det är som barnet signalerar, och vad föräldern behöver göra just då, kan dock vara svårt att avgöra utan extra stöd.

Det är vanligt med ett annorlunda perceptuellt fungerande, med över- och/eller underkänslighet för ljus, ljud, doft och känsel (inklusive smärta). Detta tycks ofta påverka kvinnorna under graviditeter och i samband med förlossning. Det är därför viktigt att fråga kvinnorna om vilka anpassningar de önskar.

Svårigheter att anpassa sig till den nya situationen med barnet är också vanliga, och nyblivna mammor med autismspektrumtillstånd är i behov av struktur och förutsägbarhet i sin vardag samt stöd, råd och anpassat bemötande. Det finns annars risk för att de känner sig överväldigade och otillräckliga, utvecklar ångest och/eller depression, och kan få svårt att orka förvärvsarbeta så som tidigare.

Kvinnorna har också, i intervjustudier, signalerat att det behövs ökad kunskap om autism för ett anpassat och bra bemötande. För kunskapspåfyllning, se sammanfattningar av forskningsstudier i Kunskapsbanken på SUF-Kunskapscentrums hemsida.

SUF-Kunskapscentrums kunskapsbank (regionuppsala.se)

Intellektuell funktionsnedsättning

Intellektuell funktionsnedsättning (IF; tidigare kallat utvecklingsstörning) förekommer hos cirka 1 % av befolkningen, och har olika grader (lindrig, måttlig och svår). Ungefär hälften har lindrig IF, och det är främst de som blir föräldrar. IF är en funktionsnedsättning som karaktäriseras av samtidiga nedsättningar i intelligens och i adaptiva färdigheter. Adaptiva färdigheter inkluderar akademiska färdigheter (läsa, skriva, räkna och andra skolprestationer), sociala färdigheter (umgås med andra i sociala sammanhang, motsvara andras förväntningar, att kunna skydda sig) och praktiska färdigheter (aktiviteter i det dagliga livet som att laga mat, städa, aktivt samhällsdeltagande, hålla dygnsrytm).

Det kan vara svårt att identifiera personer med IF, då förmågor kan vara ojämna. Styrkor så som en god verbal förmåga, innehav av körkort eller en undersköterskeutbildning kan medföra en benägenhet att underskatta en persons svårigheter. Detta kan medföra konsekvenser i form av överkrav och uteblivet eller otillräckligt stöd, vilket skapar en grund för stress, psykisk ohälsa och sänkt föräldraförmåga.

Enligt DSM-5 behöver personer med IF alltid stöd i vardagen för att kompensera sårbarheter och möjliggöra självständighet och delaktighet i hem, arbete och samhälle. Stödet behöver individanpassas då personer med IF som grupp är heterogen med skillnader i styrkor och behov. Föräldraförmågan hos en person med IF formas dessutom av både skyddsfaktorer (stabil ekonomi, ett stödjande nätverk, god psykisk hälsa, en trygg uppväxt i ursprungsfamiljen med mera) och riskfaktorer (IQ under 50, trauma, tidigare placerade barn, oviljan att ta emot hjälp med mera).

Gravida med IF har inte alltid kontakt med habiliteringen. Dels så krävs det att kvinnorna själva söker kontakt med habiliteringen, vilket de inte alltid gör. Dels så kan kvinnorna vara odiagnostiserade, och ha begränsad insikt om sina kognitiva svårigheter. Då kvinnorna har rätt till stöd från habiliteringen så rekommenderas att kontakt tas för samverkan för planering av stöd.

Det är mycket vanligt med samförekommande psykiska sjukdomar hos dessa mödrar. Det gäller såväl innan graviditet som under denna och under tiden efter förlossning. Därtill är det mycket vanligt att dessa kvinnor har varit med om övergrepp och andra traumatiska upplevelser. Det är därför viktigt att fråga om psykisk (o)hälsa och att specialistpsykiatrin kontaktas vid behov. För mer djupgående information om IF, graviditet och föräldraskap, se PM: Intellektuell funktionsnedsättning hos gravida (12-13).

ECT

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är en både vetenskapligt och erfarenhetsmässigt sett väl etablerad behandlingsmetod vid flera av de allvarligaste psykiatriska tillstånden, såsom svår depression, deliriös mani, katatoni, cykloid psykos och postpartumpsykos.

Behandlingen utförs genom att man, under muskelrelaxation och narkos, utlöser ett generaliserat epileptiskt anfall, som avslutas av sig självt efter 30–60 sekunder. Anfallet utlöses genom att stimulera centrala nervsystemet med elektriska impulser under några få sekunder, med hjälp av elektroder på huden. Behandlingen kan ges som indexserie (initial behandlingsserie till dess att symptomfrihet inträder, vanligen 4–12 behandlingar), fortsättnings-ECT (glesare behandlingsintervall inom en period om max sex månader, med syfte att bibehålla behandlingssvar och förhindra återfall) samt underhålls-ECT (behandlingsserie med syfte att förhindra återkommande sjukdomsskov).

En individuellt anpassad information om behandlingen ska alltid ges till patient och anhöriga. Så långt det är möjligt ska behandlingen ges i samråd med patienten, men möjligheten finns att ge ECT inom ramen för psykiatrisk tvångsvård (LPT).

ECT under graviditet

Enligt tillgänglig kunskap är ECT en bra behandlingsform även under graviditet, även om behandling under graviditet är förenad med förhöjd risk. Hos gravida patienter där man överväger ECT bör således en noggrann risk-nytto-bedömning göras, i nära samråd med obstetriker och anestesiolog. Under tidig graviditet gäller riskbedömningen främst den teratogena effekten av givna läkemedel (de vanliga narkosmedlen och muskelavslappnande medlen har dock en gynnsam riskprofil). Senare i graviditeten finns en risk för prematura värkar, även om risken troligen är liten vid adekvat muskelrelaxation. Under graviditet föreligger en ökad risk för gastric reflux, framför allt under sista trimestern, och premedicinering för att undvika detta bör övervägas. Risken för aspiration måste vägas mot risken med upprepad intubering för varje patient. Preoxygenering sker under narkosen, men man bör undvika att hyperventilera gravida

patienter. Detta kan försämra syretransporten över placenta, vilket kan ge påverkan på fostret. Patienter över 20:e graviditetsveckan bör avlastas med en kil under höger höft för att undvika vena cava-kompressionssyndrom.

En gravid patient skall behandlas i samråd med Kvinnokliniken. ECT-behandling kan vid behov ges i anslutning till förlossningsavdelning/obstetrisk operationsavdelning.

ECT och amning

Amning behöver inte avbrytas på grund av ECT. Vid svår psykiatrisk sjukdom postpartum (såsom svår postpartumdepression, postpartumpsykos) är ECT ofta det mest lämpliga behandlingsvalet, med tanke på dess snabba och säkra effekt (14).

Läkemedelsbehandling

Nedan följer kortare sammanfattningar kring olika läkemedel och läkemedelsgrupper.

Vid specifika frågor kring medicinering, interaktioner och polyfarmaci kan man med fördel kontakta Uppsala Läkemedelsinformationscentral.

Vi rekommenderar också att man, i stället för att konsultera FASS, läser på om rekommendationer kring graviditet och amning via Janusinfo (15), Region Stockholms läkemedelsinformation. Där kan man söka på läkemedelsnamn/substansnamn under rubrikerna ”Läkemedel och fosterpåverkan” respektive ”Läkemedel och amning”. Sammanfattningen i denna kliniska handbok baseras på information från Janusinfo.

Noterbart då man diskuterar läkemedel och graviditet är att i princip alla läkemedel har sin största påverkan under första trimestern, då organanläggningen sker. Många patienter sätter själva ut sina läkemedel vid positivt graviditetstest, och kommer sedan (via mödravården) till en läkare i andra trimestern. Man bör då i samråd med patienten diskutera återinsättning av läkemedlet om behov finns, och informera patienten om att risken för missbildningar torde vara mycket liten då graviditeten har passerat första trimestern.

SSRI

Graviditet

En ökad risk för hjärtfel (2 % jämfört med förväntad förekomst på 1 %) har satts i samband med exponering för Fluoxetin och Paroxetin under tidig graviditet. Beträffande övriga SSRI är data motsägelsefulla beträffande risken för hjärtmissbildningar, men ingen ökad risk har med säkerhet kunnat påvisas. Fluoxetin och Paroxetin bör om möjligt undvikas under tidig graviditet, men riskerna med att avbryta en pågående och välfungerande behandling bör beaktas. Bland övriga SSRI föreligger störst erfarenhet av Citalopram och Sertralin.

För SSRI som gupp finns en ökad risk för persisterande pulmonell hypertension vid exponering under sen graviditet, dock är den faktiska risken för persisterande pulmonell hypertension mycket låg. Bland nyfödda som exponerats för SSRI-preparat under tredje trimestern finns även utsättningssymptom beskrivna.

Vad gäller effekter på utvecklingen efter födseln är undersökningar med långtidsuppföljning ännu ofullständiga.

Amning

Begränsade data föreligger inom detta område. Alla SSRI utsöndras i bröstmjölk, men en viss skillnad tycks föreligga; fluoxetin>citalopram/escitalopram>paroxetin>sertralin>fluvoxamin. Symtom som skrikighet, sömnproblem och oro har förekommit hos ammade barn vars mödrar har intagit SSRI, men risken för barnet anses vara liten. Data är otillräckliga för att avgöra vilket SSRI som är att föredra vid amning, och det finns därför inte belägg för att byta en pågående och fungerande behandling med ett SSRI till ett annat. Vid nyinsättning kan man dock välja ett preparat som rapporterats passera över i bröstmjölk i låg grad. Läkemedelsverket bedömer att nyttan med amning generellt överstiger den potentiella risken i detta sammanhang, men att en riskbedömning får ske i samråd med modern i varje enskilt fall.

SNRI

Graviditet

Venlafaxin

För venlafaxin finns begränsade humandata avseende användning under graviditet. Tillgängligt material har inte visat någon teratogen effekt. I likhet med andra serotoninåterupptagshämmare kan utsättningssymtom förekomma hos nyfödda om venlafaxin används fram till eller strax före födseln.

Duloxetin

Någon fosterskadande effekt av duloxetin (Cymbalta) har inte setts, men humandata är begränsade och otillräckliga för att bedöma riskerna vid användning under graviditet. Liksom vid användning av SSRI har neonatala effekter beskrivits när modern använt duloxetin mot slutet av graviditeten.

Försiktighet med användning av duloxetin under tidig graviditet kan rekommenderas, tills ytterligare erfarenhet finns.

Amning

Venlafaxin

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara låg vid terapeutiska doser men höga koncentrationer av venlafaxins aktiva metabolit har uppmätts hos några ammade barn.

Duloxetin

Risken för ett fullgånget friskt barn är troligen låg vid terapeutiska doser, men kliniska data är bristfälliga.

Tricykliska antidepressiva

Graviditet

Studier av användning av tricykliska och tetracykliska antidepressiva under graviditet har inte kunnat bekräfta någon ökad risk för missbildningar. Enda undantaget utgör klomipramin, där enstaka studier rapporterat en liten, men statistiskt signifikant ökning av hjärtmissbildningar. Om möjligt bör därför klomipramin undvikas i tidig graviditet.

Amning

Klomipramin

Exponeringen för klomipramin via bröstmjölken tycks vara liten och inga negativa effekter hos ammade barn har beskrivits. Erfarenheten är dock begränsad. Klomipramin är troligen kompatibelt med amning.

Amitriptylin

Exponeringen för amitriptylin via bröstmjölken tycks vara liten och inga negativa effekter hos ammade barn har beskrivits. Erfarenheten är dock begränsad. Amitriptylin är troligen kompatibelt med amning.

Nortriptylin

Exponeringen för nortriptylin via bröstmjölken tycks vara liten och inga negativa effekter hos ammade barn har beskrivits. Erfarenheten är dock begränsad. Nortriptylin är troligen kompatibelt med amning.

Tetracykliska antidepressiva

Graviditet

Mirtazapin

Tillgängliga data tyder inte på att mirtazapin under tidig graviditet skulle orsaka missbildningar, men data är begränsade. I likhet med andra antidepressiva läkemedel kan förvänta sig utsättningssymtom hos det nyfödda barnet om exponering skett i sen graviditet.

Mianserin

Erfarenheten är otillräcklig för att kunna bedöma den eventuella effekten på fostret av mianserin. I likhet med andra antidepressiva läkemedel kan förvänta sig utsättningssymtom hos det nyfödda barnet om exponering skett i sen graviditet.

Amning

Mirtazapin

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara låg med terapeutiska doser, dock föreligger begränsat med data. Om barnet ammas bör det observeras med avseende på biverkningar.

Mianserin

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara låg vid terapeutiska doser, men kliniska data är bristfälliga.

Övriga antidepressiva medel

Graviditet

Vortioxetin

Vortioxetin är ett relativt nytt läkemedel och dokumentation rörande användning under graviditet är i nuläget så bristfällig att man inte kan göra en riskvärdering. En eventuell riskökning är dock knappast så stor i det enskilda fallet att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet i tidig graviditet.

Bupropion

Det finns viss erfarenhet av använding av Bupropion under graviditet, och tillgänglig data talar inte för en ökad risk för fosterskador. Bupropion bör dock tills vidare användas med

återhållsamhet under graviditet eftersom erfarenheten är begränsad. Det finns en misstanke om en något ökad risk för hjärtmissbildningar, men signalen är inte bekräftad.

Agomelatin

Agomelatin är ett relativt nytt läkemedel och dokumentation rörande användning under graviditet är i nuläget så bristfällig att man inte kan göra en riskvärdering. En eventuell riskökning är dock knappast så stor i det enskilda fallet att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet i tidig graviditet.

Amning

Vortioxetin

Vortioxetin är ett relativt nytt läkemedel och dokumentation rörande användning vid amning är i nuläget så bristfällig att man inte kan göra en riskvärdering, varför annat antidepressivum rekommenderas

Bupropion

Bupropion bör så långt det är möjligt undvikas vid amning på grund av den möjliga risken för kramper hos barnet.

Agomelatin

Agomelatin doseras en gång per dygn före sänggående. Agomelatins korta halveringstid innebär att risken för barnet bedöms vara låg, under förutsättning att minst 4 timmar förflutit från dosintag till amning.

Melatonin

Graviditet

Erfarenheten av Melatonin under gravidtet är begränsad, men det är inte sannolikt att substansen ökar risken för fosterskada. En eventuell riskökning är knappast så stor i det enskilda fallet att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet i tidig graviditet.

Amning

Risken för ett ammande barn är troligen låg vid enstaka doser, men barnet bör observeras för biverkningar såsom sedering, matningssvårigheter.

Neuroleptika

Graviditet

Alimemazin

Erfarenheterna av alimemazin i tidig graviditet är begränsade men inga hållpunkter för en fosterskadande effekt finns. Alimemazin bör inte användas under sista trimestern, då risk för neurologisk påverkan på barnet inte kan uteslutas. Om behandling behöver pågå ska den göra så under så kort tid som möjligt, och med lägsta effektiva dosering.

Aripiprazol

Behandling med aripiprazol bör ske i samråd med specialist, och en noggrann avvägning mellan behandlingens potentiella nytta och risk för fostret ska göras. Exponering för atypiska neuroleptika under tidig graviditet tycks inte generellt öka risken för missbildningar. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Klozapin

Behandling med klozapin bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenheten av sådan behandling är liten. Om behandling ändå ges ska det vara i samråd med specialist i psykiatri. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Olanzapin

Det finns inga hållpunkter för en fosterskadande effekt av olanzapin, men erfarenheten är fortfarande begränsad. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Risperidon

Behandling med risperidon under graviditet bör, om möjligt, undvikas då erfarenheten av sådan användning är ringa. Exponering under tidig graviditet kan möjligen vara associerad med en ökad risk för fosterskador, varför behandlingen om möjligt bör undvikas under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Paliperidon

Behandling med paliperidon under graviditet bör, om möjligt, undvikas då erfarenheten av sådan användning är obetydlig. Paliperidon är en aktiv hudvudmetabolit av risperidon, där användning i tidig graviditet associerats till en något ökad risk för fosterskador. Om möjligt bör därför paliperidon undvikas under tidig graviditet. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Quetiapin

Behandling med quetiapin under graviditet bör, om möjligt, undvikas då erfarenheten av sådan användning är ringa. Exponering för atypiska neuroleptika under tidig graviditet tycks inte generellt öka risken för missbildningar. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Kariprazin (Reagila)

Data från behandling av gravida kvinnor med Kariprazin saknas eller är begränsade, varför behandling under graviditet inte rekommenderas eller till kvinnor i fertil ålder som inte använder preventivmedel. Nyfödda som exponerats för bland annat Reagila under sista trimestern löper risk för biverkningar som extrapyramidala symtom och/eller utsättningssymtom efter födelsen där svårighetsgraden och varaktigheten varierar.

Lurazidon (Latuda)

Behandling med Latuda under graviditet bör ske i samråd med specialist där en noggrann avvägning mellan behandlingens potentiella nytta och risker för fostret ska göras. Generellt tycks exponering för atypiska neuroleptika som Latuda i tidig graviditet inte öka risken för missbildningar. Data saknas dock för specifikt Latuda varför läkemedlet om möjligt bör undvikas i tidig graviditet. Neonatala symtom förekommer dock efter behandling i sen graviditet och barnläkare bör vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Amisulpird (Solian)

Då risken inte kan bedömas på grund av bristande data avråds från behandling under graviditet.

Neuroleptika av fentiazintyp

Prometazin

Prometazin kan utan risk användas i tidig graviditet. Vid användning senare i graviditeten ska behandlingen pågå så kort tid som möjligt och i lägsta effektiva dos.

Hydroxizin

Någon risk för fosterskador tycks inte finnas vid behandling med hydroxizin under tidig graviditet. Om behandling behövs under graviditeten senare del bör dosen kan hållas så låg som möjligt för att minska risken för neonatal påverkan.

Propiomazin

Någon risk för fosterskador tycks inte finnas vid behandling med propiomazin under tidig graviditet. Vid användning senare i graviditeten ska behandlingen pågå så kort tid som möjligt och i lägsta effektiva dos.

Haloperidol

Behandling med haloperidol under graviditet bör, om möjligt, undvikas då erfarenheten av sådan användning är begränsad. Det finns data som talar för att behandling med Haloperiodol kan vara associerat med en något ökad risk för missbildningar, men data är motsägelsefulla. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt, och barnläkare ska vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Melperon

Behandling med melperon bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är obetydlig. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt, och barnläkare ska vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Sertindol

Behandling med sertindol bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är obetydlig. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under

tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt, och barnläkare ska vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Ziprasidon

Behandling med ziprasidon bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är obetydlig. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt, och barnläkare ska vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Flupentixol

Behandling med flupentixol bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är begränsad. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt, och barnläkare ska vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Klorprotixen

Behandling med klorprotixen bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är begränsad. Den eventuella individuella riskökningen är dock knappast så stor att det finns anledning till oro om kvinnan har använt läkemedlet under tidig graviditet. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten, bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Zuklopentixol

Behandling med zuklopentixol bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är obetydlig. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt, och barnläkare ska vara informerad om medicineringen i samband med undersökning av den nyfödda.

Övriga neuroleptika av fentiazintyp (levomepromazin, flufenazin, perfenazin och proklorperazin)

Någon risk för fosterskador vid behandling med fentiaziner som grupp i tidig graviditet tycks inte finnas. Erfarenheten är dock fortfarande begränsad vad gäller just **levomepromazin**, **flufenazin** och **perfenazin**. Mer data är tillgänglig för **proklorperazin**, där inget talar för en teratogen potential. Exponering för neuroleptika under sen graviditet kan ge övergående utsättningssymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

Amning

Alimemazin

Risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid enstaka doser. Vid upprepade doser bör barnet observeras för biverkningar, såsom sedation.

Aripiprazol

Risken för ett friskt fullgånget barn är sannolikt låg, men amning ska endast ske under förutsättning att barnet kan följas upp av barnläkare. Andra läkemedel kan dock vara att föredra eftersom erfarenheten är mycket begränsad.

Klozapin

Data gällande användning av klozapin under amning är mycket begränsade. Bland de fåtal exponerade barn som beskrivits finns ett fall av agranulocytos. Amning vid behandling med Klozapin rekommenderas ej.

Olanzapin

Risken för ett ammat barn om modern behandlas med olanzapin är sannolikt låg vid terapeutiska doser, men centralnervös påverkan kan inte uteslutas. Uppföljning av barnet hos barnhälsovården är av vikt.

Risperidon

Risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Eventuella långtidseffekter på CNS-utvecklingen är dock okända.

Paliperidon

Risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Eventuella långtidseffekter på CNS-utvecklingen är dock okända.

Quetiapin

Risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Eventuella långtidseffekter på CNS-utvecklingen är dock okända.

Kariprazin (Reagila)

Då risken inte kan bedömas på grund av bristande data avråds från amning vid behandling med Reagila

Lurazidon (Latuda)

För ett friskt fullgånget barn är risken sannolikt låg. Dock ska amning endast ske under förutsättning att möjligheter finns för klinisk uppföljning av barnet hos barnläkare. Vad gäller eventuella långtidseffekter av antipsykotiska läkemedel på CNS-utvecklingen är okända.

Amisulpird (Solian)

Då risken inte kan bedömas på grund av bristande data avråds från amning vid behandling.

Neuroleptika av fentiazintyp - amning

Prometazin

Risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid enstaka doser. Vid upprepade doser bör barnet observeras för biverkningar (sedation).

Hydroxizin

Risken för ett friskt fullgånget barn är troligen låg vid enstaka doser, men barnet observeras för biverkningar (sedering, matningssvårigheter). Upprepad dosering under amning avrådes eftersom hydroxizins relativt långa halveringstid innebär en teoretisk risk för ackumulering hos barnet.

Propiomazin

Det finns inga data avseende användning av propiomazin under amning, varför det inte går att göra någon bedömning om eventuella risker vid amning.

Haloperidol

Då risk för centralnervös påverkan föreligger avråds från amning.

Melperon

Då risken inte kan bedömas på grund av bristande data avråds från amning.

Sertindol

Då risken inte kan bedömas på grund av bristande data avråds från amning.

Ziprasidon

Risken för ett frisk fullgånget barn är sannolikt låg. Amning bör dock endast ske under förutsättning att goda möjligheter finns för klinisk uppföljning av barnet.

Flupentixol

Risken för ett frisk fullgånget barn är sannolikt låg. Amning bör dock endast ske under förutsättning att goda möjligheter finns för klinisk uppföljning av barnet.

Klorprotixen

Risken för ett frisk fullgånget barn är sannolikt låg. Amning bör dock endast ske under förutsättning att goda möjligheter finns för klinisk uppföljning av barnet.

Zuklopentixol

Risken för ett frisk fullgånget barn är sannolikt låg. Amning bör dock endast ske under förutsättning att goda möjligheter finns för klinisk uppföljning av barnet.

Övriga neuroleptika av fentiazintyp (levomepromazin, flufenazin, perfenazin och proklorperazin) - amning

Då risken inte kan bedömas på grund av bristande data avråds från amning vid behandling med **levomepromazin**, **flufenazin, perfenazin**, och **proklorperazin**.

Bensodiazepiner

Graviditet

Behandling med bensodiazepiner inklusive **diazepam**, **oxazepam**, **lorazepam**, **alprazolam**, **nitrazepam**, **flunitrazepam** och **triazolam** under graviditet bör, om möjligt, undvikas. Enstaka doser kan ges, men vid långtidsanvändning finns risk för ackumulering hos barnet. Någon risk för fosterskador tycks dock inte finnas, förutom möjligen vid mycket höga doser. Användning av bensodiazepiner i sen graviditet kan bland annat ge övergående utsättningssymptom hos barnet. Doseringen ska därför hållas så låg som möjligt om behandling sker under senare delen av graviditeten.

Amning

För **lorazepam, oxazepam** och **nitrazepam** är risken för barnet låg vid enstaka doser. Vid upprepad dosering kan risk för centralnervös påverkan hos det ammade barnet inte

uteslutas, då det föreligger stor risk för ackumulering av oxazepam hos barnet på grund av nedsatt konjugeringsförmåga hos nyfödda.

För **diazepam, flunitrazepam, triazolam** och **alprazolam** är risken måttlig vid enstaka doser. Amning vid upprepade doser bör undvikas på grund av risken för centralnervös påverkan hos barnet.

Bensodiazepinbesläktade läkemedel

Graviditet

Annat än tillfällig användning av **zolpidem** och **zopiklon** under graviditet bör, om möjligt, undvikas. Det finns inget som tyder på att användning under tidig graviditet skulle orsaka fosterskador, men underlaget är begränsat. Användning av zolpidem och zopiklon i sen graviditet kan ge övergående utsättningssymptom hos barnet.

Amning

För både **zolpidem** och **zopiklon** anses risken för barnet anses vara låg vid enstaka doser. Barnet bör dock observeras för biverkningar (sedering, matningssvårigheter).

Antiepileptika

Graviditet

Allmänt om antiepileptika under graviditet.

I olika studier har användning av antiepileptika satts i samband med två till tre gånger ökad risk för att barnet skall födas med någon missbildning. Speciellt märks en ökning av frekvensen läpp-gomspalt samt av hjärtfel, men viss skillnad i risken för dessa missbildningar ses mellan olika preparat. Den totala risken för en allvarlig missbildning är i litteraturen beskriven till cirka 6 %.

Man har i litteraturen beskrivit avvikelser i barnens utseende (antiepileptikasyndrom), i fostertillväxt och troligen i den mentala utvecklingen, inklusive en ökad risk för autism eller Aspergers syndrom efter exponering för vissa antiepileptika. Störst risk tycks exponering för valproinsyra medföra.

Riskerna verkar generellt vara störst vid behandling med kombination av flera antiepileptika. Det verkar även som om en hög dygnsdos kan öka risken för missbildningar.

Antiepileptika skall användas under graviditet endast på strikt indikation, och det är viktigt att medicineringen sköts av en specialist. Minsta möjliga dosering som ger önskat terapeutiskt svar skall eftersträvas, och om möjligt ska monoterapi väljas. Alla väl

dokumenterade antiepileptika har visats öka risken något för medfödda missbildningar och de ökar troligen även risken för kognitiva utvecklingsavvikelser.

Om man kan välja mellan olika preparat, finns det skäl att undvika valproinsyra, som verkar innebära störst risk för fostret. Kvinnor som önskar bli gravida rekommenderas att planera graviditeten tillsammans med sin läkare så att eventuella justeringar av medicineringen kan göras.

Karbamazepin

Karbamazepin medför en något ökad risk för medfödda missbildningar. Om medicineringen inte kan utsättas före graviditet, bör lägsta möjliga dosering, helst <400 mg/dag, eftersträvas och om möjligt skall monoterapi väljas.

Lamotrigin

Risken för allvarliga missbildningar vid exponering för Lamotrigin under tidig graviditet förefaller vara låg, i synnerhet i låg dos (<300 mg/dag), men data är otillräckliga för att kunna utesluta en liten ökad risk. Det finns en signal om en ökad risk för läpp-gomspalt baserat på resultat från en studie och på begränsade data ur det svenska Medicinska födelseregistret. Fyndet är osäkert då andra studier inte har kunnat bekräfta detta.

Pregabalin

Någon specifik missbildningsframkallande effekt av pregabalin är inte känd. Data är dock otillräckliga för att säkert uttala sig om den eventuella risken förknippad med pregabalin.

Valproat

Mot bakgrund av den klart förhöjda risken för fosterskador ska valproinsyra i största möjligaste mån undvikas som behandling vid bipolär sjukdom hos kvinnor i fertil ålder, speciellt bland kvinnor som planerar en graviditet. Om medicineringen inte kan utsättas före graviditet, bör lägsta möjliga dosering eftersträvas, helst <700 mg/dag.

Topiramat

Någon säkerställd missbildningsframkallande effekt av topiramat är inte känd. Det är dock för tidigt att uttala sig om topiramat skiljer sig från andra antiepileptika.

Amning

Karbamazepin

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara måttlig vid terapeutiska doser. Barnet bör dock observeras med avseende på biverkningar (till exempel slöhet och dålig viktuppgång) och plasmakoncentrationsbestämning hos barnet kan vara till hjälp.

Lamotrigin

Lamotrigin passerar över i bröstmjölk i hög grad och kan nå terapeutiska nivåer hos ammade barn. Om modern väljer att amma bör barnet observeras med avseende på biverkningar, såsom hudsymtom. Koncentrationsbestämning av Lamotrigin hos barnet kan övervägas.

Valproat

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara låg vid terapeutiska doser. Barnet bör dock observeras med avseende på biverkningar (till exempel slöhet och dålig viktuppgång) och plasmakoncentrations-bestämning kan vara till hjälp.

Pregabalin

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms som måttlig. Om amning sker bör barnet observeras noggrant med avseende på biverkningar (såsom sedering och utebliven viktuppgång) och plasmakoncentrationsbestämning kan vara till hjälp.

Topiramat

Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara måttlig vid terapeutiska doser. Om amning inleds bör barnet observeras noggrant med avseende på biverkningar, såsom sedering och utebliven viktuppgång.

Litium

Graviditet

Erfarenheten av litium under graviditet är ofullständig. Exponering i tidig graviditet kan leda till en något ökad risk för hjärtmissbildningar, men sambandet är inte helt fastställt. Biverkningar hos nyfödda, bland annat hypotyreos, påverkan på hjärtat och stora urinmängder, har beskrivits när litium har använts under senare delen av graviditeten. Ansvarig barnläkare bör därför informeras om behandling med litium skett.

Amning

Då höga plasmakoncentrationer uppmätts hos ammade barn avråds från amning. Om modern trots detta väljer att amma bör barnet observeras noga för tecken på biverkningar som letargi, dålig viktuppgång och dehydrering. Plasmakoncentrationsbestämning kan vara till hjälp.

Centralstimulerande medel mot ADHD

Graviditet

Någon teratogen effekt av betydelse har inte setts i de flesta studier med **amfetaminpreparat**, förutom möjligen en liten ökad risk för hjärtfel vid behandling med metylfenidat.

Man har noterat en koppling till låg Apgarpoäng efter 5 minuter. Mot slutet av graviditeten bör lägsta möjliga dos som ger adekvat symptomlindring eftersträvas.

Amning

För **metylfenidat** anses risken för ett friskt fullgånget barn vara låg.

För **dexamfetamin** och **lisdexamfetamin** anses risken för ett friskt fullgånget barn vara måttlig. Om modern väljer att amma bör barnet noga observeras med avseende på biverkningar som sömnproblem, oro och dålig viktuppgång.

Atomoxetin

Graviditet

Erfarenheten av Atomoxetin under graviditet är mycket begränsad. Det går inte att bedöma den eventuella risken för fostret.

Amning

Då kliniska data saknas kan risken för ammade barn inte bedömas. Om modern väljer att amma bör barnet noga observeras med avseende på biverkningar.

Dokumenthistorik

Medförfattare som har reviderat boken februari 2024: Heba Saleh, ST-läkare, psykiatri

2024-03-18 Tillgänglighetsanpassat.

2024-07-03 Vilhelm Arvhult. Dokumentet har tillgänglighetsanpassats.

Referenser

1. M.I.N.I. – Stöd för diagnostik vid psykisk ohälsa inom primärvården, Kunskapsguiden.se: Om M.I.N.I. – stöd för diagnostik vid psykisk ohälsa inom primärvården - Kunskapsguiden
2. Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom, DocPlus.

Överenskommelse kring handläggning av psykiatrisk sjukdom.pdf (sharepoint.com)

3. Graviditetsövervakning - bedömning av vårdnivå för gravida med behov av planerad eller akut läkarkontakt, DocPlus

GetDocument (regionuppsala.se)

4. Basprogram för vård och övervakning av graviditet, barnmorskemottagning i Uppsala län, DocPlus
   GetDocument (regionuppsala.se)
5. Psykisk ohälsa under graviditet, DocPlus

Psykisk ohälsa och sjukdom i graviditet.pdf (sharepoint.com)

6. MADRS-S

MADRS-Sjalvskattning.pdf (viss.nu)

7. Ätstörningsmottagningen för vuxna, Akademiska.se: https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/hitta-pa-sjukhuset/a-till-o/atstorningsenheten-for-vuxna/
8. ”Alkoholhandboken” Alkohol – Riskbruk, Skadligt bruk, Beroende. Ett beslutsstöd vid utredning och behandling. Tobias Eriksson
9. Sidan 30-31, Alkohol och graviditet: https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-alkohol-2018-01-03.pdf
10. ”Läkemedelshandboken” Läkemedelsberoende – Smärtstillande, lugnande, sömnmedel. Ett beslutsstöd vid utredning och behandling. Tobias Eriksson https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-lakemedelsberoende-18-01-03.pdf
11. Laroboken. Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Ett beslutsstöd vid utredning och behandling. Tobias Eriksson https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-laro-2018-01-03.pdf
12. Alkohol och graviditet, vårdprogram för barnmorskemottagningar i Uppsala län och Specialistmödravården Akademiska sjukhuset, DocPlus: GetDocument (regionuppsala.se)
13. Intellektuell funktionsnedsättning hos gravida, DocPlus GetDocument (regionuppsala.se)

14. SUF-kunskapscentrum, Regionuppsala.se

SUF-Kunskapscentrum (regionuppsala.se)

15. Mottagningen för hjärnstimulering, Akademiska.se https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/hitta-pa-sjukhuset/a-till-o/mottagningen-for-hjarnstimulering-och-psykiatrisk-klinisk-provning/
16. Janusinfo - Kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal http://www.janusinfo.se/