

# Klinisk handbok om psykisk sjukdom hos gravida

## Innehåll

Bakgrund.....	2
Psykiatrisk diagnostik .....	3
Struktur för omhändertagande av gravida med psykisk ohälsa .....	3
Psykosocial kartläggning och bedömning.....	3
Närståendes delaktighet.....	4
Initiera kontakt med socialtjänsten.....	4
Efter barnets födelse .....	4
Barnvårdscentralen, BVC .....	4
Avslut av de psykosociala insatser som initierats under graviditeten .....	4
Etablera samarbete med barnmorska.....	5
Struktur för omhändertagande inom kvinnovården av gravida med psykisk ohälsa .....	5
Affektiva sjukdomar .....	6
Depression .....	6
Bipolär sjukdom .....	7
Ångestsjukdomar .....	9
Personlighetsyndrom.....	9
Ätstörningar .....	9
Psykossjukdom.....	9
Missbruk och beroende.....	10
Alkohol.....	10
Omhändertagande .....	10
Läkemedelsberoende .....	11
Graviditet och LARO-behandling – patienter med opiat-/opioidmissbruk.....	11
Neonatalt abstinensyndrom, NAS .....	11
Amning och LARO-behandling .....	12
Neuropsykiatriska sjukdomar .....	12
ADHD .....	12
Autismspektrumtillstånd .....	12
Blivande mödrar med intellektuell funktionsnedsättning.....	13

ECT.....	13
Läkemedelsbehandling.....	14
Referenser .....	23

## Bakgrund

Graviditet, förlossning och tiden därefter är för de flesta 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 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 bör 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](http://www.akademiska.se).

Förslag till förbättringar tas tacksamt emot!

sara.sylvén@neuro.uu.se

adriana.ramirez@neuro.u.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 funktionskattning 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 ohälsa

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.

Målet för det psykosociala omhändertagandet är:

- 1) att stärka kvinnans och hennes nätverks möjligheter
- 2) 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 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, annat.
- 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 förlossning. Att gemensamt 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 och dels för att slippa påbörja nya kontakter när man är nybliven förälder.

Insatser som man kan ansöka om är t ex hemterapeut, kontaktfamilj eller mer omfattande placeringar om behoven är stora. Socialtjänsten är den 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.

Familjecentraler finns i hela länet och är en samverkan mellan socialtjänst, öppna förskolan, barnmorskemottagningen och barnavårdscentralen.

## 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 psykiatri 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.

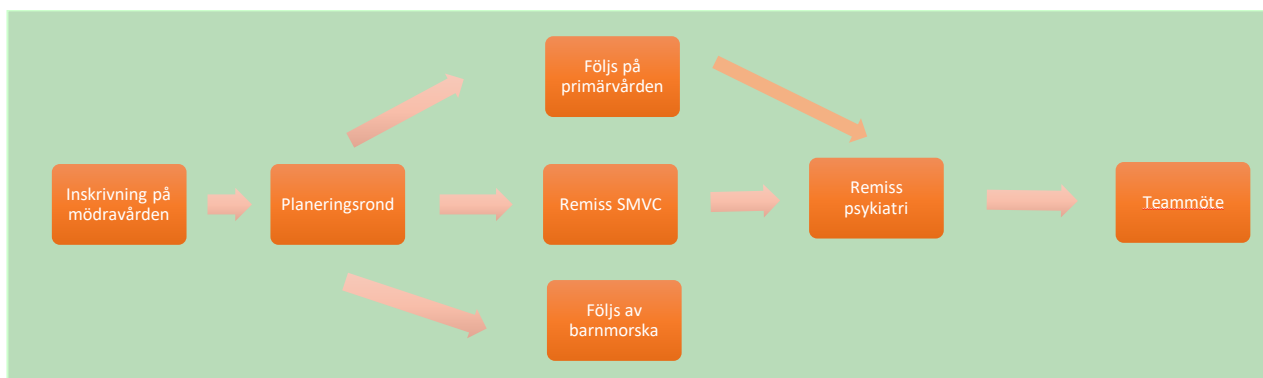
Dialogen kan med fördel ske via nätverksmöte för att skapa trygghet och en tydlig gemensam planering. Sträva efter att ha möten på barnmorskemottagningen (BMM) eller specialismödravårdsmottagningen (SMVC) då det är graviditeten som är i fokus.

## Struktur för omhändertagande inom kvinnovården av gravida med psykisk ohälsa

Alla kvinnor kontaktar en barnmorskemottagning under graviditetens första trimester. Barnmorskan ska då efterfråga tidigare psykisk ohälsa, se Graviditetsövervakning och basprogram för vård och övervakning av graviditet (3–4). Om det finns psykisk sjukdom i anamnesen så tas patienten upp på planeringsrund med läkare från obstetrike. 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 Specialismödravården om det krävs mer omfattande bedömning.

Om remiss skickas till Specialismödravården kallas patienten till ett besök för bedömning. Om så bedöms kan kontakt med psykiatrin initieras (remiss, ring gärna konsulttelefonen vardagar kl. 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 (ca v 25–28) och ett i slutet av graviditeten. Den ansvariga personen för att sammankalla personal från psykiatrin till dessa möten ska alltid vara avdelningschefen på den enhet där patienten vårdas. Det är viktigt att information om planering finns tillgänglig i patientens journal inför förlossningen.



## 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. Dåligt 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 perinatale 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 perinatale 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 och 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, t.ex. 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 behandlas med SSRI: behåll samma preparat.
- Vid nyinsättning av SSRI: välj i första hand Paroxetin och Sertralin 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, specialistpsykiatri, specialist i barnmedicin, kvinnan och hennes partner kring fortsatt amning eller inte. Vid suicidalitet ska kvinnan och hennes anhöriga alltid informeras om numret till psykiatriska akutmottagningen. Vid hög suicidrisk är indicerad akut konsultation eller akut remiss till specialistpsykiatri.

## 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 kvinnor insjuknar vanligen under sin fertila period. 7–8 % av kvinnorna nyinsjuknar i en affektiv episod under den perinatale 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 psykos 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 psykiatri genast kontaktas för fortsatt omhändertagande och utredning. Observera att ett atypiskt svar på insatt antidepressiv medicinering (t.ex. 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 anti epileptiska 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.

### 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 t.ex. 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

- 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 avseende biverkningar och koncentrationsbestämningar göras.
- 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 Psykofarmaka vid graviditet och amning-ULIC (13).

## 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 specialistpsykiatri enligt överenskommelse kring handläggning av psykiatrisk sjukdom (2).

## Personlighetsyndrom

Diagnostik av personlighetsstörningar görs inom specialistpsykiatri, 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 specialistpsykiatri 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 (6).

## Psykosjukdom

De vanligaste sjukdomarna med förändrad verklighetsuppfattning är schizofreni, schizoaftaktiv sjukdom och vanföreställningssyndrom. Schizofreni förekommer hos cirka 0,5 % av befolkningen, schizoaftaktiv 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. Risker med antipsykotisk behandling måste vägas mot de risker som finns för modern och (det ofödda) barnet vid en obehandlad psykosjukdom. 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 psykosjukdom 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 procent. 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 istället 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

### Alkohol

#### Bakgrund

Etanol är en liten molekyl, som därför snabbt passerar över placenta och ger samma blodkoncentration hos mor och foster. Molekylen är vidare 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 bröstmjolk 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 (7).

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 (7,8).

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 ineliggande, 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](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 ineliggande 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 bröstmjolk tänkas bli mer exponerad för läkemedlet varför stegvis nedläggning av amningen blir en rimlig väg att gå.

## Neuropsykiatriska sjukdomar

Till de neuropsykiatriska tillstånden räknas ADHD/ADD och autismspektrumtillstånd.

### ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) förekommer hos 2–3 % av den vuxna befolkningen. ADHD kännetecknas av koncentrations- och uppmärksamhetsstörningar och/eller överaktivitet. Diagnosen innebär en funktionsnedsättning som i sig kan ge både kognitiva och emotionella problem men också betydande sociala svårigheter.

Då vanliga symptom på ADHD är svårighet att hålla koncentrationen, impulsivitet och svårigheter att planera vardagen, så kan perioden som gravid och nyförlöst ge ökande symptom. Kvinnan/familjen är ofta i behov av praktisk hjälp att strukturera sin vardag, och behöver ofta tät uppföljning och tydlig information, både under och efter graviditeten.

I nuläget finns inga säkra studier kring behandling med centralstimulantia under graviditet, och beslutet kring medicinering eller ej bör 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. En person med autismspektrumtillstånd har stort behov av struktur och förutsägbarhet i sin vardag. Empatiförmågan är ofta intakt hos personer med autismspektrumtillstånd, vilket gör att ångest och oro aktiveras starkt av barnets gråt eller skrik, medan däremot förmågan att förstå vad det är som barnet signalerar om kan vara begränsad. Svårigheter med att anpassa sig till den nya situationen med barnet är

också vanliga, och nyblivna mammor med autismspektrumtillstånd behöver ofta speciellt anpassad hjälp för att förstå barnets signaler och hur man kan prova sig fram. Det finns annars risk för att de känner sig hjälplösa och otillräckliga, och utvecklar ångest och/eller depression.

## Blivande mödrar med intellektuell funktionsnedsättning

Intellektuell funktionsnedsättning (IF) förekommer hos ca 1 % av befolkningen. Det finns olika grader av IF (lindrig, måttlig och svår). Cirka hälften av dem har en lindrig IF, och det är främst de som blir föräldrar.

Det finns andra ord för IF; till exempel utvecklingsstörning och kognitiv funktionsnedsättning, begåvningshandikapp och förståndshandikapp är gamla ord som inte längre används. IF är en funktionsnedsättning som karaktäriseras av en samtidig nedsättning av intelligens och adaptiva färdigheter inom minst två av följande tre områden: 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 är inte alltid så lätt att identifiera en person med IF då förmågorna kan vara ojäma. Styrkor som en god verbal förmåga, innehav av körkort eller undersköterskeutbildning leder ens tankar till att ifrågasätta omfattningen av svårigheter. Detta medför konsekvenser med överkrav och uteblivet stöd vilket skapar grund för stress och psykisk ohälsa.

Enligt DSM-5 behöver personer med IF alltid stöd i vardagen för att kompensera brister 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 med IF formas dessutom av både skyddsfaktorer (stabil ekonomi, ett stödjande nätverk, god psykisk hälsa, en trygg uppväxt i ursprungsfamiljen, mm) och riskfaktorer (IQ under 50, trauma, tidigare placerade barn, oviljan att ta emot hjälp, mm).

Gravida med IF är oftast välkända inom Habiliteringen (11), och kontakt där för planering rekommenderas. Det är inte ovanligt att dessa mödrar utvecklar en samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser, varför specialistpsykiatri kan kontaktas vid behov.

## 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 behandlingsserier 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 anestesilog. 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 (12).

## Läkemedelsbehandling

Nedan följer kortare sammanfattningar kring olika läkemedel och läkemedelsgrupper (13).

Vid specifika frågor kring medicinering, interaktioner och polyfarmaci kan man med fördel kontakta Uppsala Läkemedelsinformationscentral (13).

Vi rekommenderar också att man, istället för att konsultera FASS, läser på om rekommendationer kring graviditet och amning via Janusinfo (14), Stockholms läns landstings läkemedelsinformation. Där kan man söka på läkemedelsnamn/substansnamn under rubrikerna "Läkemedel och fosterpåverkan" respektive "Läkemedel och amning"

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. 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 utsättningsymptom 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 bröstmjolk, men en viss skillnad tycks föreligga; fluoxetin>citalopram/escitalopram>paroxetin>sertralin>fluvoxamin. Symtom som skrikighet,

sömnpblem 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 bröstmjölks 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 utsättningsssymtom 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. Höga koncentrationer av venlafaxins aktiva metabolit har dock 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*

Det föreligger mycket begränsat med data avseende mirtazapin och amning. Baserat på data från 11 ammande kvinnor tycks dygnsdoser upp till 120 mg ge låga nivåer i bröstmjolk. Hos ett ammat barn har en plasmakoncentration motsvarande 30% av moderns uppmätts. 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.

#### *Bupropion*

Bupropion bör tills vidare undvikas under tidig 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.

### 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.

#### *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

Data är otillräckliga för att bedöma eventuella risker av melatonin för fostret.

### Amning

Risken för ett ammande barn är troligen låg vid enstaka doser.

## 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.

#### *Aripiprazol*

Behandling med aripiprazol bör, om möjligt, undvikas under graviditet då erfarenhet av sådan behandling är liten. 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. 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 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. 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 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.

## Neuroleptika av fentiazintyp

### *Prometazin*

Prometazin kan utan risk användas även i tidig graviditet.

### *Hydroxizin*

Tillgängliga data talar emot en fosterskadand effekt. Hydroxizin omvandlas till ca 45% till cetirizin, som i det svenska Medicinska födelseregistret har associerats med en möjligt ökad förekomst av missbildningar i och kring njurarna. Hydroxizin bör därför så långt det är möjligt undvikas under graviditet tills mer data föreligger.

### *Propiomazin*

Någon risk för fosterskador tycks inte finnas vid behandling med propiomazin under tidig graviditet.

### *Haloperidol*

Behandling med haloperidol under graviditet bör, om möjligt, undvikas då erfarenheten av sådan användning är 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.

### *Melperon*

Behandling med melperon 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.

### *Sertindol*

Behandling med sertindol 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.

### *Ziprasidon*

Behandling med ziprasidon 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.

### *Flupentixol*

Behandling med flupentixol 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.

### *Klorprotixen*

Behandling med klorprotixen 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.

### *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.

## 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 utsättningsymtom hos barnet, som agitation och såväl hyper- som hypotoni. Under senare delen av graviditeten, bör därför dosen hållas så låg som möjligt.

### Amning

#### *Alimemazin*

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

#### *Aripiprazol*

Risken för ett friskt fullgånget barn är sannolikt låg. 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.

#### *Risperidon*

Risken för ett friskt fullgånget barn är sannolikt låg. Andra läkemedel kan dock vara att föredra eftersom erfarenheten är mycket begränsad.

#### *Paliperidon*

Risken för ett friskt fullgånget barn är sannolikt låg. Andra läkemedel kan dock vara att föredra eftersom erfarenheten är mycket begränsad.

#### *Quetiapin*

Risken för barnet är sannolikt låg vid terapeutiska doser.

## Neuroleptika av fentiazintyp

#### *Prometazin*

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

#### *Hydroxizin*

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

#### *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.

### *Flupentixol*

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

### *Klorprotixen*

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

### *Zuklopentixol*

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

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

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. 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 utsättningsymptom 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.

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

För **triazolam** saknas data för att kunna bedöma den eventuella risken vid amning.

## 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 utsättningsymptom hos barnet.

### Amning

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

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.

### *Topiramet*

Någon säkerställd missbildningsframkallande effekt av topiramet är inte känd. Det är dock för tidigt att uttala sig om topiramet 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 (t.ex. slöhet och dålig viktuppgång) och plasmakoncentrationsbestämning hos barnet kan vara till hjälp.

#### *Lamotrigin*

Lamotrigin passerar över i bröstmjolk 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 plasmakoncentrationsbestämning 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.

#### *Topiramet*

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. Plasmakoncentrationsbestämning kan vara till hjälp.

## 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 urinvolymer, har beskrivits när litium har använts under senare delen av graviditeten.

### 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 Apgar. 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.

## Referenser

1. **M.I.N.I. – Stöd för diagnostik vid psykisk ohälsa inom primärvården**  
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/MINI-Stod-for-diagnostik-vid-psykisk-ohalsa/Sidor/default.aspx>
2. **Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom**  
<https://ltuppsala.sharepoint.com/sites/DocPlusSTYR/DPDocumentRedirect.aspx?id=DocPlusSTYR-17468>
3. **Graviditetsövervakning - bedömning av vårdnivå för gravida med behov av planerad eller akut läkarkontakt**  
<http://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-7863&docId=DocPlusSTYR-7863>
4. **Basprogram för vård och övervakning av graviditet**  
<http://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-7783&docId=DocPlusSTYR-7783>
5. **MADRS-S**  
<http://viss.nu/Global/Blanketter/MADRS-Sjalvskattning.pdf>
6. **Ätstörningsmottagningen för vuxna**  
<https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/hitta-pa-sjukhuset/a-till-o/atstorningsenheten-for-vuxna/>
7. **Alkohol och graviditet, vårdprogram för barnmorskemottagningar i Uppsala län och Specialistmödravården Akademiska sjukhuset**  
<http://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-11468&docId=DocPlusSTYR-11468>
8. **Alkohol och graviditet i den kliniska handboken om alkohol**  
<https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-alkohol-2018-01-03.pdf>
9. **Klinisk handbok om läkemedelsberoende**  
<https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-lakemedelsberoende-18-01-03.pdf>
10. **Klinisk handbok LARO-boken**  
<https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-laro-2018-01-03.pdf>

11. **Nära vård och hälsa**  
<http://www.lul.se/hoh>
12. **Mottagningen för hjärnstimulering**  
<https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/hitta-pa-sjukhuset/a-till-o/mottagningen-for-hjarnstimulering-och-psykiatrisk-klinisk-provning/>
13. **Psykofarmaka vid graviditet och amning-ULIC**  
[http://www.lul.se/sv/Extranat/For\\_vardgivare/Lakemedelskommitten/Forskrivningshjalpmedel/Lakemedelsbehandling-vid-graviditet-och-amning/](http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/Lakemedelskommitten/Forskrivningshjalpmedel/Lakemedelsbehandling-vid-graviditet-och-amning/)
14. **Janusinfo**  
<http://www.janusinfo.se/>