

SFOG-råd för handläggning av psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande (ARG-rapport nr 62)

Allmänt

Uppmärksamma psykisk sjukdom och riskfaktorer för psykisk sjukdom genom en noggrann anamnes i början av graviditeten! Kvinnor som söker ofta för symptom som smärta och trötthet kan ha en bakomliggande depression. Barnmorskan kan använda EDS (Edinburgh Depression Scale) vid misstanke om detta. Barnmorskan bör också ha möjlighet till konsultation med MHV-psykolog.

Lämpliga frågor att ställa:

- Hur mår du psykiskt nu under din graviditet?
- Har du någon gång haft psykiska besvär?
- Har du haft det i samband med tidigare barns födelse eller vid andra tillfällen?

Om kvinnan svarar ja:

- Hur tedde sig de besvären och hur påverkades du?
- Hur behandlades du i samband med de besvären?
- Är du orolig att de ska komma tillbaka?
- Har någon i din familj eller släkt haft allvarliga psykiska besvär efter ett barns födelse
- Har någon i din familj eller släkt haft allvarliga psykiska besvär vid andra tillfällen?

Läkare inom MHV bör involveras i vården om den gravida kvinnan har psykisk sjukdom. Ett möjligt diagnoshjälpmedel är Prime-MD, en primärvårdsbaserad anamnesguide.

Gravida eller nyförlösta kvinnor med bipolär sjukdom, schizofreni eller som behandlas med psykofarmaka på grund av annan psykisk sjukdom ska remitteras till sin psykiater för bedömning och ställningstagande till farmakologisk behandling. De kvinnor som själva satt ut sin behandling i samband med graviditetsbeskedet bör också kontakta sin läkare för bedömning och råd.

Anknytningsprocessen bör särskilt uppmärksammas under graviditeten och barnmorskan/läkaren bör bedöma om det finns behov av extra stödåtgärder under första tiden med barnet.

Planera i samverkan och förbered för uppföljning inom psykiatri och BVC.

Dokumentera före förlossningen om kvinnan ska amma eller inte! Amning understöds oftast. Hänsyn tas till mammans tillstånd och till farmakologisk behandling.

Om mamman har farmakologisk behandling bör barnet observeras med tanke på eventuella utsättningssymtom.

Erbjud BB-vårdtid minst tre dagar för både mammans och barnets del.

Uppmärksamma kvinnans förlossningsupplevelse, eftersom det finns en ökad risk för PTSD och depression.

Lätt depression

Stöd av barnmorska och/eller MHV-psykolog.

Uppmärksamma depressiva symptom, eventuell försämring och avbrott i kvinnans anknytning till barnet

Uppmärksamma uttalade sömnsvårigheter

Uppföljning 6 – 8 veckor postpartum via MHV i samarbete med BHV och eventuell psykolog. EPDS kan användas postpartum

Måttlig depression

Om kvinnan har en väl fungerande SSRI-behandling och bedömts ha behov av behandling, bör hon rekommenderas att fortsätta. Under graviditeten bör psykiater ansvara för behandlingen.

Vid nyupptäckt depression under graviditet bör korttidspsykoterapi erbjudas som förstahandsalternativ, t.ex. KBT (kognitiv beteendeterapi), IT (Interpersonell terapi) och PDT (psykodynamisk terapi). I andra hand rekommenderas farmakologisk behandling. Om behov av att påbörja farmakologisk behandling kan väl prövade SSRI-preparat t.ex. sertralin användas i lägsta effektiva dos. Effekten bör noggrant utvärderas.

Insatt behandling behöver vanligen inte sättas ut inför förlossning. Eventuell dosjustering kan ske efter individuell bedömning. Vanligen finns behov av fortsatt behandling postpartum då det finns en risk för försämring.

Svår depression

Viktigt med tidig psykiaterkontakt. Observans på suicidrisk. Oftast behov av läkemedelsbehandling. Andra preparat än SSRI kan komma i fråga. Vid svår djup depression kan även ECT komma i fråga. Behov av utredning om depressionen är en del i en bipolär sjukdom.

Bipolär sjukdom

Hög risk för postpartumpsykos. Viktigt med adekvat behandling under graviditet och puerperium för att minimera risken för psykos. Avgörande med psykiaterkontakt redan i början av graviditeten samt tidig uppföljning post partum .

Litiumbehandling under graviditet har visat sig minska risken för insjuknande i postpartumpsykos. Högriskpatienter kan stå på litium hela graviditeten för övriga kan det sättas in efter första trimestern. Ange tidig litiumbehandling på ultraljudsremissen på grund av en ökad missbildningsrisk. Vissa antiepileptika kan också användas som stämningsstabiliserande läkemedel, valproinsyra och karbamazepin bör dock undvikas i tidig graviditet.

Hög stressande arbetsbelastning och sömnsvårigheter kan försämra tillståndet därför kan sjukskrivning ibland behövas.

Vid litiumbehandling: Minimera risk för uttorkning och undvik NSAID-preparat.

Ta litiumprov på mamman vid inkomsten till förlossningen och navelsträngsprov på

barnet. Sänk litiumdosen postpartum enligt behandlande psykiaters ordination. Litiumbehandling kan även påbörjas inom 24 tim postpartum och har då en viss profylaktisk effekt mot puerperalpsykos.

Fortsatt uppföljning av barnet under 5 – 7 dagars vårdtid, vid utskrivning fortsatt uppföljning på barnklinik, inklusive sköldkörtelfunktion.

Amning bör inte generellt tillrådas men om mamman har en stark önskan att amma och barnet är fullgånget och friskt kan amning diskuteras. Avråd från natt-amning, barnet bör då få tillägg.

Vid minsta misstanke om psykosutveckling ska psykiater tillkallas.

OBS risk för suicid och infanticid.

Vid behandling med andra stämningsstabiliserare, som t.ex. lamotrigin, bör amning inte generellt tillrådas. Om amning inleds rekommenderas uppföljning av serumkoncentrationer hos barnet t.ex. 2 och 6 veckor post partum.

Ångestsjukdomar

Vid lindriga symptom rekommenderas stöd hos barnmorska eller MHV- psykolog. Vid mer uttalade symptom rekommenderas i första hand KBT. Vid svåra eller kroniska tillstånd som tvångssyndrom rekommenderas läkemedelsbehandling, exempelvis SSRI.

Vid svår förlossningsrädsla rekommenderas remittering till särskild behandling vid förlossningsklinik.

Psykossjukdom

Neuroleptika kan användas under graviditet. Oftast fortsatt behov av

behandling under graviditet då utsättning kan få allvarliga konsekvenser för kvinnan och barnet. Avgörande med psykiaterkontakt redan i början av graviditet samt tidig uppföljning postpartum. Beakta dock att neuroleptikabehandling under senare delen av graviditeten kan ge extrapyramidala biverkningar och övrig CNS-påverkan hos barnet.

Psykossjukdom innebär ofta ett socialt handikapp och kvinnans omsorgsförmåga kan behöva utredas. Patienten bör aktualiseras hos socialförvaltningens familjebarnenhet under graviditeten för att möjliggöra planerade insatser direkt via hemgång från BB.

Ätstörningar

Tillväxtultraljud rekommenderas. Pedagogisk information om näringsintag och fostertillväxt.

Vid svår anorexi eller bulimi, krävs samarbete med psykiatrisk ätstörningsenhet och dietist.

Observera ökad risk för postpartumdepression

Samverkan

Mödrahälsovård, förlossningsvård, barnhälsovård, MHV/BHV-psykologer, psykiatrin och socialtjänst bör samordna stöd och insatser.

Lokala samrådsgrupper med representanter för instanserna ovan rekommenderas för diskussion av aktuella fall och kunskapsutbyte. I det enskilda fallet kan kvinnan med närstående och berörda vårdgivare och tjänstemän kallas till planeringsmöte redan under graviditeten.

Efter samverkan/samråd och med kvinnans medverkan och samtycke ska vårdplan formuleras och dokumenteras i journalen.

Vårdplanen bör innehålla

- Bakgrund
- Stödpersoner under graviditeten
- Förlossningsplanering
- Amning tillstyrks eller avråds
- Medicinering före och efter förlossning
- Sömnbehov
- Vårdtid på BB
- Eventuell särskild observans på barnet
- Hur man når viktiga kontaktpersoner
- (psykiater, BVC, psykolog, socialsekreterare)
- Planerad uppföljning

Exempel på vanligt använda läkemedel vid farmakologisk behandling av psykisk sjukdom under graviditet och amning

OBS se www.janusinfo.se; kunskapsläget föränderligt. Alla läkemedel ska användas efter individuell risk-nytto-analys. Använd lägsta effektiva dos.

Läkemedel	Graviditet*	Amning*	Relativ överföring till barnet [#]
Citalopram (Cipramil)	1	1	7.4%
Escitalopram (Cipralext)	2	2	5.3-7.7%
Fluoxetin (Fontex)	1	2	10.5%
Paroxetin (Seroxat)	3	1	2.9%
Sertralin (Zoloft)	1	1	2.3%
Mirtazapin (Remeron)	2	1	1.9%
Venlafaxin (Efexor)	2	1	6.4%
Klomipramin (Anafranil)	3	1	4.4%
Proklorperazin (Stemetil)	2	3	okänt
Perfenazin (Trilafon)	2	2	0.1%
Haloperidol (Haldol)	2	2	9.6%
Olazapin (Zyprexa)	2	2	2.7%
Risperidon (Risperdal)	2	2	4.7%
Klozapin (Leponex)	3	NEJ	
Litium (Lithionit)	3	3	
Valproinsyra (Ergenyl)	NEJ	2	2%
Karbamazepin (Tegretol)	NEJ	2	4%
Lamotrigin (Lamictal)	2	3	11%

* 1 = OK, 2 = Bristande data eller rapporterade problem, 3 = I undantagsfall efter noggrann avvägning

[#] = Data från janusinfo.se januari 2010