

Perinatal psykiatri

Petra Bygdevall

Gynekolog/obstetriker och psykiater

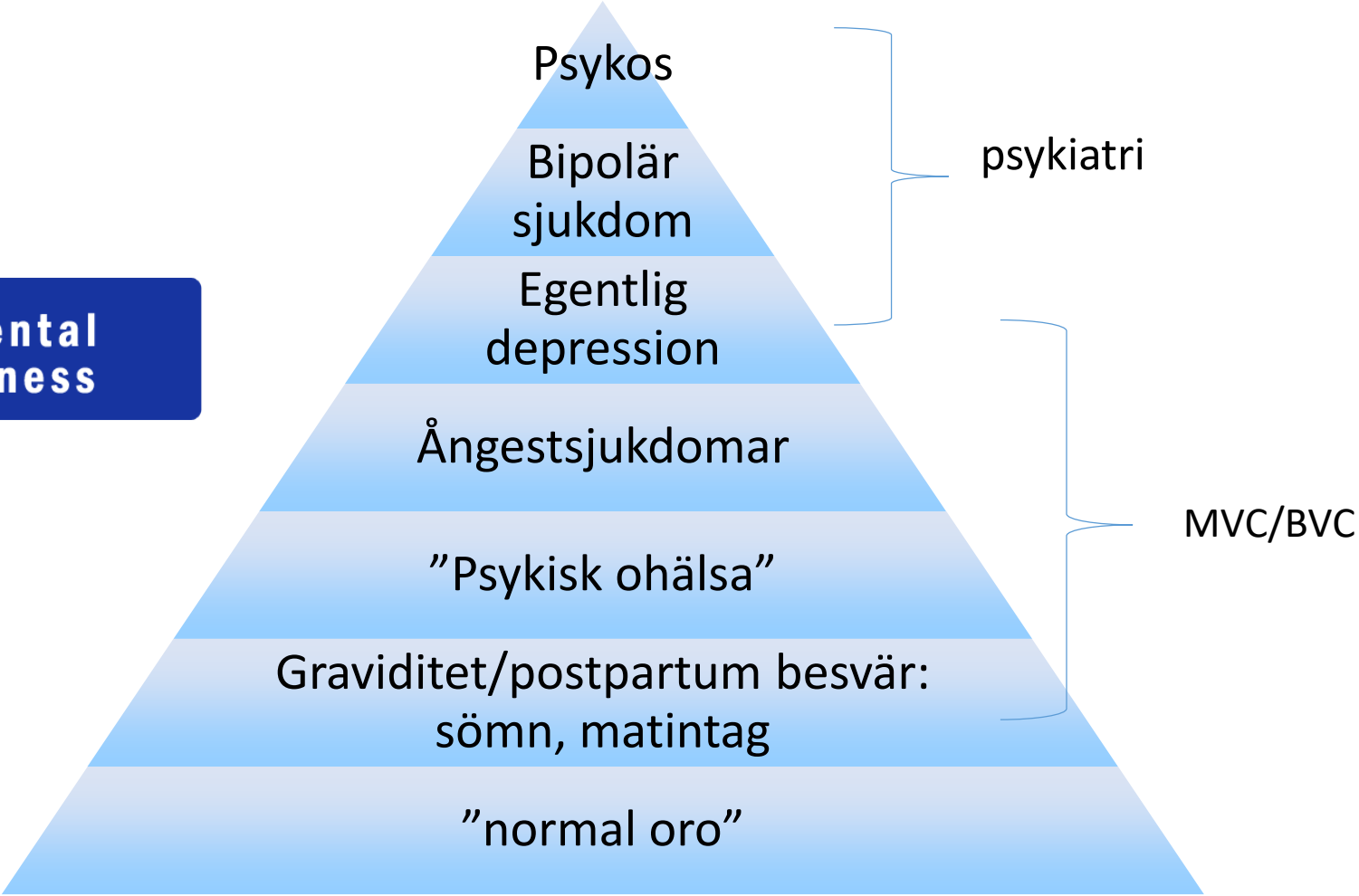
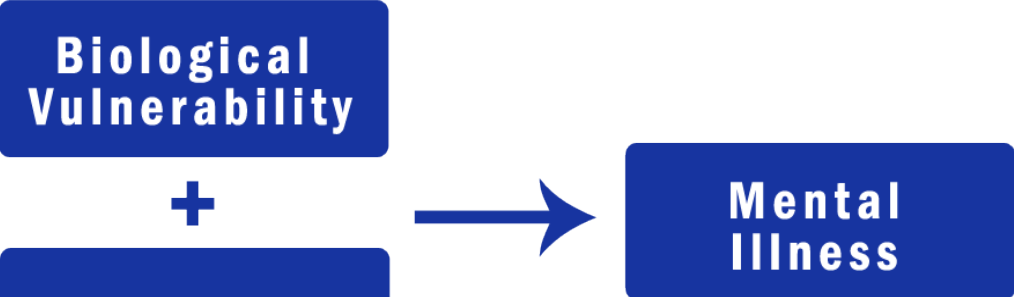
Psykiatri Sydväst

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Agenda

- 1. Risk vid olika psykiatriska sjukdomar**
- 2. Risk/nyttobedömning läkemedel eller inte**
- 3. Läkemedel under graviditet/amning**

Stress-sårbarhetsmodellen och perinatalpsykiatri?



AFFEKTIV SJUKDOM

Depression
Bipolär sjukdom

MISSBRUK

PSYKOSSJUKDOM

Schizofreni,
Schizoaffektivt
syndrom

ÅNGESTSJUKDOM

Gad, Specifik Fobi,
Social fobi, OCD,
Paniksyndrom, PTSD

NEUROPSYKIATRI

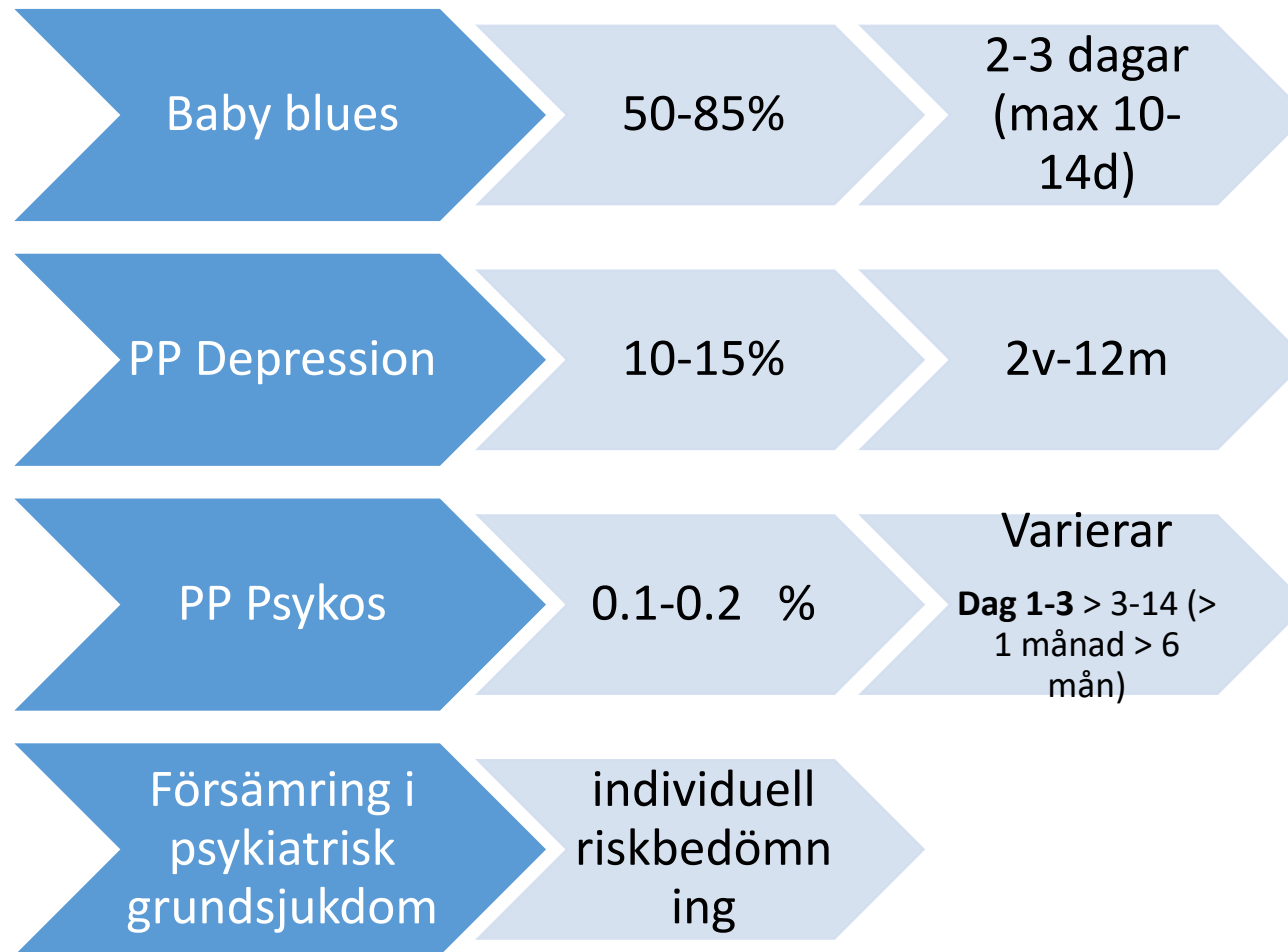
ADHD/ADD,
AST(Autismspektrumstörn),
Intellektuell
funktionsnedsättning

PERSONLIGHETSSYNDROM

Vanligast EIPS/Borderline

ÄTSTÖRNING

Post partumpsykiatri?



Depression under graviditet och postpartum

- >50% börjar under grav
- 10-15% behandlingskrävande depression postpartum (3-7% måttlig/svår). Vi missar många! Tendens att "normalisera" depressioner efter förlossningen. Om avvakta; tät uppföljning.

Risikfaktorer:

- Tidigare depression under livet: återfall (30-40%)
- Depression, ångest under graviditet ökad risk postpartumdepression
- Stress, sömnbrist, smärta, läkemedelscompliance
- Tidigare graviditetsförlust, oavsett vecka
- Lågt partnerstöd/socialt stöd
- Utsättning SSRI vid/under graviditet: återfall (68%)
- Sätt inte ut SSRI i slutet av graviditeten; snarare dosöka!

Egentlig depression i DSM-5

Nedstämdhet

Oförmåga att glädjas

Ökad/minskad sömn

Koncentrations störning

Nedsatt självkänsla/
skuldkänslor

Själv mordstankar



Ökad/minskad aptit

Energibrist

Ökad/minskad motorik

- Minst 5 symtom
- Minst 2 veckor
- Lidande/funktionsinskränkning

Ångestsjukdomar under graviditet och postpartum

Behandling: KBT och/eller SSRI bra resultat

Paniksyndrom: Förväntansoro för panikattack (kroppsliga plötsliga symtom, hjärtklappning, yrsel, andnöd).”Oro för panikattack under förlossning”

GAD (Generaliserat ångestsyndrom); påtaglig och ständig förväntansångest och oro (tex sjukdom, olyckor). Ältande. Kan ofta bli värre efter förlossning. ”Förlossningsrädsla”

Social fobi: Ångestattacker i granskningssituationer. Svårt med föräldragrupper?

Specifik fobi. Kräkfobi, blodfobi, stickfobi, förlossningsfobi/stark förlossningsrädsla. Hitta-bra hjälp!

OCD (Tvångssyndrom); Tvångstankar och tvångshandlingar. Ritualer för att minska obehag. Tvättvång, magiska ramsor osv. Ibland sämre efter förlossningen. Kan ibland överföras till barnet.

PTSD: Traumatisk händelse av extremt hotande slag. Flashbacks och mardrömmar. Överkänslig för sådant som påminner om händelsen. Komplex PTSD; utsatt långvarigt trauma. EMDR-beh bra

- Graviditet/förlossning: Kan trigga återaktivering av sexuell traumatisering
- Sexuell dysfunktion, planerade kejsarsnitt, undvikande av graviditet
- Svårigheter mor-barn relation

Behandlingstrappa depression/ångestsjukdomar under graviditet

- Sömn: Avslappningsövningar, ljudbok. Läkemedel ffa Lergigan, Imovane eller Stilnoct enstaka.
- Återhämtning: Sjukskrivning heltid/deltid, avlastning
- Fysisk aktivitet/avslappning: Gravidanpassad träning? Sjukgymnast? Gravidyoga?
- Psykologisk behandling: Terapeut på VC (gravidvana?), Internet-KBT (DANA-studien), MHV, familjecentral, BUP?, Malinamottagningar (regionalt Sthlm)
- Läkemedelsbehandling SSRI 1:a hand. Sertralin och Escitalopram. Byt inte ut välfungerande antidepressiv behandling.



Ökande
svårig-
hetsgrad

Bipolär sjukdom under graviditet och postpartum

- Hög återfallsrisk i affektiv episod ffa **efter** förlossningen
- Bipolära psykoserna kommer ofta före depressionerna
- Bipolär sjukdom under graviditet associerat med ökad risk för sectio samt för tidig födsel. Obehandlad gravid: ökad risk minskat huvudomfång och hypoglykemi.
- 25-50% obehandlade **BP 1** utvecklar **en postpartumpsykos**.
- Ca 80% postpartumpsykos är "affektiva psykos". Ofta debut av bipolär sjd.
- 20-50% (stor spridning i studier) har endast insjuknande postpartalt. Mycket hög risk för återinsjuknande vid ny graviditet. **Extra obs förstföderska**

Hög återfallsrisk i affektivt skov post partum Bipolär typ I och II

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| • Mani/mixed/psykos (<6v. pp) | 33% (I), 9% (II) |
| • -"- eller depression | 56% (I), 40% (II) |
| • Någon episod (<6 mån) | 69% (I, II) |

Postpartumpsykos

- 1-2/1000 förlossningar
- **Dag 2-14** (> 6 mån) eller vid amningsnedläggning
- Hypotes: Efter partus sjunker östrogen och progesteron sjunker drastiskt. Även kortisolnivåerna i samband med förlossningen kan bidra. Detta tillsammans med sömnbrist som kan förvärra eller utlösa psykotiska symtom. Det finns även viss forskning kring inflammatoriska processer under/efter graviditet.
- Litium enda preparat med evidens att förebygga postpartumpsykos.
- **Snabb debut:** Obs förlängd BB-tid 3-5dgr

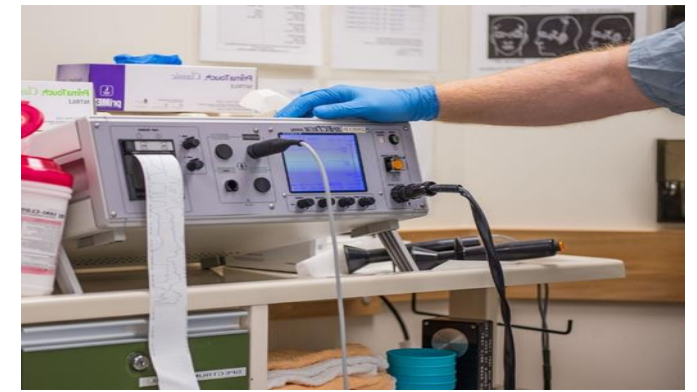
Riskfaktorer

- Bipolär sjukdom ffa typ 1 eller schizoaffektivt syndrom
- Sömnbrist
- Hereditet (förstagrads släkting med postpartumpsykos)
- Obstetriska komplikationer: tex blödning, infektion, preeklampsi
- Om tidigare postpartumpsykos: 57% risk återfall nästa grav.
- Utsättning Litium u graviditet → 52-74% återfall i affektiv episod.

Postpartumpsykos

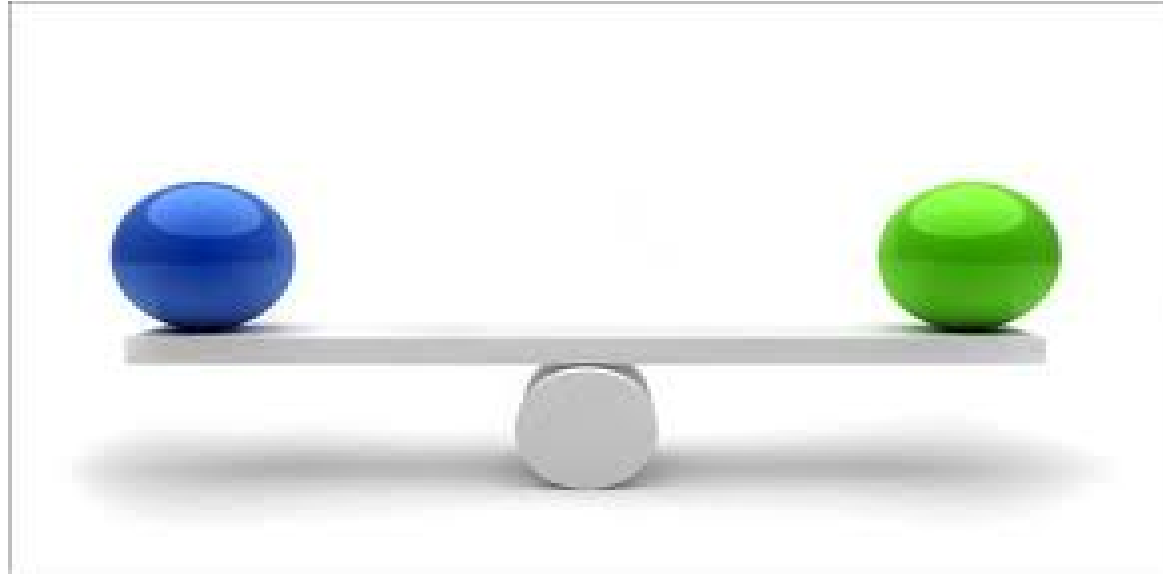
- 1. Aktuell och övergående psykos:** (tidigare kallad psykos av cykloid typ) ”klassiska” Dramatiska svängningar. Förvirring, perplexitet, ångest, lyckokänslor, vanföreställningar (religiös/mystisk art). Risk för suicid/infanticid.
- 2. Manisk typ:** Stark uppvarvning, eufori, irritabilitet, förhöjd självkänsla, svårigheter att vara stilla, minskat sömnbehov, omdömeslöshet, aggressivitet.
- 3. Depressiv typ:** Djup depression med stark nedstämdhet, skuldkänslor, värdelöshetskänslor, energibrist, suicidtankar. barnet är vanskapt. Vanföreställning kring barnet (vanskapt), religiös/mystisk, skuld. Risk för suicid/infanticid.

Handläggning postpartumpsykos



- Psykiatrisk bedömning ska ske utan dröjsmål på BB
- Ta ställning till vårdintyg och x-vak. Lämna inte ensam. Överlåt inte till anhöriga
- **Sömnprioritering:** (erbjud avlastning). Nitrazepam 5-10 mg/Imovane 10 mg o/e Olanzapin 10-20 mg. Benzodiazepiner kan också vara bra tex 15 mg Oxascand. Kan upprepas.
- Lugn och ro. God omvårdnad. Tydlig struktur och gränssättning.
- Adekvat smärtlindring (ej NSAID om litium)
- Somatisk uppföljning av kvinnan: bt, puls, temp, infektionsprover, blod-och leverstatusstatus, elektrolyter. Atypisk symtombild/inga riskfaktorer: överväg CT skalle (blödning, infarkt) – sent debuterande eklampsi? Infektion?
- **ECT ofta förstahandsbehandling**
- Samverkan obstetrik, neo, anhöriga, ev. socialtjänst

Läkemedel: Individuell risk-nyttabedömning



- **”Ju allvarligare sjukdom desto starkare indikation för läkemedelsbehandling”**
- **Sätt inte ut läkemedelsbehandling mot slutet av graviditeten!**
- **Insättning av psykofarmaka bör skötas av läkare inom psykiatri eller primärvård; uppföljning, dosjustering, utvärdering, effekt och utsättning?**

Läkemedel under graviditet

- *Alla psykofarmaka passerar över till fostret*
 - *Evidens för läkemedelsbehandling?*
 - *Lägsta effektiva dos*
 - *Tänk på farmakodynamiska förändringar under graviditet. Monitorera ofta. Gärna s-konc.*
 - *Diskutera ev. amning i god tid innan förlossningen*
1. Missbildningsrisk/teratogenicitet; *första trimestern*
 2. CNS utveckling pågår under hela graviditeten. Cave **Valproat/Ergenyl** som ger CNS-påverkan. Ge aldrig till fertil kvinna! OM hon kvarstår: diskutera antikonception.
 3. Barnpåverkan kort sikt; abstinens på BB, neonatal adaptationsstörning (PNAS)
 4. Barnpåverkan lång sikt. Okända långtidseffekter på flera psykofarmaka



Risker vid obehandlad psykisk sjukdom under graviditet

Moder:

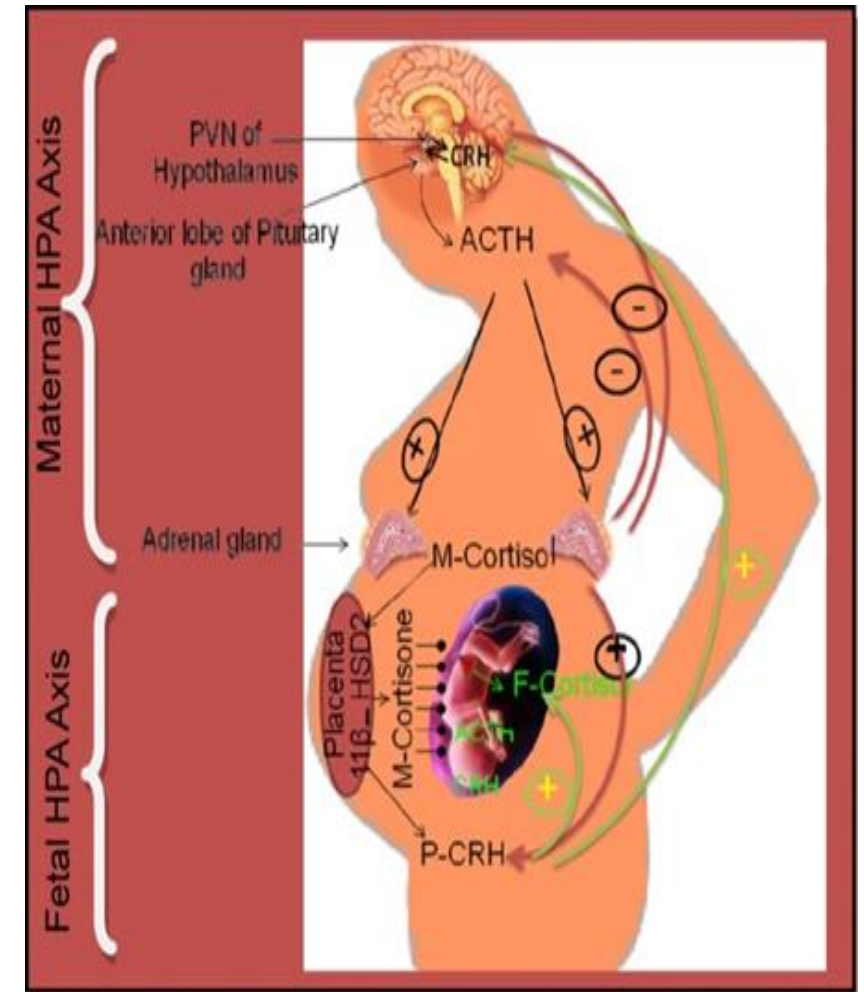
- Aktuell och återfallsrisk i psykisk sjukdom
- Självmedicinering av alkohol och nikotin?
- Anknytning, omsorg

Foster/graviditet:

- Ångestsymtom: ökar kortisol, försämrade placentaperfusion, aktiverar fetala stressystem
- Prematuritet, låg födelsevikt, tillväxthämning, sämre placentaperfusion

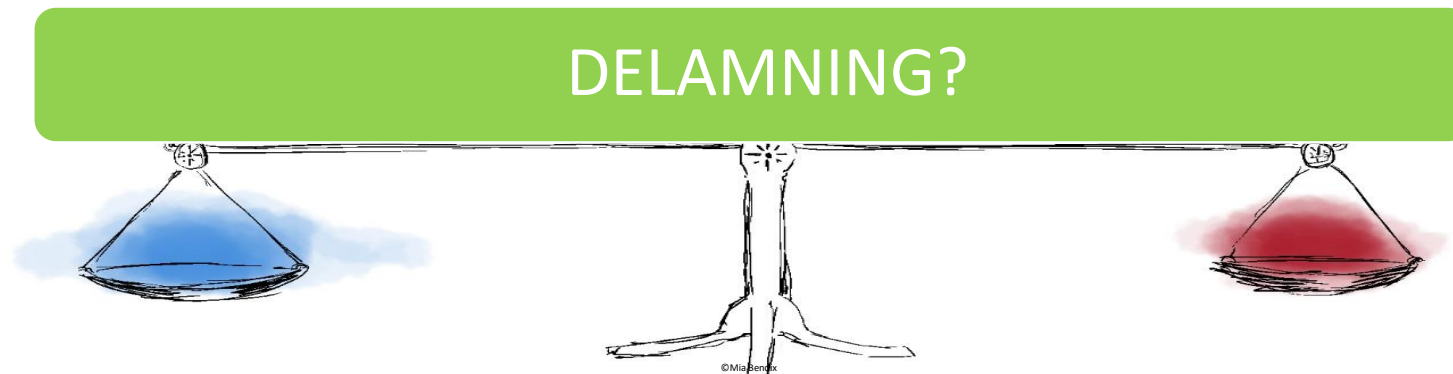
Barn:

- Långtidsuppföljning barn: ökad risk för sömnstörning, impulsivitet, hyperaktivitet, ångest, depression, försenad talutveckling



Amning

- Väldokumenterade hälsoeffekter mor och barn
 - De flesta preparat kompatibla med amning av *friska och fullgångna barn*
 - Särskild bedömning/samråd med barnläkare vid litium, lamotrigin, neuroleptika (Abilify) vissa ADHD-läkemedel
 - Stress, skuld känslor, otillräcklighet
- Psykisk sjukdom kan påverka amningsfunktionen. Depression föregår ofta amningsproblem. Prolactin, oxytocin minskar vid stress/depression
 - Stört sönmönster, trötthet. Amning bra? Sömprioritering kan skydda mot återfall
 - Ej vid regelbunden BDZ/BDZ liknande
 - OM amningsnedläggning: använd ej dopaminagonister (bromokriptin, kabergolin). Ökar risk för psykos.



Amning och läkemedel

- Dosen via modersmjölken lägre än intrauterin dos. *”Amning- en långsam uttrappning av läkemedlet?”*
- *Grov* tumregel: Relativ barndos $<10\%$ = borde gå bra att amma
- Upptag och eliminering av ett läkemedel hos det ammade barnet har betydelse för risken att påverkas.

Antidepressiva läkemedel

SSRI/SNRI: ass. med ökad blödning förlossning? Ej kliniskt relevant om frisk och ej antikoagulantia

Under graviditet

- **SSRI: Sertralin, Citalopram/Escitalopram** tyder ej på ökad missbildningsfrekvens. Paroxetin, Fluoxetin liten ökad risk för hjärtmissbildning (tveksamt byta om god effekt). Info om *PNAS* (*poor neonatal adaptation*).
- **SNRI: Venlafaxin, duloxetin (Cymbalta):** går bra. Info om *PNAS*
- **TCA (Tricykliska):** Anafranil, Sensaval, Saroten-använts länge. Inte ökad missbildningsrisk. *PNAS*
- bupropion (Voxra), agomelatin (Valdoxan), Mirtazapin, vortioxetin (Brintellix): begränsad information. Inget tyder på ökad missbildningsrisk. Inga skäl avbryta graviditet.


Under amning

- Mängden SSRI som går över i bröstmjölks varierar. Sertralin lägst relativ barndos (4%). Går bra att amma friska fullgångna barn!
- SNRI: Venlafaxin hög penetrans (relativ barndos 18%) men går bra (Janusinfo klass 2). Duloxetin mindre penetrans (klass 2).
- TCA: Går bra
- Går troligtvis bra. Men...Voxra (klass 3 ökar risk kramper) och Brintellix (klass 3). De andra klass 2.

Litium under graviditet

- Litium kopplas till en liten ökad risk för missbildningar varför man rek [extra ultraljud med ekokardiografi \(riktat hjärtultraljud\) v 18-20](#) (remiss via MVC alt spec-MVC) Risken för specifika hjärtmissbildningar inte lika tydlig.
- Litium har fullständig passage över till moderkakan och fostret.
- Risk för neonatal diabetes insipidus/polyhydramnios. Ta s-li 1 ggn/månad och from v 36 varje vecka.
- Vid "aktivt förlossningsarbete"; pausa litium. Risk för dehydrering. Direkt efter partus; återinsätt pregravid dos.
- Kan planera för sömnprioriterad förlossning. Vid lång latensfas: slå ut värkar och ge sömnmedicin.
- På BB: slöhet "floppy infant", hypotyreoos, diabetes insipidus, hjärtarytmier
- Ta s-li i navelsträngen på förlossningen samt vid PKU-provtagningen på BB ca 48 h ålder
- Långtidsuppföljningar av barn som exponerats för litium intrauterint har inte påvisat några avvikelser i motorisk eller kognitiv utveckling.

Litium och amning

- Litium övergår i bröstmjolk och s-konc på 10-200% har uppmätts hos ammande barn
- Tidigare avrått  god föräldraförmåga, fungerande barnuppföljning, fullgånget och frisk barn
- Delamning kan vara ett alternativ
- Absolut remiss till barnläkare/specialist-MVC. GOD SAMPLANERING barn/psyk.
- Informera om provtagn (s-li, Na,K, Krea,TSH,T4) och klinisk bedömn. Ca 48 timmars ålder vid PKU, vecka 2, 4 och 8.
- Ej rek. amning prematura barn.
- Ej bromokriptin eller kabergolin– psykosrisk!
- Cave NSAID. Ökar s-li koncentration.

Antiepileptika: valproat (Ergenyl), lamotrigin (Lamictal), karbamezepin (Tegretol), pregabalin (Lyrica)

Under graviditet-remiss utvidgat ultraljud

- Folsyra rekommenderas (oklart dos)...
- Generellt: *monoterapi* och *dosberoende!*
- Valproat: **fosterskadande! Ska inte** användas till fertila kvinnor. Missbildningsfrekvens 6-16%. Associerat med neuralrörsdefekter, läpp-gomspalt och försämrad kognition/CNS påverkan
- Lamotrigin: relativt säkert i doser upp till 300 mgx1. s-konc. sjunker under grav. Eftersträva minsta effektiva dos.
- Karbamazepin: säkrare än valproat men ökar risken något för fosterskador.
- Lyrica: bör om möjligt undvikas. Tyder på ökad missbildningsfrekvens.

Under amning

- Valproat: Relativ barndos 14%. Går att amma men bör kontrolleras.
- Lamotrigin: Hög relativ barndos 11%. Spädbarn risk för leverpåverkan vilket kan ge trötthet, gulsot, apné och dålig viktuppgång. Går att amma men remiss till neonatolog. Klinisk kontroll och lab vid 2,4,8 veckor.
- Karbamazepin: Går att amma men bör kontrolleras.
- Lyrica: bör följas av barnläkare

Neuroleptika — Atypiska neuroleptika: olanzapin, quetiapin, aripiprazol (Abilify), risperidon

Under graviditet

- Atypiska neuroleptika: Verkar ej öka risken för missbildningar.
- Haldol (första generationen): viss ökad risk för missbildning.
- Prematuritet och låg födelsevikt sannolikt kopplat t moderns sjukdom
- Ökad risk för neovård (20% vs 10% för oexponerade) -tonuspåv, andningsstörn, irritabilitet, PNAS
- Påverkan på neurologisk utveckling sannolikt relaterat till andra faktorer.
- Risk för metabola biverkningar (viktuppgång, graviditetsdiabetes)

Under amning

- **Quetiapin/Seroquel** går bra att amma! **Janusinfo kat. 1.** (relativ barndos 0.5%). Förstahandsmedel vid sömnstörning: 25-50 mg upp till 150 mg. Även risperidon och olanzapin går bra
- Aripiprazol (relativ barndos 8%) doser upp till 15 mg anses säkert. Även Olanzapin. **Janusinfo kat. 2.**
- Haldol, klozapin. **Janusinfo kat. 3**

-Remiss till barnläkare om osäker

Sömnmedel och lugnande medel

Under graviditet

- **prometazin (Lergigan)**: Ingen risk missbildning tidig graviditet. Försiktighet i slutet av graviditet (andningsdepression och kramper).
- **propiomazin (Propavan)**: ingen risk för missbildning tidig grav. Försiktighet i slutet.
- **zopiklon (Imovane) och zolpidem (Stilnoct)**: Ingen risk för missbildning. Enstaka doser går bra.
- **Benzodiazepiner**: Ingen risk missbildning. Undvik regelbunden användning i slutet; abstinens. Kortverkande bäst t.ex Oxascand
- **hydroxitin (Atarax)**: Ingen risk missbildning. Enstaka doser går bra. Tydliga utsättn.svårigheter vid nyföddhetsperioden.
- **Alimemazin (Theralen)**: Ingen risk missbildning. Försiktighet i sista trimestern. Extrapyramidala biv.
- **Melatonin**: Går troligtvis bra. Lite data.
- **Quetiapin**: Går troligtvis bra. Klass 2. Dosfråga?

Under amning

- **Lergigan**: Går bra enstaka doser. Kan bli slöa.
- **Propavan**: Måttlig risk även vid enstaka doser. **Klass 3.** Farmakokinetiken och farmakodynamiken är ofullständigt dokumenterade
- **Imovane och Stilnoct**: Går bra med enstaka doser. Cave slöhet, matningssvårigheter
- **Benzodiazepiner**: Går bra enstaka doser. Helst kortverkande.
- **Atarax**: Kontraindicerat vid amning. Lång halveringstid; ackumulering. Trötthet
- **Theralen**: Låg risk enstaka doser. Kan bli trötta.
- **Melatonin**: Barnläkarna lite försiktiga. Trötta barn. Dosfråga?
- **Quetiapin**: **Klass 1 !! 25-50 max 150 mg**

www.janusinfo.se



Kloka listan



Strama
Stockholm



Akut
internmedicin



Fortbildning



Läkemedel
och miljö



Nationellt
ordnat införande

Janusmed kunskapsstöd



Interaktioner



Riskprofil



Njurfunktion



Fosterpåverkan



Amning



Kön och genus

Kunskap växer – behov av regelbunden uppdatering

Allt fler patienter använder sig av janusinfo och andra
internet källor

Exempel individuell planering (förlossningsplanering)

- **Patients och närståendes medverkan** Patient: Ja Närstående: Nej
- **Fast vårdkontakt;** Barnmorska XX på Samtalsmottagningen Södersjukhuset
- **Patientens önskemål;** Att vårdpersonal bekräftat att de läst narkosplan och deras egna brev.
- **Problem;** Ångest och sömnbesvär under graviditet som lett till nedstämdhet.
- **Resurser;** Bra stöd från partner.
- **Kort sammanfattning;** Familjens andra barn. Första barnet pl sectio. Nu inställd på vaginal förlossning pga att hon fick venacavasyndrom och ångest av andningsproblem vid spinal inför planerat sectio med första barnet. Resulterade i att hon sövdes vid snittet. Vill verkligen vara vaken vid denna förlossning. Viktigt att läsa anestesiplanering i TC kring spinal vid sectio alt sövning.
- **Aktuell psykiatrisk kontakt:** Konsultenheten Psykiatri sydväst Huddinge. Psykiatriker YY. Barnmorska XX
- **Beräknad partus:** 23 12 12
- **Psykiatrisk diagnos:** Lindrig depressiv episod. Sömnbesvär och ångest
- **Psykiatrisk medicinering:** Sertralin 75 mg. Stilnoct vb Stesolid vb
- **Förlossning:** Sömnprioriterad födsel (generöst med sovdos, paus nattetid under induktion/lång latensfas) pga kvinnans sömnbesvär, och får tilltagande ångest vid lite sömn. Stödperson Tomas, blivande bf.
- Särskilt omhändertagande: 1. Tidig EDA 2. Rak och tydlig/ saklig information 3. Bekräfta att narkosbedömning och eget medtaget brev är läst så paret blir trygga
- **BB-vård:** vårddtid 2 -3 nätter. Maria vill gå hem tidigare om allt är väl med henne och barnet. Planen är vaginal förlossning, men om sövning vid sectio kan längre vårddtid behövas utifrån hennes ångest. Förlängd vårddtid pga lindring depression och sömnstörning Sömn: Ska erbjudas insomningstablett, tar Stilnoct vb. Paret är informerade om vikten av god sömn/stödpersonen avlastar och ger mat på kopp när Maria ska sova
- **Amning:** Delamma för optimering av sömn och återhämtning. Delammade sitt första barn vilket fungerade bra 3 månader.
- **Planering inför hemgång;** Ställningstagande till sjukskrivning på BB för att tillgodose stöd första månaden; Uppföljning hos Dr YY, psykiatriker ca 3-4 v pp via video. Barnmorska XX ringer postpartum för att stämma av måendet ca 14 dagar pp; Tidig kontakt med BVC

INDIVIDUELL PLAN**Typ av individuell plan**

Patients och närståendes medverkan*

Medverkande i planering

Fast vårdkontakt

Patientens önskemål*

Problem*

Resurser

☐ Nuvarande graviditet

Beräknad förlossning enligt ultraljud

Tidigare graviditeter

Tidigare psykiatrisk vård**Nuvarande psykiatrisk vård****Somatisk anamnes****Ärftlighet**

Aktuella läkemedel

Specifik planering

Kopia till

Underskrift av individuell plan

2024-02-09 14:41 Beata Nilsson, Sys.förv PSV-Konsulterheten (osignerad)

INDIVIDUELL PLAN**Typ av individuell plan**

Vårdplan

Individuell förlossnings- och eftervårdsplan.

Problem*[[Ange kort sammanfattning av orsak till behov av denna planering]]***Tidigare psykiatrisk vård***[[Ange kortfattat relevant information]]***Nuvarande psykiatrisk vård***[[Ange kortfattat relevant information]]***Somatisk anamnes***[[Ange kortfattat relevant information]]***Ärftlighet***[[Ange kortfattat relevant information inkl perinatal ärftlighet]]*

Psykiatrisk: [xxx].

Somatisk: [xxx].

Specifik planering**Förlossning**

Planerad förlossningsklinik: [xxx].

Sömnprioriterad födsel pga sårbarhet för sömnbrist: generöst med sovdos, paus nattetid under lång latensfas.

Rekommenderade sömnläkemedel: [xxx].

Särskilt omhändertagande: [xxx].

Amning

Patienten planerar amma: [Ja / Nej / Delamning].

Ställningstagande till remiss till barnläkare för uppföljning vid amning pga medicinering med [xxx].

Amningsplan i samråd med barnläkare finns [Ja / Nej].

Dostinex och Pravidel ska ej ges pga psykosrisk.

BB-vård

Rekommenderad vårdtid: [xxx].

Förlängd vårdtid pga [xxx].

Sömnprioritering pga [xxx].

Rekommenderade sömnläkemedel: [xxx].

Närstående som avlastar vid sömnprio: [xxx].

Vid behov av psykiatrisk bedömning på BB remiss till [xxx].

Planering inför hemgång

Ställningstagande till sjukskrivning.

Remiss vid hemgång till [xxx] för planerad uppföljning hos [xxx].

Säkerställ att BVC sjuksköterska erbjuder hembesök inom en vecka efter förlossning.

Checklista för läkares handläggning inom psykiatri–att tänka på under graviditeten

- Risker med sin psykiska sjukdom under graviditet/postpartumperiod
- Risker och fördelar med medicinering (låg-mellan-högrisk)
- Gå igenom sjukdomsbild och hereditet; hur är det för dig?
- Amning vid medicinering. För- och nackdelar
- Ge skriftlig info
- Kontrollera s-li (om litium), TSH och ev utgångsvärde andra s-konc
- Uppmana pat att ringa och boka tid på mott. vid positivt grav.test
- Dokumentera tydligt planeringen i journalen
- Uppdatera krisplanen
- Remiss till aktuell MVC och påminn i remissen om att BM ska boka extra hjärt-UL (om litium)
- Ev remiss till neonatalmottagningen om pat vill amma
- Remiss till specialist-MVC för kännedom om pat
- FÖRLOSSNINGSBREV/VÅRDPLAN



Centralstimulatia

Under graviditet

Metylfenidat (Concerta, Ritalin)/Lisdexamfetamin (Elvanse)

- verkar ej ha ökad missbildningsrisk
- Något ökad risk neonatala symptom (CNS-påverkan); utsättningssymptom?
- Lägsta möjliga dos slutet av graviditet
- Kunskap saknas långtidsutveckling
- Viss återhållsamhet. Ej utsättning om väl fungerande behandling (gäller ffa Metylfenidat)

Atomoxetin

- Begränsad erfarenhet , viss återhållsamhet.

Under amning

- Metylfenidat –går bra (janusinfo 1)
Relativa barndosen <1%
- Lisdexamfetamin -måttlig risk. Bör observeras ang. sömnproblem, oro, dålig viktuppgång (janusinfo 2)
Relativa barndosen medel 8,2%
- Atomoxetin - Då kliniska data saknas kan risken för ammade barn inte bedömas. Rek. avstå. (janusinfo 3)