

Psykisk helse og psykiatriske sykdommer

Forfattere: Malin Eberhard-Gran (hovedforfatter), Thorbjørn Brook Steen, Iqbal Al-Zirqi, Christine Esbensen, Ragnar Kvie Sande, Kristina Morset, Samantha Salvesen Adams, Gro Cecilie Havnen og Hedvig Nordeng.

1) Negative eller traumatiske fødselsopplevelser

Anbefalinger

- Vi foreslår at alle kvinner får mulighet til å snakke om sin fødselsopplevelse før de forlater fødeavdelingen, da kvinnens opplevelse ofte kan avvike fra helsepersonellets vurdering. (IV)
- Vi foreslår at legen etterstreber å ha en samtale med kvinnen etter alle fødsler der lege har vært involvert, helst innen dag 1-2 etter fødselen. Alternativt kan legen ringe henne etter at hun har reist hjem. (IV)
- Vi anbefaler at traumatiske hendelser vies særlig oppmerksomhet, og at det ved mistanke om PTSD-symptomer eller andre alvorlige psykiske reaksjoner, etableres en plan for videre oppfølging. (III)
- Vi anbefaler at gravide som har hatt traumatiske fødselsopplevelser tidligere, tilbys muligheten til å gjennomgå forrige fødsel og utarbeide en fødselsplan for den kommende fødselen sammen med lege eller jordmor. Dette kan foregå i primærhelsetjenesten eller på sykehuset, avhengig av kvinnens ønske og sykehusets kapasitet. (IV)

Definisjon

Et hovedmål i norsk svangerskapsomsorg er å sikre en god fødselsopplevelse (1). Å definere en positiv eller negativ fødselsopplevelse er utfordrende, siden den i stor grad er subjektiv. En fødselsopplevelse er sammensatt og inkluderer både positive og negative følelser som tilfredshet, lykke, bekymring, angst og smerte (2).

Epidemiologi

Forekomsten av negative fødselsopplevelser varierer fra 9-64% grunnet ulike definisjoner og forskjeller mellom land (3). Slike opplevelser kan påvirke mors mentale helse, morsrollen og fremtidige reproduktive valg (4). En positiv fødselsopplevelse fremmes av god kommunikasjon, støtte, følelse av kontroll, informerte valg og samvalg, forventningsstyring, smertelindring og trygghet (5,6). Motsatt kan mangelen på disse faktorene føre til en negativ opplevelse, uavhengig av medisinsk alvorlighet. Det er hvordan kvinnen selv oppfatter situasjonen som har størst betydning (7). Svært negative fødselsopplevelser kan føre til stressreaksjoner, PTSD-symptomer og økt risiko for barseldepresjon (4).

Oppfølging

Det bør tilstrebes å samtale med alle kvinner etter fødselen på barselavdelingen. Hensikten er å skape forståelse for fødselsforløpet og gi den nybakte moren mulighet til å uttrykke og bearbeide følelsene sine (9,10). Helsepersonell oppfordres til å benytte en utforskende og støttende tilnærming, slik at kvinnen kan uttrykke hva hun opplevde som vanskelig. Da negative følelser kan oppstå senere, kan fødselsopplevelsen også diskuteres på helsestasjonen eller hos fastlegen. Spørsmål kan rettes til

fødeavdelingen ved behov. Klinisk erfaring viser at noen kvinner unngår å tenke på en negativ fødselsopplevelse ved å fokusere på morsrollen. Negative tanker kan imidlertid dukke opp i senere svangerskap og føre til sekundær fødselsangst og et ønske om keisersnitt (8). I senere svangerskap bør risikoen for gjentakelse av en negativ fødselsopplevelse diskuteres, og tiltak planlegges for å redusere denne risikoen. Tidligere problemer som manglende trygghet, dårlig kommunikasjon eller utilstrekkelig en-til-en oppfølging kan tas opp og forbedres. Fødselen bør planlegges nøye, med mulighet for å konvertere til keisersnitt hvis nødvendig, eller ved å planlegge et elektivt keisersnitt.

2) Fødselsrelatert posttraumatisk stress

Anbefalinger

- Vi anbefaler at gravide med tidligere fødselsrelaterte PTSD-symptomer henvises tidlig i svangerskapet til fødeavdelingen for en samtale om den kommende fødselen. Det er viktig å skape trygghet og forutsigbarhet rundt fødselen så langt det er mulig. (IV)
- For kvinner som nylig har født og opplever PTSD-symptomer, anbefaler vi å opprette en plan for videre oppfølging (III). Dette kan gjøres i samarbeid med fastlegen, psykiater, psykolog, eller annet helsepersonell med relevant kompetanse, avhengig av alvorlighetsgraden.

Definisjon

Psyriske reaksjoner etter fødsel er vanlige, men som regel overgående. Noen ganger kan imidlertid en traumatisk fødsel føre til PTSD-lignende symptomer. Symptomer inkluderer:

- **gjenopplevelser** - påtrengende minner, «flashbacks», mareritt.
- **følelsesmessig nummenhet** - med vansker for å føle glede, distansering fra andre mennesker.
- **hyperårvåkenhet** - økt beredskap, skvettenhet og søvnløshet.
- **unngåelsesatferd** - motvilje mot å snakke om fødselen eller mot å bli gravid på ny.

PTSD-symptomer etter fødsel betyr ikke alltid en PTSD-diagnose. For diagnose må symptomer vare over en måned, og fødselen må ha vært slik at den ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste. Noen får imidlertid PTSD-symptomer etter fødsler som helsepersonell eller andre, ikke nødvendigvis vurderer som traumatiske (1). Et relevant kartleggingsverktøy er "City Birth Trauma Scale (City BiTS)" (2)

Epidemiologi

Mellom 7-12 % av gravide kan utvikle enkelte symptomer på posttraumatisk stress etter fødselen (3,4), mens forekomsten av full PTSD-diagnose er ukjent i Norge. Kvinner med tidligere psyriske helseplager har høyere risiko for PTSD-symptomer etter en traumatisk fødsel (5). Svangerskap og fødsel kan reaktivere tidligere traumer som dødfødsler, tidligere fødselskomplikasjoner, overgrep eller andre traumer (6). Alvorlige traumer øker kroppens og hjernens følsomhet, og de med tidligere traumer har økt sårbarhet for stress og nye traumer (5). Stressreaksjoner kan medføre en vedvarende 'alarmberedskap', som påvirker livskvalitet, funksjon og relasjoner (5). Når mor strever, kan dette også påvirke barnets emosjonelle utvikling (4). Kvinner med fødselsrelatert posttraumatisk stress ammer ofte mindre, unngår nye graviditeter eller foretrekker planlagte keisersnitt senere (7,8).

Oppfølging

Det bør etterstrebes at alle kvinner får en samtale etter fødselen for å skape forståelse for hendelsesforløpet og bearbeide følelser, spesielt etter traumatiske hendelser (9,10). Helsepersonell oppfordres til å benytte en utforskende og støttende tilnærming, ikke detaljert «debriefing» som kan retraumatisere (11). PTSD-symptomer kan utvikle seg flere uker eller måneder etter fødselen, og er derfor mer sannsynlig å bli oppdaget i primærhelsetjenesten. For milde til moderate stressreaksjoner er psykoedukasjon og støttesamtaler ofte tilstrekkelig. Ved mistanke om PTSD, anbefales det å vurdere henvisning til psykiater, psykolog, eller annet helsepersonell med relevant kompetanse (10). Før en ny fødsel bør tidligere traumer tematiseres, og berørte kvinner tilbys oppfølging deretter.

3) Fødselsfrykt/ fødselsangst

Anbefalinger

- Vi anbefaler at kvinner med fødselsfrykt (meget sterk bekymring) tilbys samtaler og ekstra oppfølging hos kommunejordmor eller fastlege. (IV)
- Vi anbefaler at kvinner som identifiseres i primærhelsetjenesten med alvorlig fødselsangst blir henvist til fødeavdelingen tidlig i svangerskapet for en samtale om fødselen. Samtalen bør være utforskende og støttende, og inkludere informasjon om ulike forløsningsmetoder, samt deres fordeler og ulemper. (IV)
- For kvinner med alvorlig fødselsangst, der det i tillegg foreligger andre risikofaktorer som tidligere overgrepserfaringer eller psykiske lidelser, foreslår vi at det etableres et samarbeid med psykolog eller psykiater så tidlig som mulig. (IV)

Definisjon

Fødselsfrykt kan beskrives som en meget sterk bekymring for fødsel, inkludert frykt for skade, død, smerte, eller tap av kontroll. Frykten kan variere fra mild til alvorlig. Mild frykt kan håndteres med egne strategier og sosial støtte og er sett på som normalt.

Alvorlig fødselsfrykt kalles ofte for fødselsangst, kan ligne andre angstlidelser, vedvarer over tid, og kan føre til unngåelsesatferd. I noen tilfeller kan fødselsangsten bli så sterk at kvinnen utsetter eller unngår å bli gravid, selv om hun ønsker barn. Dette kalles ofte fødselsfobi. Fødselsangst betegnes som sekundær hos kvinner med tidligere traumatiske fødsler og primær hos de som ikke har født før (1). Helsepersonell bør legge til rette for samtaler om følelser rundt fødsel og tidligere erfaringer hos flergangsfødende.

Epidemiologi

Skandinaviske studier viser at 6-10% av gravide opplever uttalt fødselsangst, med sekundær angst hyppigere enn primær (1,2). Kvinner med depresjon, angstlidelser, eller tidligere traumer som overgrep har høyere risiko (3,4). Alvorlig fødselsangst er knyttet til lengre fødsler, epiduralbruk, og økt risiko for obstetriske komplikasjoner (1,5). Fødselsangst kan bidra til flere keisersnitt uten somatisk indikasjon, men i Norge har keisersnittfrekvensen vist en svak nedgang fra 17,1% (2010) til 16,1% (2023). Andelen planlagte keisersnitt har også gått ned fra 6.7% (2010) til 5,0% (2023), mens andelen akutte keisersnitt

har økt noe (6,7). En norsk-europeisk studie antyder at de fleste keisersnitt "på mors ønske" også har en somatisk indikasjon (8).

Oppfølging

Kvinner med fødselsfrykt bør få ekstra oppfølging fra kommunejordmor eller fastlege (9,10). Å utarbeide en fødselsplan (fødselsbrev) kan lindre fødselsangst hos noen, og planen bør sendes tidlig i svangerskapet til fødeavdelingen. Lege eller jordmor oppfordres til å tydelig formidle et realistisk og nyansert bilde av fødselsforløpets uforutsigbarhet. Flere samtaler med samme lege eller jordmor, samt god samhandling mellom aktørene, gir trygghet for kvinnen.

Kvinner med alvorlig fødselsangst eller konkrete ønsker om inngrep, som planlagt keisersnitt, bør tidlig henvises til fødeavdelingen for forløsningssamtale. Fødselshjelperen bør kartlegge hva ved fødselen kvinnen frykter, og hvordan dette kan adresseres. Selv om målet er å bli enige om oppfølging og fødselsplan, er det legen som tar den endelige avgjørelsen. Dersom kvinnen synes avgjørelsen er feil, kan hun få tilbud om en "second opinion" ved samme eller en annen nærliggende fødeavdeling. Individuell vurdering av psykiske og somatiske faktorer er essensielt. Planlagte keisersnitt krever medisinsk begrunnelse. For noen kvinner er angstnivået så høyt at det i seg selv utgjør en relativ medisinsk indikasjon for keisersnitt (11). For mange kvinner med mer moderat angst kan det være betryggende å vite at de vil få god smertelindring, og at det foreligger god beredskap for keisersnitt dersom den planlagte vaginale fødselen ikke går som forventet. Alvorlig fødselsangst kan kreve psykolog/psykiateroppfølging, spesielt ved risikofaktorer som overgrepserfaringer (10). Kvinner med alvorlig fødselsangst i svangerskapet har økt risiko for PTSD-symptomer og/eller depresjon etter fødselen (12).

4) Angstlidelser

Anbefalinger

- *Vi foreslår at kvinner med behandlingstrengende angstlidelse tilbys prekonsepsjonell veiledning hos behandlende lege (psykiater eller fastlege). (III)*
- *Vi anbefaler at faste psykofarmaka ikke seponeres uten at behandlende lege (psykiater, fastlege) rådføres. (III)*
- *Vi anbefaler at ikke-medikamentell behandling, som for eksempel kognitiv atferdsterapi, benyttes som førstelinjebehandling ved angstlidelse av mildere alvorlighetsgrad. (III)*

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling, se delkapitlene *Medisinering under svangerskap* og *Medisinering ved amming*.

Definisjon

Når ulike angstsymptomer varer over tid og er så alvorlige at de påvirker livskvalitet, relasjoner og funksjon, anses kvinnen å ha en angstlidelse. Angstlidelser deles inn i følgende hovedtyper:

- **generalisert angstlidelse** - konstant og overdreven bekymring for dagligdagse ting, som påvirker daglig fungering.

- **panikklidelse** - gjentatte, uventede panikkanfall med fysiske symptomer som hjertebank, svette, svimmelhet og pustevansker.
- **fobier** - irrasjonell frykt for spesifikke objekter eller situasjoner, og unngåelsesatferd.
- **tvangslidelse** - tilbakevendende, uønskede tanker og handlinger som utføres for å redusere angst.

Epidemiologi

Forekomsten av angstlidelser under svangerskap og barseltid er omtrent lik som blant kvinner generelt (1,2), med omkring én av ti gravide rammet. Generalisert angst forverres ofte under graviditet, og tvangslidelser kan bli mer uttalte i barseltiden (3). De fleste angstlidelser er ikke direkte knyttet til svangerskap og fødsel, men er ofte noe kvinnene har slitt med tidligere. De store fysiske og psykiske endringene i denne fasen kan imidlertid føre til en forverring.

Metaanalyser viser liten sammenheng mellom prenatal angst og fosterutfall (4), men kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Sterk angst under graviditet kan være svært belastende for kvinnen og påvirke livsstil som ernæring, fysisk aktivitet, søvn, parforhold og rusmiddelbruk. Angstlidelse kan også føre til bekymring for barnet og påvirke mor-barn-tilknytningen (4). Mødre med tvangslidelser kan oppleve uønskede tvangstanker om å skade barnet (5), men dette betyr ikke at de vil handle på dem. Disse tankene er forskjellige fra psykotiske tanker, som preges av svekket innsikt og realitetsbrist.

Oppfølging

De fleste angstlidelser behandles som ellers i livet. Kognitiv atferdsterapi eller annen egnet samtaleterapi anbefales som førstelinjehandling ved moderate tilstander (6). Slik behandling bør gis av psykolog, psykiater eller fastlege. Behov for medikamentell behandling bør vurderes i samråd med psykiater. Et panikkanfall kan gi intense følelser av hjelpeløshet, desperasjon og frykt for å miste kontrollen (7). Gravide med panikklidelse kan derfor frykte panikkanfall under fødsel og ønske planlagt keisersnitt.

5) Depresjon

Anbefalinger

- *Vi foreslår at kvinner med behandlingstrengende depresjon tilbys prekonsepsjonell veiledning hos behandlende lege (psykiater eller fastlege). (III)*
- *Vi anbefaler at faste antidepressiva ikke seponeres uten at behandlende lege (psykiater, fastlege) rådføres. (III)*
- *Vi anbefaler at helsepersonell er oppmerksomme på depresjon under graviditet og etter fødsel, og at det ved behov etableres en plan for videre oppfølging. (III)*
- *Vi anbefaler at ikke-medikamentell behandling, som for eksempel kognitiv atferdsterapi, benyttes som førstelinjehandling ved depresjon av mild alvorlighetsgrad. (III)*

- Vi anbefaler å vurdere medikamentell behandling med antidepressiva for kvinner med moderat til alvorlig depresjon under graviditet og etter fødsel. Dette er spesielt viktig for kvinner som tidligere har hatt depresjon som krevde medikamentell behandling. (III) Det bør legges vekt på behandlingshistorikk.
- Vi anbefaler oppmerksomhet ved tegn til selvestruktiv atferd hos kvinner med alvorlig depresjon, da dette kan være en indikasjon på behov for umiddelbar intervensjon. (IV)
- Dersom mors psykiske helse påvirker hennes evne til å ivareta barnets grunnleggende behov, anbefaler vi at barnevernet involveres. Hvis barnet derimot får god omsorg av partner eller annen person, vil dette være mindre relevant. (IV)

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling, se delkapitlene *Medisinering under svangerskap* og *Medisinering ved amming*.

Definisjon

Begrepet fødselsdepresjon (perinatal depresjon) er en sekkebetegnelse som refererer til depresjon under svangerskap eller etter fødsel (1-3). Det omfatter ulike typer depressive tilstander som krever forskjellige tilnærminger. Det er viktig å ikke forveksle perinatal depresjon med barseltårer, som er en midlertidig følelsesmessig labilitet første uken etter fødsel. Ved diagnostisering må det vurderes om kvinnen har en depressiv sykdom, og hvilken type det dreier seg om. Relevante kartleggingsverktøy er "the Whooley questions" (2) og EPDS-skalaen (1,4).

Epidemiologi

Ifølge internasjonale tall opplever omtrent én av ti kvinner depressive symptomer i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel (3,5). Rundt en tredel av perinatale depresjoner starter under svangerskapet. Depresjon kan oppstå når belastningene overskrider mestringsressursene. Risikofaktorer inkluderer tidligere psykiske problemer, premenstruell dysfori, negative livshendelser, partnervold, manglende sosial støtte og rusproblemer (2,3,4). Selv om årsakene er uklare, kan følsomhet for hormonelle svingninger, dysregulering av hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen og immunmodulering være involvert (3,10). Perinatal depresjon øker risikoen for dårlig svangerskapsoppfølging, dårlig ernæring, rusmiddelbruk og selvestruktiv atferd. Det har vært assosiert med lav fødselsvekt, intrauterin veksthemming, for tidlig fødsel (6) og nedsatt kognitiv og emosjonell utvikling hos barnet (7). Videre øker depresjon i barselperioden risikoen for selvmordsforsøk (8) og selvmord (9).

Oppfølging

Psykososial støtte og psykoterapi er førstelinjebehandling for mild til moderat depresjon. Fødselsleger oppfordres til å være oppmerksomme på risikoen for vedvarende symptomer og henvise til spesialisert hjelp ved behov. Gravid som seponerer antidepressiva har økt risiko for tilbakefall sammenlignet med de som fortsetter behandlingen (2). Alvorlig depresjon kan kreve langvarig støtte og oppfølging, og tegn på selvestruktiv atferd må følges opp. De fleste retningslinjer anbefaler at kvinner med depresjon som trenger medisiner, og som planlegger graviditet eller allerede er gravide, kan starte eller fortsette med antidepressive legemidler (2).

6) Bipolare lidelser

Anbefalinger

- Vi anbefaler at kvinner med kjent bipolar lidelse tilbys prekonsepsjonell veiledning hos behandlende lege (psykiater eller fastlege). (III)
- Vi anbefaler at faste legemidler mot bipolar lidelse ikke seponeres uten en nøye vurdering av psykiater eller etter rådgivning fra psykisk helsevern. (IV)
- Vi anbefaler monitorering av serumkonsentrasjon ved bruk av lamotrigin, litium eller antipsykotika (III). Det kliniske symptombildet er styrende.
- Vi anbefaler individuell barselspleie for kvinner med kjent bipolar lidelse, med tilrettelegning for søvn og hvile. (II)
- Vi anbefaler at gravide kvinner med kjent bipolar lidelse følges opp i tett samarbeid med psykiater og fastlege (tverrfaglig team). (II) Godt samarbeid er avgjørende for å vurdere risiko for tilbakefall og psykose, medikamentvurdering og rask intervensjon ved behov.
- Vi anbefaler umiddelbar innleggelse ved en akuttpsykiatrisk avdeling ved mistanke om postpartumpsykose (barselpsykose). (IV)
- Vi anbefaler oppmerksomhet på mulig selvmordsrisiko og – i ytterste konsekvens – risiko for barnet. (IV)
- Dersom mors psykiske helse påvirker hennes evne til å ivareta barnets grunnleggende behov, anbefaler vi at barnevernet involveres. Hvis barnet derimot får god omsorg av partner eller annen person, vil dette være mindre relevant. (IV)

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling, se delkapitlene *Medisinering under svangerskap* og *Medisinering ved amming*.

Definisjon

Bipolare lidelser er en samlebetegnelse for psykiske vansker som kjennetegnes ved unormale svingninger i humør og energi. Dette er alvorlige psykiatriske lidelser som består av depresjons- og manieepisoder. Hyppigheten av episodene varierer og avhenger av medikamentbruk. Ved mani eller psykose er symptomene ofte svært tydelige. Bipolare lidelser klassifiseres ofte i to typer: Type 1, med minst én manisk episode som kan kreve sykehusinnleggelse, og type 2, med hypomane episoder og depressive perioder.

Begrepet "**Postpartumpsykose**" (barselpsykose) brukes om en psykose som oppstår etter fødsel. En barselpsykose er ikke én enkelt sykdom, men en tilstand som kan oppstå kort tid etter fødsel, ofte innen 6 uker, og inkluderer psykotiske symptomer. Tidlige tegn kan være rastløshet, agitasjon, irritabilitet og søvnløshet (1). De fleste tilfellene er relatert til bipolar lidelse. Risikoen er særlig høy hos kvinner med bipolar lidelse type 1, eller tilfeller der kvinnen selv eller nære slektninger har hatt barselpsykose, men kan også oppstå hos kvinner uten tidligere psykisk sykdom.

Epidemiologi

Bipolar lidelse forekommer hos 1-2 % av befolkningen, så det er ikke uvanlig at kvinner med tilstanden blir gravide. Risikoen for debut eller forverring av bipolar sykdom er høy i perinatalperioden, spesielt rett etter fødselen (2). Førstegangsmødre med bipolar lidelse har over 20 ganger økt risiko for sykehusinnleggelse den første måneden etter fødsel (3). Barselpsykose oppstår ved 1-2 av 1000 fødsler (4) og er en potensielt livstruende tilstand. Suicidale impulser og aggressive tanker mot barnet kan forekomme (1).

Mellom 25-50 % av kvinner med bipolar lidelse utvikler psykose i barselperioden hvis forebyggende medisiner seponeres, særlig ved brå avslutning (5). Risikoen for affektiv episode øker også betydelig. Risikofaktorer inkluderer søvnmangel, stress, alkohol, rus og en uregelmessig eller usunn livsstil.

Oppfølging

Kvinner med bipolar lidelse trenger god oppfølging i svangerskapet, med individuelt tilpassede tiltak for å forebygge postpartum episoder (9). Søvn-mangel er en kjent "trigger," og mangel på søvn og hvile på barselavdelingen kan derfor betydelig øke risikoen for tilbakefall. Det er derfor viktig å utarbeide en plan for fødsel og barseltid, og det er avgjørende å respektere kvinnens valg dersom hun ikke ønsker å amme for å sikre tilstrekkelig søvn og hvile. Medikamentell behandling er ofte nødvendig for å unngå psykose (5,7) og krever et tett samarbeid mellom fødeavdeling og psykiatrien. Ved psykose eller alvorlige episoder må kvinnen vanligvis innlegges for utredning og behandling. Vær spesielt oppmerksom på selvmordsrisiko og risiko for barnet. ECT kan være effektiv i barselperioden, men bør under svangerskap forbeholdes svært alvorlige tilfeller etter nøye vurdering (8).

7) Kroniske psykoselidelser

Anbefalinger

- Vi anbefaler at kvinner med kroniske psykoselidelser tilbys prekonsepsjonell veiledning hos behandlende lege (psykiater eller fastlege). (III)
- Vi anbefaler at faste legemidler mot kroniske psykoselidelser ikke seponeres uten at det vurderes nøye. (III)
- Vi anbefaler monitorering av serumkonsentrasjon ved bruk av antipsykotika. (III) Det kliniske symptom-bildet er styrende.
- Vi anbefaler at gravide kvinner med kroniske psykoselidelser følges opp i tett samarbeid med psykiater og fastlege (tverrfaglig team). (III) Godt samarbeid kan legge til rette for raskere respons ved endringer i kvinnens mentale tilstand.
- Vi anbefaler individuell barselspleie for kvinner med psykotiske lidelser, med tilrettelegging for søvn og hvile. (IV)
- Vi anbefaler oppmerksomhet på mulig selvmordsrisiko og – i ytterste konsekvens – risiko for barnet. (IV)

- *Dersom mors psykiske helse påvirker hennes evne til å ivareta barnets grunnleggende behov, anbefaler vi at barnevernet involveres. (III) Hvis barnet derimot får god omsorg av partner eller annen person, vil dette være mindre relevant.*

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling, se delkapitlene *Medisinering under svangerskap* og *Medisinering ved amming*.

Definisjon

Kroniske psykoselidelser inkluderer schizofreni, schizoaffektiv lidelse og vrangforstillingslidelse. Disse sykdommene er ofte langvarige og alvorlige, men varierer i forløp og intensitet. Fordi psykoselidelser kan ha alvorlige konsekvenser for både mor og barn, er det viktig å identifisere disse pasientene tidlig. Psykoseutvikling i etterkant av fødsel «postpartumpsykose» vurderes oftest som ledd i en bipolar lidelse og er ikke nødvendigvis en kronisk psykoselidelse.

Epidemiologi

Kroniske psykoselidelser rammer cirka 0,5-1 % av befolkningen. Forekomsten blant gravide er antakelig lavere, da kvinner med disse lidelsene føder noe færre barn enn gjennomsnittet (1). Kvinner med kronisk psykoselidelse har som gruppe ofte mindre støtte, lever sjeldnere i stabile forhold, er mer utsatt for seksuelle overgrep, har mindre kunnskap om seksuell risikoatferd og er derfor mer utsatt for uplanlagte graviditeter (2). Opptil to tredeler av kvinner med schizofreni får tilbakefall i barselperioden hvis antipsykotisk behandling avbrytes (2). Gravide med schizofreni har tre ganger høyere risiko for diabetes, høyt blodtrykk og blodpropp enn andre kvinner, samt økt risiko for placentalsøsning, sepsis, keisersnitt og for tidlig fødsel (3). De har også fem ganger høyere risiko for å dø i selvmord eller ulykker det første året etter fødsel sammenlignet med ikke-schizofrene mødre (3).

Oppfølging

Gravide med kronisk psykoselidelse er en liten, men svært sårbar gruppe. De bør følges opp i tett samarbeid med psykiatrien og ha kontinuerlig oppfølging av faste fagpersoner gjennom svangerskapet (4). Informasjon om kroppslige endringer, fødsel, svangerskapskontroller og planlegging av livet etter fødselen bør formidles. Fødselshjelperne oppfordres til å diskutere forløsningsmetode med kvinnen i god tid før fødselen.

8) Spiseforstyrrelser

Anbefalinger

- *Vi anbefaler at kvinner med alvorlig spiseforstyrrelse tilbys prekonsepsjonell veiledning hos behandlende lege (fastlege eller psykiater). (III)*
- *Ved utilstrekkelig vektøkning hos kvinnen under svangerskapet, anbefaler vi at det tilbys ekstra ultralydundersøkelser for å overvåke fosterets vekst og utvikling. (IV)*
- *Vi anbefaler at gravide kvinner med alvorlig spiseforstyrrelse følges opp i samarbeid med psykiater og/eller fastlege (tverrfaglig team) (III). Klare kommunikasjonslinjer er avgjørende for tverrfaglig koordinering og effektiv behandling av kvinnens psykiske helse.*

- Vi anbefaler at spedbarnsmødre med en spiseforstyrrelse følges opp med hensyn til amming og ernæring av barnet. (III)
- Dersom mors psykiske helse påvirker hennes evne til å ivareta barnets grunnleggende behov, anbefaler vi at barnevernet involveres. Hvis barnet derimot får god omsorg av partner eller annen person, vil dette være mindre relevant. (III)

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling, se delkapitlene *Medisinering under svangerskap* og *Medisinering ved amming*.

Definisjon

Spiseforstyrrelser omfatter anorexia nervosa, bulimia nervosa, og overspisingslidelse. Enkelt sagt har en person en spiseforstyrrelse når tanker og atferd knyttet til mat, kropp og vekt påvirker deres livskvalitet og evne til å leve normalt (1). Dårlig vektoppgang ved minst to målinger i andre trimester kan være et varseltegn, samt hyperemesis gravidarum, dårlig tannemalje, elektrolyttforstyrrelser (spesielt lavt kalium), angst eller depresjonssymptomer (2). Ved mistanke bør man spørre om forholdet til mat, kropp og frykt for vektoppgang.

Epidemiologi

Ifølge skandinaviske tall er 3-5 % av gravide og 7-13 % av nybakte mødre i risikozonen for å ha en moderat til alvorlig spiseforstyrrelse (3,4). Anoreksi er mindre vanlig blant gravide enn ikke-gravide på grunn av redusert fruktbarhet (5). Fravær av menstruasjon kan imidlertid føre til lavere bevissthet om egen fertilitet og økt risiko for ikke-planlagte graviditeter (6). Bulimi påvirker ikke fruktbarheten like mye som anoreksi (5). Anoreksi og bulimi debuterer sjelden under svangerskap, i motsetning til overspisingslidelse (2). Gravide med spiseforstyrrelser har økt risiko for spontanabort, intrauterin veksthemming og prematur fødsel. Anoreksi er knyttet til flere komplikasjoner, og barna har økt risiko for lav fødselsvekt og lav APGAR-skåre (2). For noen blir svangerskapet bruddet med spiseforstyrrelsen, mens andre kan oppleve tilbakefall, spesielt etter fødselen (4).

Oppfølging

Gravide med alvorlig spiseforstyrrelse bør følges opp i samarbeid med psykiatrien (7). Ved alvorlig undervekt bør S-Fe, B12, elektrolytter, folat og kalsium overvåkes, og fostrets vekst vurderes fortløpende (5). Innleggelse kan være nødvendig i alvorlige tilfeller. Vær oppmerksom på vanlige komorbide tilstander som rusmisbruk, personlighetsforstyrrelser, angst, og depresjon. Alvorlig senket stemningsleie kan medføre suicidrisiko. Mødre med spiseforstyrrelse har oftere ammeproblemer, og helsepersonell oppfordres til å følge dem opp med hensyn til amming og barnets ernæring.

9) ADHD

Anbefalinger

- Vi anbefaler at kvinner med medikamentelt behandlet ADHD tilbys prekonsepsjonell veiledning hos behandlende lege (fastlege eller psykiater). (III)
- Vi anbefaler at indikasjon for videre medisinering under svangerskapet vurderes grundig hos kvinner med medikamentelt behandlet ADHD. (III)

- Vi foreslår at kvinner som bruker metylfenidat tilbys en ekstra ultralydundersøkelse i tredje trimester for å vurdere fostervekst. (III)
- Vi anbefaler at gravide kvinner med alvorlig ADHD følges opp i samarbeid med psykiater og/eller fastlege (tverrfaglig team). (IV) Klare kommunikasjonslinjer er avgjørende for å effektivt håndtere symptomer og tilpasse medisiner.
- Dersom mors psykiske helse påvirker hennes evne til å ivareta barnets grunnleggende behov, anbefaler vi at barnevernet involveres. Hvis barnet derimot får god omsorg av partner eller annen person, vil dette være mindre relevant. (IV)

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling, se delkapitlene *Medisinering under svangerskap* og *Medisinering ved amming*.

Definisjon

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) er en nevropsykiatrisk tilstand preget av uoppmerksomhet, impulsivitet, og/eller hyperaktivitet, som kan påvirke evnen til å planlegge, organisere, og regulere atferd. Det er stor variasjon i symptombilde og påvirkning på hverdagsfunksjonen blant personer med ADHD. Under svangerskapet kan symptomer som tretthet, glemsomhet og emosjonelle svingninger være vanskelige å skille fra typiske ADHD-symptomer (1).

Epidemiologi

Befolkningsundersøkelser viser at minst 2–3 % av voksne kvinner trolig oppfyller diagnostiske kriterier for ADHD, med omtrent tilsvarende forekomst blant gravide. Bruken av ADHD-medisiner har økt betydelig blant kvinner i fertil alder og har mer enn doblet seg blant norske gravide fra 2010 til 2019 (2). Kvinner med ADHD har økt risiko for uplanlagte graviditeter, får ofte barn i ung alder, lever oftere uten partner, og har større sannsynlighet for å røyke under svangerskapet (1,2). De har også høy forekomst av samsykelighet med andre psykiske lidelser som depresjon, angst, søvnvansker og bipolar lidelse, samt rusmisbruk. En studie fant at rundt 40 % av norske gravide som brukte ADHD-medisiner også brukte andre psykofarmaka (2). Det er lite forskning på hvordan endringer i perinatale hormonnivåer påvirker ADHD-symptomer.

Oppfølging

Gravide med ADHD bør tilbys ekstra oppfølging hos jordmor og/eller fastlege, da tilstanden kan bli mer utfordrende under svangerskapet, og morsrollen spesielt krevende. Ikke-medikamentelle tiltak som kognitiv atferdsterapi og strukturert støtte er førstevalg ved milde til moderate symptomer (3). Hvis det er et klart behandlingsbehov, kan medisinsk behandling av ADHD vurderes for både gravide og ammende etter en grundig risiko-nyttevurdering.

10) Seksuelle overgrep

Anbefalinger

- Vold og seksuelle overgrep kan påvirke graviditet og fødsel. Derfor anbefaler vi at temaene inngår i svangerskapsoppfølgingen i primærhelsetjenesten, og at kvinnen ved behov får tilbud om å planlegge fødselen med lege og/eller jordmor på sykehuset. (IV)

Definisjon

Seksuelle overgrep er en betegnelse som inkluderer alle former for seksuelle krenkelser der en person truer, tvinger eller lokker en annen til seksuelle handlinger (1). Dette kan også omfatte seksuelle handlinger uten fysisk kontakt, for eksempel digitalt (2). Voldtekt regnes som det mest alvorlige og voldelige overgrepet.

Epidemiologi

Forekomsten av seksuelle overgrep er vanskelig å tallfeste på grunn av kulturelle forskjeller, kompleksiteten i overgrepenes natur, ulike definisjoner og underrapportering. Ifølge Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har 1 av 5 kvinner opplevd voldtekt ved makt, hvorav halvparten var under 18 år. Overgriperen er oftest en partner eller ekspartner. I tillegg har 1 av 20 kvinner opplevd seksuelle krenkelser digitalt (3).

Svangerskap og fødsel kan være sårbare perioder, da kroppslige forandringer kan minne om tidligere overgrep, og andre helseproblemer kvinnen har etter overgrep kan forverres. For noen kan svangerskap og fødsel aktivere minner om tidligere overgrep for første gang. Gravide som har opplevd overgrep bruker mer helsetjenester og rapporterer flere svangerskapsplager. De har flere ultralyder og innleggelser for ekstrem svangerskapskvalme, smerter eller for tidlige rier. Risikoen for igangsatt fødsel, blødning etter fødsel, og operativ avslutning med vakuump eller keisersnitt er høyere (3-6). Studier viser at tidligere traumer kan reaktiveres under fødsel, uavhengig av fødemåte (7).

Oppfølging

Seksuelle overgrep er et sensitivt tema, og mange kvinner snakker ikke om det. Tidligere voldtektstraumer kan reaktiveres, spesielt ved den første fødselen, dersom fødselshjelpere ikke er klar over det. Det er viktig at rutiner og prosedyrer under fødsel tilpasses disse kvinnes behov. En spontan vaginal fødsel uten intervensjon kan i noen tilfeller gi kvinnen en ny og positiv opplevelse av kontroll, men det er viktig å lytte til hennes ønsker. Kvinner med overgrepserfaringer bør ikke undersøkes unødvendig eller ofte. God forberedelse før undersøkelser, kontinuitet i omsorg og god kommunikasjon er essensielt, og kvinnene bør være involvert i behandlingsbeslutninger. Fødselshjelpere oppfordres til å snakke direkte til kvinnen med god øyekontakt. Ryggleie bør unngås i noen tilfeller. Kvinnene bør gis god tid, spesielt i utdrivningsfasen ved vaginal fødsel.

11) Medisinering under svangerskap

Generelle anbefalinger

- *Vi anbefaler at det alltid gjøres en individuell risiko-nytte vurdering. Veletablerte behandlinger kan i de fleste tilfeller fortsette både under graviditet og amming. (III)*
- *Vi anbefaler at valg av psykofarmaka primært gjøres ut ifra sikkerhetsprofil i svangerskapet og kvinnens behandlingshistorikk. (III)*
- *Vi anbefaler at faste psykofarmaka ikke seponeres uten at behandlende lege (psykiater/fastlege) rådføres. (III)*
- *Bytte fra et psykofarmaka til et annet kan være problematisk. Vi foreslår at hvis kvinnen har mer alvorlig psykisk sykdom og allerede er gravid, bør et slikt bytte frarådes. (III)*

- *Vi anbefaler at nyfødte som har blitt eksponert for psykofarmaka tett opp mot fødsel observeres for perinatale komplikasjoner, særlig respirasjonsvansker. (III)*

Antidepressiva

SSRI (selektive serotonin-reopptakshemmere)

SSRIer er blant de mest studerte legemidlene hos gravide. Data fra over 30 000 gravide i Norden som brukte SSRI eller venlafaksin i første trimester viser ingen økt risiko for strukturelle misdannelser (1), men enkelte studier finner en liten økt risiko for hjertemisdannelser (2). Barn av mødre som brukte antidepressiva under graviditet har noe kortere gestasjonsvarighet og lavere fødselsvekt, men forskjellene er små (3). Bruk av SSRI i svangerskapet viste ingen økt risiko for blødninger i den norske MoBa-studien (4). SSRI-bruk sent i graviditeten er knyttet til en minimal økt risiko for vedvarende pulmonal hypertensjon hos nyfødte (absolutt risiko: 1-2 av 1000 eksponerte) (5), og bruk nær fødsel øker risikoen noe for perinatale komplikasjoner (3). De fleste retningslinjer advarer allikevel mot seponering eller dosereduksjon for å unngå tilbakefall, men anbefaler å overvåke nyfødte for komplikasjoner. Studier der man har undersøkt risiko for langtidseffekter som ADHD og autisme viser varierende resultater, og tyder på at arv og livsstil sannsynligvis har større betydning enn medisiner (6).

Andre antidepressiva.

Venlafaksin (Effexor depot®) har en del dokumentasjon på sikkerhet hos gravide, og det samme gjelder for duloksetin (Cymbalta®). Disse legemidlene brukes som regel som andrevalg etter SSRI hos gravide. Det er svært begrenset erfaring med bruk av vortiksetin (Brintellix®) hos gravide, og det anbefales derfor ikke.

Bupropion (Wellbutrin®) er en noradrenalin-dopamin-reopptakshemmer (NDRI). Det er ingen klare holdepunkter for en økt risiko for medfødte misdannelser, men noen motstridende resultater angående hjertemisdannelser. Mirtazapin (Remeron) anbefales fremfor mianserin på grunn av mer erfaring og bedre dokumentert sikkerhet hos gravide.

Ketamin og esketamin, begge NMDA-antagonister, trenger flere høykvalitetsstudier for å vurdere deres sikkerhet og effekt under graviditet. Bruken av disse legemidlene bør unngås hos gravide kvinner.

TCA (trisykliske antidepressiva)

De fleste studier viser ingen økt risiko for strukturelle misdannelser eller psykomotoriske eller kognitive utviklingsforstyrrelser. TCA-behandling i tredje trimester øker risikoen for midlertidige neonatale symptomer som respirasjonsproblemer, kramper og irritabilitet. TCA er andrevalg for gravide grunnet mindre gunstig bivirkningsprofil og begrenset dokumentasjon. Veletablerte behandlinger kan fortsette.

Stemningsstabiliserende

Antiepileptika

Flere antiepileptika, som lamotrigin, karbamazepin og valproat, fungerer som stemningsstabilisatorer. Karbamazepin bør unngås under graviditet, og valproat er **kontraindisert** hos fertile kvinner på grunn av risikoen for nevrologiske senvirkninger og fosterskader. For mer informasjon, se kapitlet om nevrologiske sykdommer i svangerskapet.

Lamotrigin (Lamictal®)

Det er ikke påvist økt risiko for fosterskader eller langtidseffekter ved bruk av lamotrigin i doser opptil 325-400 mg daglig (7). Lamotrigin er derfor førstevalg for gravide kvinner med bipolare lidelser (8). På grunn av store individuelle farmakokinetiske forskjeller bør serumkonsentrasjonen monitoreres; helst månedlig under svangerskapet. Hvis dosen trappes opp i svangerskapet, må dosen nedjusteres gradvis i løpet av to uker etter fødsel. Se "Legemiddelbruk i svangerskapet og ammeperioden" for mer informasjon.

Litium

Litium har tradisjonelt vært ansett som kardiotoxisk, spesielt med tanke på Ebstein's anomali. I dag vurderes den absolutte risikoen for Ebstein's anomali etter eksponering i første trimester som lav (9) (0,5-1 av 1000, sammenlignet med 1 av 20.000 i befolkningen). Litium bør være reservert for tilfeller der andre psykofarmaka med gunstigere risikoprofil er uegnet. Gravide som bruker litium kan tilbys tidlig ultralyd for å utelukke føtale hjertefeil. Litiumnivåer bør monitoreres månedlig frem til uke 36, og deretter 2-3 ganger ukentlig frem til 2-3 uker etter fødsel (10). Ved fødsel er det viktig med god væskebalanse for å unngå litiumtoksisitet, og nyfødte bør overvåkes for nevromuskulære bivirkninger første uke postpartum.

Antipsykotika

Antipsykotika forskrives til under 1% av gravide kvinner i Norge, hovedsakelig for bipolar lidelse. De fleste studier viser ingen økt risiko for strukturelle misdannelser eller nevroutviklingsforstyrrelser ved bruk av de vanligste antipsykotikene som kvetiapin (Seroquel®), aripiprazol (Abilify®), olanzapin (Zyprexa®) og risperidon (Risperdal®) (11,12). Det finnes mindre data for nyere antipsykotika som ziprasidon, lurasidon (Latuda®) og paliperidon (Zelplion®). Farmakokinetiske endringer under graviditet tilsier behov for monitorering av serumkonsentrasjonen minst hver trimester. Det er viktig å følge med på metabolske bivirkninger som kraftig vektøkning, svangerskapsdiabetes (spesielt med olanzapin) og preeklampsi.

Bruk av antipsykotika nær fødsel kan øke risikoen for perinatale komplikasjoner etter fødselen, inkludert ekstrapyramidale bivirkninger hos nyfødte ved førstegenerasjons antipsykotika. De fleste retningslinjer advarer mot seponering eller dosereduksjon for å unngå tilbakefall og anbefaler overvåking av nyfødte for komplikasjoner. Omtrent 300 tilfeller av gravide behandlet med klozapin (Leponex) er rapportert uten tegn til økt misdannelsesrisiko, men klozapin bør allikevel unngås på grunn av bivirkningsprofil og begrenset med data. For noen gravide med behandlingsresistent psykisk sykdom kan klozapin likevel være nødvendig å bruke når andre behandlinger ikke har tilstrekkelig effekt.

Første-generasjons antipsykotika, som haldol, perfenazin (Trilafon®), zuklopentiksol (Cisordinol®), klorprotiksen (Truxal®) og levomepromazin, anbefales i mindre grad for gravide på grunn av bivirkningsprofilen. De kan forårsake menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt fertilitet. Depotpreparater (injeksjoner) bør generelt unngås under graviditet, da de hindrer raske dosejusteringer. Hos enkelte gravide med dårlig etterlevelse kan dette likevel være indisert.

ADHD - Sentralstimulerende legemidler

Sikkerhetsdokumentasjonen for metylfenidat, lisdeksamfetamin og andre amfetaminer under graviditet er generelt betryggende. Lisdeksamfetamin og andre amfetaminer ser ikke ut til å øke risikoen for fosterskader, inkludert medfødte hjertefeil (13).

Noen studier antyder at metylfenidat kan øke risikoen for hjertefeil litt (absolutt risiko ca. 1,3 %) (14). Det kan også være en mulig økt risiko for tidlig fødsel, lav fødselsvekt, og svangerskapskomplikasjoner som

preeklampsi, og forbigående symptomer hos nyfødte (15,16), men disse risikoene anses ikke alvorlige nok til å fraråde bruk av ADHD-medisiner dersom det foreligger et medisinsk behov. Tidligere bekymringer om at ADHD-medisiner under graviditet kan påvirke fosterets sentralnervesystem er blitt beroliget av nyere forskning. To studier viser at terapeutisk bruk av amfetaminer og metylfenidat i svangerskapet ikke er assosiert med økt risiko for utviklingsforstyrrelser hos barn (17,18).

Benzodiazepiner og z-hypnotika

Benzodiazepiner brukes av omtrent 2 % av gravide i Norge (19). Kortvarig, sporadisk bruk kan være nødvendig ved sterk angst under svangerskapet. Det er ingen holdepunkter for å mistenke økt risiko for fosterskade. Gjentatt bruk i tredje trimester, spesielt nær fødsel, kan forårsake perinatale komplikasjoner som hypotoni, respirasjonsvansker, irritabilitet og sugeproblemer hos nyfødte. Oksazepam er førstevalget grunnet kort halveringstid og best dokumentasjonsgrunnlag. Doksylamin (Zonat) og prometazin (Phenergan) har god sikkerhetsprofil hos gravide og er mulige sikre alternativer til vanedannende sovemedisiner. Egenbehandling med melatonin anbefales ikke, men utgjør sannsynligvis ingen risiko.

12) Medisinering ved amming

Generelle anbefalinger

- *Vi anbefaler at kvinner som bruker psykofarmaka, som hovedregel kan amme. (III)*
- *Vi anbefaler at spebarn eksponert via morsmelk observeres for legemiddelbivirkninger (III)*
- *Vi foreslår måling av barnets serumkonsentrasjon ved mistanke om bivirkning hos brysternærte spedbarn som følge av eksponering via morsmelken (II).*

Antidepressiva

Kvinner som bruker antidepressiva kan som regel amme uten problemer. Blant SSRI-ene har sertralin (Zoloft®) lavest overgang til morsmelk. Fluoxetin (Fontex®) er ikke førstevalget for ammende på grunn av høyere overgang i morsmelk, lang halveringstid og enkelte rapporter om bivirkninger hos barnet. I tilfeller der bivirkninger som irritabilitet og sedasjon har vært rapportert, har barnet som regel vært eksponert for legemidlet både før fødselen og vært under to måneder gammelt, med umoden nyre- og leverfunksjon.

Lamotrigin

Kvinner kan amme dersom barnet følges tett opp for bivirkninger som lav vektoppgang, skjelvinger, søvnvansker, irritabilitet, sugevansker, utslett og respirasjonspåvirkning. Lamotrigin har moderat til høy overgang i morsmelk, og bivirkninger er rapportert samt terapeutiske serumkonsentrasjoner gjenfunnet hos noen diebarn. Ved mistanke om bivirkninger bør serumkonsentrasjonen hos barnet måles.

Litium

Amming frarådes vanligvis ved bruk av litium på grunn av høy overgang til morsmelk. Det kan unntaksvis vurderes hvis tett oppfølging og monitorering av barnet er mulig (1).

Antipsykotika

Risikoen for påvirkning av barnet anses som liten. Når mors dose er høy, kan blandingsernæring bli aktuelt. Enkelte antipsykotika kan påvirke melkeproduksjonen ved å øke prolaktinnivået.

ADHD - Sentralstimulerende legemidler

Datagrunnlaget for metylfenidat og amfetaminer ved amming er begrenset (2), men noen studier tyder at metylfenidat i liten grad går over i morsmelk. Amfetaminer som lisdeksamfetamin ser ut til å gå over i noe større grad og er påvist i serum og urin hos brysternærte barn. Amming kan likevel ofte være mulig dersom dosen er innenfor anbefalt område, men krever nøye individuell vurdering og oppfølging av barnet for bivirkninger (2). Ved mistanke om bivirkninger bør barnets serumkonsentrasjon måles.

Benzodiazepiner og z-hypnotika (zopiklon, zolpidem)

Kvinner som har behov for sporadisk bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika i lave doser kan som regel fortsette å amme. De bør informeres om å observere barnet for sedasjon og endret adferd. Oksazepam er førstevalget, da det går i svært liten grad over i morsmelk. Som med alle benzodiazepiner bør bruken være sporadisk.

Øvrige sovemedisiner

Søvndyssende antihistaminer som doksylamin (Zonat®) og prometazin (Phenergan®) kan brukes sporadisk. Bivirkninger som døsighet og irritabilitet har vært rapportert hos enkelte diebarn. Melatonin innebærer neppe noen risiko.

13) Pasientinformasjon

- Som gravid med psykiske helseplager er det viktig at du tar kontakt med fastlegen, psykologen eller psykiateren din så tidlig som mulig. Det går også an å snakke med en jordmor på helsestasjonen eller en gynekolog, fødselslege eller fastlege. Dersom det er mulig, anbefales det at du har en samtale allerede før du blir gravid, slik at svangerskapet kan planlegges på best mulig måte.
- Hvis du bruker medisiner, skal du fortsette med dem til du har snakket med psykiateren eller fastlegen din. De vil vurdere om medisinene dine eventuelt bør endres.
- Hvis du bruker legemidler, er det viktig å være klar over både fordelene og eventuelle risikoer. Behovet for behandling må vurderes individuelt. De fleste medisiner mot psykiske sykdom kan brukes under graviditet hvis det er nødvendig, men det finnes noen unntak. Generelt sett er det beste for barnet at moren er så frisk som mulig.
- Under graviditeten anbefaler vi at du følges opp av både av primærhelsetjenesten og eventuelt en psykiater eller psykolog, dersom du allerede går til en.

- I flere kommuner vil det være et Forebyggende familieteam (FFT) som jobber tverrfaglig med gravide og nybakte mødre med sliter med psykiske helseutfordringer. Fastlegen kan henvise deg og de vil også jobbe tett mot fødeavdelingen din hvis tilbudet finnes i din kommune
- Hvis du bruker legemidler, kan legen ønske å overvåke legemiddelnivået i blodet med blodprøver, siden nivået ofte synker under graviditeten. Hvis dette skjer, kan det være nødvendig å justere dosen opp for å opprettholde effekten.
- Du bør få en henvisning så raskt som mulig til fødeavdelingen din. De fleste fødeavdelingene har et jordmorteam som kan bidra med tilrettelegging av fødsel og tiden etterpå. De vil også involvere lege hvis det er aktuelt å vurdere forløsningsmetode.
- På barselavdelingen, vil det vurderes om du trenger ekstra oppfølging og tilrettelegging. Her vil de også kunne følge med på barnet etter fødselen dersom det skulle bli behov for dette.
- De aller fleste legemidler som brukes ved psykisk sykdom, er forenlige med amming.

Hvor kan du finne informasjon?

- **Landsforeningen 1001 dager – [LENKE: Mental helse under graviditet og etter fødsel.](#)**
Landsforeningen 1001 dager er en brukerorganisasjon som jobber med mental helse under graviditet og etter fødsel (Det er 1001 dager fra befruktning til barnets to-års dag). Ved å kombinere egen erfaring, forskning og klinisk erfaring tilbyr de kunnskapsbaserte informasjonstilbud til mødre og partnere.
- **Trygg Mammamedisin – Gratis offentlig informasjonstjeneste om legemiddelbruk ved graviditet og amming**
Leger og farmasøyter svarer på spørsmål og utarbeider informasjon til nettsiden. Trygg Mammamedisin drives av RELIS (De Regionale legemiddelinformasjonssentrene ved universitetssykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø). [LENKE NETTSIDE](#)

REFERANSER

Negative eller traumatiske fødselopplevelser

1. Helse_og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet — Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. In: omsorgsdepartementet H-o, ed. Regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Chabbert M, Panagiotou D, Wendland J. Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol* 2021;39(1):43-66. DOI: 10.1080/02646838.2020.1748582.
3. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; [The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis](#)
4. Shorey S, Yang YY, Ang E. The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. *J Adv Nurs* 2018;74(6):1236-1244. DOI: 10.1111/jan.13534.
5. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jul 15;7: CD003766. doi: 10.1002/14651858. CD003766
6. Dahlberg U, Aune I. Midwifery. The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 2013;29(4):407- 15.
7. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Women Ment Health* 2013; 16: 1 – 10. [\[PubMed\]](#) [\[CrossRef\]](#)
8. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams S, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a longitudinal population study.
9. Baxter JD, McCourt C, Jarrett PM. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*. 2014; 30(2):194-219.
10. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*. 2016; 29(3):203-7.

Fødselsrelatert posttraumatisk stress

1. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Women Ment Health* 2013; 16: 1 – 10. [\[PubMed\]](#) [\[CrossRef\]](#)
2. Ayer S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in psychiatry* 2018. [Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale - PubMed](#)
3. Heyne et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584590/>
4. Garthus-Niegel S, Ayers S, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27682188/> *Psychological Medicine* 2017.
5. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, Lalor J. *Am J Obstet Gynecol* 2024; 230: S1116-S1127. [Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment - ScienceDirect](#)
6. Oh W, Muzik M, McGinnis EW, Hamilton L, Menke RA, Rosenblum KL. Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. *J Affect Disord* 2016; 200:133-141, [Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment - ScienceDirect](#)

7. Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: a longitudinal population-based study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29265443/> Birth, 2018.
8. M. Hollander M, de Miranda E, van Dillen E, de Graaf I, Vandenbussche F, Holten L. Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. BMC Pregnancy Childbirth, 17 (2017), p. 423
9. Gulbrandsen P. God kommunikasjon – også for legenes skyld. Tidsskriftet 2008.
10. Slade P, Murphy A, Hayden E. Identifying post-traumatic stress disorder after childbirth. BMJ 2022 May 10:377: e067659. [Identifying post-traumatic stress disorder after childbirth - PubMed](#)
11. Bastos MH et al., Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25858181/>

Fødselsfrykt/ fødselsangst

1. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Hessman E et al. Women and Birth 2019; 32:99-111. [Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review - ScienceDirect](#)
2. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams S, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a longitudinal population study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26382746/> BMC Pregnancy and Childbirth 2015.
3. Størksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth and its association with anxiety and depression. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085403/> AOGS 2012.
4. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23278249/> AOGS 2013.
5. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labor: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22734617/> BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2012.
6. [Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2023 - FHI](#)
7. [rapport--arstabeller-for-medisinsk-fodselsregister-2010.pdf](#)
8. Ryding EL, Lukasse M, Pary AS, Wangel AM, Karro H et al., Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth- a six-country cohort study. J Psychosom Obstet Gynecol 2016.
9. Stoll K et al. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. Birth 2018. [A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth - PubMed](#)
10. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul 7;7(7):CD013321. [Interventions for fear of childbirth including tocophobia - PubMed](#)
11. Staff AT. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:1321. [Keisersnitt – til nytte eller skade? | Tidsskrift for Den norske legeforening](#)
12. Staudt A, Baumann S, Horesh D, Eberhard-Gran M, Horsch A, Garthus-Niegel S. Predictors and comorbidity patterns of maternal birth-related posttraumatic stress symptoms: A Latent Class Analysis. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115038> Psychiatry Research 2023.

Angstlidelser

1. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch General Psychiatry 2008, 65(7): 805-15.
2. Osnes RS, Roaldset JO, Follestad T, Eberhard-Gran M. Insomnia late in pregnancy is associated with perinatal anxiety: A longitudinal cohort study. J Affect Disord 2019, 248: 155-65.
3. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. J Affect Disord. 2011 Jun; 131(1-3): 277-83.
4. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. 2014 Nov 15; 384(9956):1800-19.
5. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. J Clin Psychiatry 2006;67:173-80.

6. NICE (National institute for health and care excellence). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: februar 2020). [Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)
7. Tietbohl-Santos B et al. Risk factors for suicidality in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2019; 105: 34-38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31376408/>

Depresjon

1. Slinning K, Eberhard-Gran M. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007.
2. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: februar 2020). [Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)
3. Bränn E, Shen Q, Lu D. Perinatal depression and its health impact. *BMJ* 2024; 384:p2777. [Perinatal depression and its health impact](#)
4. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106 (6): 426-33.
5. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017; 219: 86-92.
6. Ghimire U, Papabathini SS, Kawuki J, Obore N, Musa TH. Depression during pregnancy and the risk of low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction- an updated meta-analysis. *Early Hum Dev* 2021;152:105243.
7. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Jean-Yves Reginster JY, Bruyère O. *Women's Health* 2019;15: 1–55. [Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes - PubMed](#)
8. Yu H, Shen Q, Bränn E, Oberg S, Valdimarsdóttir UA, Donghau LU. Perinatal depression and risk of suicidal behavior. *JAMA NetwOpen* 2024;7(1):e2350897. [Perinatal Depression and Risk of Suicidal Behavior | Psychiatry and Behavioral Health | JAMA Network Open | JAMA Network](#)
9. Hagatulah N, Bränn E, Oberg AS, Valdimarsdóttir UA, Shen Q, Lu D. Elevated mortality among women with perinatal depression: a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ*. 2024;384:e075462. doi:[10.1136/bmj-2023-075462](https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075462)
10. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberger R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet* 2018;392:70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30177236/>

Bipolare lidelse

1. Cohen LS, Nonacs RM, red. *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum* I. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005.
2. Pope CJ, Sharma V, Mazmanian D. Bipolar disorder in the postpartum period: management strategies and future directions. *Womens Health (London, England)* 2014 Jul; 10(4): 359-71.
3. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006 Dec; 296(21): 2582-9.
4. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363:303-10.
5. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. 2007 Dec; 164(12): 1817-24.
6. Bilszta JL, Meyer D, Buist AE. Bipolar affective disorder in the postnatal period: investigating the role of sleep. *Bipolar Disord*. 2010 Aug; 12(5): 568-78.
7. Berle JØ, Solberg DK, Spigset O. [Treatment of bipolar disorder during pregnancy and in the postpartum]. *Tidssk Nor Legeforen*. 2011 Jan; 21: 131(2):126-9.
8. Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Høie B. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Arch Wom Ment Health*. 2015 Feb; 18(1): 1-39.

9. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: februar 2020). [Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)

Kroniske psykoselidelser

1. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard L. Bipolar, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*. 2014 Nov; 384(9956): 1789-1799.
2. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119:3-10.
3. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, *et al*. Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG*. 2014 Apr; 121(5): 566-74.
4. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: februar 2020). [Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)

Spiseforstyrrelser

1. Skårderud F. Sterk-Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2013.
2. Crow SJ. Eating disorders in pregnancy. Decembre 2024 [cited; Available from www.uptodate.com/contents/eating-disorders-in-pregnancy].
3. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*. 2007 Aug; 37(8): 1109-1118.
4. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(4): 675-80.
5. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: februar 2020). [Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)
6. Bulik CM, Hoffmann ER, von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol*. 2010 Nov; 116(5): 1136-40.
7. Ecob C, Smith DM, Tsivos Z, Hossain N, Peters S. A systematic review of the clinical practice guidelines for the assessment, management and treatment of eating disorders during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025; 25:82. [A systematic review of the clinical practice guide.pdf](#)
8. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler K, Neale MC *et al*. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord*. 2006 Apr; 39(3):202-11.
9. Torgersen L, Ystrøm E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, *et al*. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr*. 2010 Jun; 6(3):243.

ADHD

- 1) Scoten O, Tabi K *et al*. Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol* 2024; 231(1): 19-35.
- 2) Cohen JM, Srinivas C *et al*. Prevalence trends and individual patterns of ADHD medication use in pregnancy in Norway and Sweden, 2010-2019. *Eur J Clin Pharmacol* 2023; 79(1): 173-180.
- 3) Bukstein OG. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. Version 39.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 27. november 2023).

Seksuelle overgrep

1. Thoresen S, Hjemdal OK, Myhre M, Holth I, Wentzel-Larsen T. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. 2014;1.
2. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014; 121(10):1237-44.

3. Nerum H, Halvorsen L, Straume B, Sørli T, Øian P. Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case–control study in a clinical cohort. *BJOG* 2013 Mar; 120(4): 487-95.
4. Henriksen L, Vangen S, Schei B, Lukasse M. Sexual violence and antenatal hospitalization. *Birth* 2013; 40(4): 281-8.
5. Gisladdottir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL, Gudmundsdottir B, Jonsdottir E, Bjarnadottir RI et al. Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *PloS One*. 2016; 11(3): e0150726.
6. Halvorsen L, Nerum H, Oian P, Sorli T. Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *Birth*. 2013 Sep; 40(3):182-91.
7. Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 Sept; 117(3): 288-94.

Medisinering under svangerskap

1. Furu K, Kieler H, Haglund B, Engeland A, Selmer R, Stephansson O, Valdimarsdottir UA, Zoega H, Artama M, Gissler M, Malm H, Nørgaard M. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population based cohort study and sibling design. *BMJ*. 2015 Apr; 17;350:h1798.
2. De Vries C, Gadzhanova S, Sykes MJ, Ward M, Roughead E. A Systematic Review and Meta-Analysis Considering the Risk for Congenital Heart Defects of Antidepressant Classes and Individual Antidepressants. *Drug Saf*. 2021 Mar;44(3):291-312.
3. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, Vonderporten EH, Roerecke M, Rehm J, *et al*. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013 Apr; 70(4): 436-43.
4. Lupattelli A, Spigset O, Koren G, Nordeng H. Risk of vaginal bleeding and postpartum hemorrhage after use of antidepressants in pregnancy: a study from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Clin Psychopharmacol*. 2014 Feb; 34(1):143-8.
5. Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, Desai RJ, Paterno E, Gopalakrishnan C, Levin R, Mogun H, Hernandez-Diaz S. [Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn](#). *JAMA*. 2015 Jun; 313(21): 2142-51.
6. Morales DR, Slattery J, Evans S, Kurz X. Antidepressant use during pregnancy and risk of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: systematic review of observational studies and methodological considerations. *BMC Med*. 2018; 16(1): 6.
7. Kaplan YC, Demir O. Use of Phenytoin, Phenobarbital Carbamazepine, Levetiracetam Lamotrigine and Valproate in Pregnancy and Breastfeeding: Risk of Major Malformations, Dose-dependency, Monotherapy vs Polytherapy, Pharmacokinetics and Clinical Implications. *Curr Neuropharmacol*.2021;19(11):1805-1824
8. Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi. Skriftserie for leger 2018 [cited; 3: [Konsensusrapport]].
<https://legeforeningen.no/PageFiles/26911/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20kvinner%20med%20epilepsi%202018.pdf>
9. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M, Bergink V. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. *Int J Bipolar Disord*. 2018 Dec; 6(1): 26.
10. NICE (National institute for health and care excellence). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: februar 2020).
[Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)
11. Huybrechts KF, Straub L, Karlsson P, Pazzagli L, Furu K, Gissler M, Hernandez-Diaz S, Nørgaard M, Zoega H, Bateman BT, Cesta CE, Cohen JM, Leinonen MK, Reutfors J, Selmer RM, Suarez EA, Ulrichsen SP, Kieler H. Association of In Utero Antipsychotic Medication Exposure With Risk of Congenital Malformations in Nordic Countries and the US. *JAMA Psychiatry*. 2023 Feb 1;80(2):156-166.
12. Straub L, Hernández-Díaz S, Bateman BT, Wisner KL, Gray KJ, Pennell PB, Lester B, McDougale CJ, Suarez EA, Zhu Y, Zakoul H, Mogun H, Huybrechts KF. Association of Antipsychotic Drug Exposure in Pregnancy With Risk of Neurodevelopmental Disorders: A National Birth Cohort Study. *JAMA Intern Med*. 2022 May 1;182(5):522-533.

13. Huybrechts KF, Bröms G, Christensen LB et al. Association Between Methylphenidate and Amphetamine Use in Pregnancy and Risk of Congenital Malformations: A Cohort Study From the International Pregnancy Safety Study Consortium. *JAMA Psychiatry* 2018;75(2):167-175.
14. Richardson JL, George N, Greenall AJ et al. Cardiac Malformation Risks Following Maternal First Trimester Methylphenidate Use. *J Clin Psychiatry* 2023;84(4):22br14755.
15. Nörby U, Winbladh B, Källén K. Perinatal Outcomes After Treatment With ADHD Medication During Pregnancy. *Pediatrics* 2017;140(6):e20170747.
16. Cohen JM, Hernández-Díaz S, Bateman BT et al. Placental Complications Associated With Psychostimulant Use in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2017;130(6):1192-1201.
17. Suarez EA, Bateman BT, Hernandez-Diaz S et al. Prescription Stimulant Use During Pregnancy and Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. *JAMA Psychiatry* 2024;81(5):477-488.
18. Bang Madsen K, Robakis TK, Liu X et al. In utero exposure to ADHD medication and long-term offspring outcomes. *Mol Psychiatry* 2023;28(4):1739-1746.
19. Engeland A, Bjørge T, Klungsoyr K, Hjellvik V, Skurtveit S, Furu K. Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2018; 27(9): 995-1004

Medisinering ved amming

1. Heinonen E, Tötterman K, Bäck K, Sarman I, Svedenkrans J, Forsberg L. Lithium use during breastfeeding was safe in healthy full-term infants under strict monitoring. *Acta Paediatr.* 2022 Oct;111(10):1891-1898. doi: 10.1111/apa.16444. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35673836.
2. Scoten O, Tabi K et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol* 2024; 231(1): 19-35.

For informasjon om de enkelte virkestoffene i ammeperioden, se Nordeng H, Amming og legemidler: Norsk Legemiddelhåndbok; 2019 (G8) og Rus og legemiddelmisbruk i svangerskap.