

## DSOG-guideline

# Psykisk sygdom i relation til graviditet, fødsel og barselsperiode

### FORFATTERE

Arbejdsgruppens medlemmer er alle steder i teksten anført alfabetisk efter efternavn.

| Navn                                     | Stilling                       | Arbejdssted                    |
|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>DSOG</b>                              |                                |                                |
| Stine Søgaard Andersen                   | Introduktionslæge              | Aalborg Universitetshospital   |
| Mathias Johannes Grøn<br>Böckel-Lundorff | Introduktionslæge              | Herlev Universitetshospital    |
| Eleonora Cvetanovska                     | Overlæge                       | Herlev Universitetshospital    |
| Elisabeth Graae                          | Reservelæge, postintroduktion  | Kolding Sygehus                |
| Merete Hein                              | Overlæge                       | Aarhus Universitetshospital    |
| Jo Glud Hjerrild                         | Introduktionslæge urologi      | Sjællands Universitetshospital |
| Emma Sofie Hoegsted                      | Reservelæge, postintroduktion  | Hvidovre Universitetshospital  |
| Fanny Elisabet Håkansson<br>Jensen       | Overlæge                       | Herlev Universitetshospital    |
| Fjóla Jónsdóttir                         | Afdelingslæge                  | Herlev Universitetshospital    |
| Julia Kilian                             | Reservelæge, postintroduktion  | Hvidovre Universitetshospital  |
| Anne Raabjerg Kruse                      | Afdelingslæge, Ph.d.           | Regionshospitalet Gødstrup     |
| Morten Lebech                            | Ledende overlæge; Afsnitsleder | Odense Universitetshospital    |
| Veronica Tovar Poulsen                   | Overlæge                       | Odense Universitetshospital    |
| Annika Læbo Rasmussen                    | Introduktionslæge              | Hvidovre Universitetshospital  |
| Elisabeth Thal Rønneberg                 | Overlæge                       | Herlev Universitetshospital    |

|                                        |                                                           |                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kirsten Marie Schiøtt                  | Overlæge                                                  | Aarhus Universitetshospital                                                                                                                                             |
| <b>Dansk Jordemoderfagligt Selskab</b> |                                                           |                                                                                                                                                                         |
| Stinne Høgh                            | Jordemoder, Ph.d.                                         | Neurobiologisk<br>Forskningsenhed, Rigshospitalet                                                                                                                       |
| <b>Dansk Psykiatrisk Selskab</b>       |                                                           |                                                                                                                                                                         |
| Vibe Gedsø Frøkjær                     | Klinisk professor, Overlæge                               | Psykiatrisk Center København og<br>Neurobiologisk<br>Forskningsenhed, Rigshospitalet                                                                                    |
| Anne Amalie Elgaard Thorup             | Professor, Ph.d., speciallæge i<br>børne-ungdomspsykiatri | Region Hovedstadens Psykiatri,<br>børne og ungdomspsykiatri;<br>Institut for Klinisk Medicin,<br>SUND, Københavns Universitet;<br>Forskningsenhederne på BUC<br>og PCK, |
| Poul Videbech                          | Professor, Overlæge, Dr.med.                              | Psykiatrisk Center Glostrup                                                                                                                                             |

## Arbejdsgruppens medlemmer 2014

*DSOG:* Anette Kjærbye-Thygesen, Anne Munk, Anne Høyen Munch, Birgit Bødker, Bjarke Sørensen, Inge Ibsen, Kirsten Schiøtt, Margrethe Møller, Merete Hein, Mette Høltzermann, Nini Møller, Niels Ulbjerg (tovholder)

*Dansk Psykiatrisk Selskab:* Ulla Kläning, Poul Videbch, Fransisco Alberdi, Rene Ernst Kondrup, Marianne Hertz

*Psyko terapeutisk center, Stolpegarden:* Ida Holdbaard-Tomsen

*Børne og ungdomspsykiatrisk selskab:* Mala Moskovitz

*Jordemoderforeningen:* Charlotte Sollid, Janni Ammitzbøll

*Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi:* Anton Pottegård, Per Damkier

**COI for arbejdsgruppens medlemmer: Se appendiks 1**

## KORRESPONDANCE

### TOVHOLDERE:

**Eleonora Cvetanovska:** [eleonora.cvetanovska.02@regionh.dk](mailto:eleonora.cvetanovska.02@regionh.dk)

**Merete Hein:** [merehein@rm.dk](mailto:merehein@rm.dk)

## STATUS

Første udkast: 15/12/2024

Diskuteret af Sandbjerg/Hindsgavl/DGCG/DSFM/DFS dato: 23/01/2025

Korrigeret udkast dato:

Endelig guideline dato:

Guideline skal revideres seneste dato:

## INDHOLDSFORTEGNELSE

|                                                                                                                                                      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>FORFATTERE .....</b>                                                                                                                              | <b>1</b>   |
| <b>KORRESPONDANCE .....</b>                                                                                                                          | <b>2</b>   |
| <b>STATUS .....</b>                                                                                                                                  | <b>3</b>   |
| <b>RESUME AF KLINISKE REKOMMANDATIONER .....</b>                                                                                                     | <b>6</b>   |
| <b>ENGLISH SUMMARY .....</b>                                                                                                                         | <b>13</b>  |
| <b>FORKORTELSER .....</b>                                                                                                                            | <b>20</b>  |
| <b>INDLEDNING .....</b>                                                                                                                              | <b>22</b>  |
| BAGGRUND .....                                                                                                                                       | 22         |
| DEFINITIONER .....                                                                                                                                   | 24         |
| AFGRÆNSNING AF EMNET .....                                                                                                                           | 24         |
| <b>LITTERATUR SØGNINGSMETODE .....</b>                                                                                                               | <b>25</b>  |
| <b>EVIDENSGRADERING .....</b>                                                                                                                        | <b>26</b>  |
| <b>FORÆLDREROLLEN OG KONSEKVENSER FOR SMÅ BØRN I FAMILIER MED PSYKISK SYGDOM ....</b>                                                                | <b>27</b>  |
| <b>SAMARBEJDE MELLEM OBSTETRIK OG PSYKIATRI .....</b>                                                                                                | <b>32</b>  |
| <b>HYPPIGSTE PSYKISKE LIDELSER HOS GRAVIDE OG BARSLENDE .....</b>                                                                                    | <b>33</b>  |
| DEPRESSION .....                                                                                                                                     | 34         |
| ANGST OG OCD .....                                                                                                                                   | 41         |
| SPISEFORSTYRRELSER .....                                                                                                                             | 53         |
| <b>SVÆRE PSYKISKE LIDELSER HOS GRAVIDE OG BARSLENDE .....</b>                                                                                        | <b>67</b>  |
| SKIZOFRENI .....                                                                                                                                     | 67         |
| BIPOLAR AFFEKTIV SINDSLIDELSE .....                                                                                                                  | 73         |
| PUERPERAL PSYKOSE .....                                                                                                                              | 83         |
| <b>AKUTTE PSYKIATRISKE TILSTANDE HOS GRAVIDE OG BARSLENDE .....</b>                                                                                  | <b>92</b>  |
| SØVNFORSTYRRELSER .....                                                                                                                              | 93         |
| VRANGFORESTILLINGER OG HALLUCINATIONER .....                                                                                                         | 95         |
| SVÆRE AFFEKTIVE SYMPTOMER .....                                                                                                                      | 96         |
| AKUT ANGST OG DISSOCIATIVE TILSTANDE .....                                                                                                           | 97         |
| FUNKTIONELLE ANFALD – FDS (FUNCTIONAL DISSOCIATIVE SEIZURES)/PNES (PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES) .....                                         | 101        |
| SUICIDAL ADFÆRD OG IMPULSER .....                                                                                                                    | 104        |
| SELVSKADENDE ADFÆRD OG IMPULSER .....                                                                                                                | 105        |
| <b>TVANG OG DOBBELTINDLÆGGELSE .....</b>                                                                                                             | <b>106</b> |
| <b>RISIKO FOR PSYKOSE/FORVÆRRING AF PSYKISK TILSTAND VED ORDINATION AF CABERGOLIN (DOSTINEX) ELLER BETAMETASON (BETAPRED) UNDER GRAVIDITET .....</b> | <b>109</b> |
| <b>STIGMATISERING HOS GRAVIDE OG BARSLENDE MED PSYKISK SYGDOM .....</b>                                                                              | <b>112</b> |
| <b>GENERELLE EMNER FOR GRAVIDITETS- OG BARSLSFORLØB MED PSYKISK SYGDOM .....</b>                                                                     | <b>116</b> |

|                                                                              |            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|
| TVÆRFAGLIGT TEAM, TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE .....             | 116        |
| UNDERRETNING .....                                                           | 118        |
| PRÆNATAL TILKNYTNING OG DEN FØRSTE MOR-BARN RELATION VED PSYKISK SYGDOM..... | 120        |
| EFFEKT AF FOSTER ULTRALYDSSCANNING PÅ PRÆNATAL TILKNYTNING .....             | 122        |
| AMNING OG SØVN VED PSYKISK SYGDOM .....                                      | 124        |
| <b>KODNING .....</b>                                                         | <b>130</b> |
| <b>REFERENCELISTE.....</b>                                                   | <b>130</b> |
| <b>APPENDIKSER .....</b>                                                     | <b>130</b> |
| APPENDIKS 1: COI (CONFLICT OF INTEREST) .....                                | 131        |
| APPENDIKS 2: LITTERATURSØGNING PÅ LITHIUM OG NEONATAL MORBIDITET .....       | 132        |
| APPENDIKS 3: SKABELON UNDERRETNING .....                                     | 140        |
| APPENDIKS 4: RØDE PAPIRER.....                                               | 141        |

## RESUME AF KLINISKE REKOMMANDATIONER

| <i>Kliniske rekommandationer</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <i>Styrke</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Forældrerollen og konsekvenser for små børn i familier med psykisk sygdom</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se på hele familien, og på både risikofaktorer og ressourcer</li> <li>• Undervis i barnets udviklingspotentiale og i de basale behov for stimulation, struktur og støtte, som sund udvikling kræver</li> <li>• Anerkend forælderen og se ikke kun på den psykiske sygdom – det kan tage tid for en familie at blive motiveret til at tage imod hjælp</li> <li>• Henvis familien til relevante tilbud</li> </ul> | D             |
| <b>Samarbejde mellem obstetrik og psykiatri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
| Der bør overvejes etablering af subspecialt perinatal psykiatri, med henblik på udvidelse af samarbejdet mellem obstetrik og psykiatri, og forbedring af behandling og støtte for gravide og barslende med psykisk sygdom, både i ambulante og indlagte forløb                                                                                                                                                                                           | D             |
| <b>Hyppigste psykiske lidelser hos gravide og barslende</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
| <b><i>Depression</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
| Depression giver ikke selvstændigt anledning til tilvækstscanninger, men kan overvejes som led i tilknytningsstøtte efter individuel vurdering                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B             |
| Depression under graviditet bør ikke selvstændigt give anledning til rutinemæssig kontrol for præterm fødsel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B             |
| Der bør sikres, at kvinden modtager relevant behandlingstilbud for depression                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | D             |
| <b><i>Angst og OCD (Obsessive compulsive disorder)</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
| Ved udtalte angsttilstande, kan man overveje at tilbyde tilvækstscanninger i 3 trimester som tryghedsscanning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B             |
| Angst giver ikke i sig selv anledning til rutineundersøgelse af cervixlængde i graviditeten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B             |
| Gravide med angst og OCD skal informeres om øget risiko for postpartum depression, hvordan den kan forebygges og om kontaktmuligheder ved symptomer                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B             |
| Der bør sikres, at kvinden modtager relevant behandlingstilbud for angst/OCD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | D             |
| <b><i>Spiseforstyrrelse</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
| Det anbefales at screene for anæmi hos gravide med spiseforstyrrelser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B             |
| Der anbefales foster tilvækstscanning i gestationsalder 28 og 34 uger hos gravide med                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| aktive symptomer på anoreksi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| Der er ikke indikation for rutine fostertilvækstscanning hos gravide med tidligere anorexi, uden aktive symptomer, med mindre den gravide er undervægtig og følger guideline for undervægtige gravide                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                         |
| Det er vigtigt at være opmærksom på tegn på recidiv eller forværring af spiseforstyrrelse i graviditet og post partum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                         |
| Der anbefales øget opmærksomhed på evt. symptomer på præterm fødsel hos kvinder med aktiv spiseforstyrrelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B                         |
| Der anbefales et tværfagligt samarbejde omkring den gravide med spiseforstyrrelse under graviditet og i barselsperioden. Det bør sikres, at kvinden modtager relevant behandlingstilbud for spiseforstyrrelse                                                                                                                                                                                                                                                                                | D                         |
| Det anbefales, at kontrolvejning af gravide med spiseforstyrrelser primært foregår hos en aktør i det tværfaglige team                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | D                         |
| Det er vigtigt at være ekstra opmærksom på risikoen for postpartum depression hos gravide med spiseforstyrrelse, særligt hos kvinder med depression i anamnesen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B                         |
| <b>Psyriske lidelser med høj risiko for psykose hos gravide og barslende</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| <b>Skizofreni</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| Gravide med skizofreni bør henvises til forløb på <b>psykiatrisk afdeling med regionsfunktion</b> i behandling af skizofreni.<br><br>Hvis kvinden allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen.                                                                                                                                                   | Specialeplanen psykiatri  |
| Gravide med skizofreni bør visiteres til <b>obstetrisk specialteam</b> for psykisk sårbare gravide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Gravide med skizofreni anbefales at fortsætte igangværende medicinsk behandling af hensyn til høj tilbagefaldsrisiko ved seponering</li> <li>Skift af psykofarmaka øger risiko for tilbagefald, hvorfor indikation herfor nøje bør overvejes af speciallæge i psykiatri</li> </ul> Vedr. psykofarmakologisk behandling henvises til tværfaglig guideline "Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende" 2022 (DSOG, Dansk psykiatrisk selskab) | D                         |
| Opmærksomhed på forældreevnen er en af de vigtigste indsatser i arbejdet med gravide med skizofreni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B                         |
| Som oftest vil der være indikation for underretning vedr. gravide med skizofreni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | D<br><br>Barnets Lov 2024 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Barslende med skizofreni, der ønsker at amme, støttes heri, såfremt den medicinske behandling gør dette tilrådeligt, men amning bør ikke prioriteres over søvn; hvis amningen er på bekostning af søvnen, anbefales ammeophør.                                                                         | D                            |
| <b>Ved behov for ammeophør:</b><br><br>Non-farmakologisk laktationshæmning bruges i første omgang. Ved behov kan farmakologisk laktationshæmning anvendes (se separat afsnit om Dostinex behandling i denne guideline)                                                                                 | D                            |
| Barslende med skizofreni tilbydes barselsophold, særligt mhp:<br><br><b>Mor:</b> observation for psykiske symptomer, søvnstøtte, aflastning<br><b>Mor &amp; barn:</b> ammeetablering, mor-barn-relation<br><b>Barn:</b> observation for evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning                    | D                            |
| Ved udskrivelsen af barslende med skizofreni overvej behov for:<br><br>Udskrivningsmøde<br><br>Sygemelding af mor mhp. at partner kan få barselsorlov<br><br>Prævention                                                                                                                                | D                            |
| <b>Bipolar affektiv sindslidelse</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |
| Gravide med bipolar affektiv sindslidelse bør visiteres til <b>obstetrisk specialteam</b> for psykisk sårbare gravide                                                                                                                                                                                  | D                            |
| Gravide med bipolar affektiv lidelse anbefales at fortsætte igangværende medicinsk behandling, af hensyn til:<br><br>Høj tilbagefaldsrisiko ved seponering<br><br>Høj selvmordsrisiko hos ubehandlede<br><br>Risiko for recidiv, der påvirker både mor og foster, og den senere omsorgsevne for barnet | A                            |
| Medicinskift øger risiko for tilbagefald, hvorfor indikation herfor nøje bør overvejes af speciallæge i psykiatri                                                                                                                                                                                      | D                            |
| Ved behandling med enzyminducerende antiepileptika til stemningsstabilisering, anbefales tbl. Folinsyre 5 mg dgl. fra planlægning af graviditet t.o.m. 1. trimester                                                                                                                                    | A                            |
| Overvej underretning:<br><br>Ved hyppige recidiver<br><br>Ved recidiv i graviditet eller puerperium<br><br>Ved vurdering af behov for støtte til forælderrollen i øvrigt                                                                                                                               | D<br><br>Barnets Lov<br>2024 |
| Kvinder med bipolar affektiv sindslidelse bør forberedes på puerperiet:<br><br><b>Recidivrisiko:</b> informeres om at den er allerstørst i de første 4-6 uger post partum.<br><br><b>Søvn:</b> informeres om vigtigheden af søvn, at lave plan for at sikre søvnen                                     | D                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Amning:</b> støttes i evt. ammeønske, såfremt det er tilrådeligt mht. den medicinske behandling, men amning bør ikke prioriteres over søvn; hvis amningen er på bekostning af søvnen, anbefales ammeophør. I så fald bruges non-farmakologisk laktationshæmning i første omgang. Ved behov kan farmakologisk laktationshæmning anvendes (se separat afsnit om Dostinex beh i denne guideline)</p> <p><b>Tilbydes barselsophold, særligt mhp.</b></p> <p><b>Mor:</b> observation for symptomer på depression, mani eller blandingstilstand</p> <p><b>Mor:</b> søvnstøtte, aflastning</p> <p><b>Mor &amp; barn:</b> ammeetablering, mor-barn relation</p> <p><b>Barn:</b> observation for evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning</p> |                             |
| <p>Ved udskrivelsen overvej behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningsmøde</li> <li>• Sygemelding af mor mhp. at far kan få barselsorlov</li> <li>• Prævention</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | D                           |
| <b>Puerperal psykose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling af kvinder med puerperal psykose er en psykiatrisk specialistopgave, som kræver indlæggelse på psykiatrisk afdeling med regionsfunktion i behandling af gravide og puerperale kvinder med svær psykiatrisk lidelse.</li> <li>• Hvis kvinden allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                            | Specialeplanen<br>Psykiatri |
| Der er indikation for underretning, mhp. tættere opfølgning i hjemmet i perioden efter udskrivelsen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | D<br>Barnets Lov<br>2024    |
| Psykiatrisk behandling af forældre med spædbørn skal varetages i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri/pædiatri (Spædbarnspsykiatri)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Specialeplanen<br>Psykiatri |
| <p><b>Vedrørende amning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der anbefales ammeophør, mhp. ro og søvnstabilisering</li> <li>• Non-farmakologisk laktationshæmning er førstevalg, men farmakologisk laktationshæmning kan anvendes ved behov (se Afsnit om Dostinex behandling i denne guideline)</li> <li>• Ved stort ønske om amning kan der evt. malkes ud mhp. at opretholde mælkeproduktion hos mor, indtil hun kan være mere nærværende i kontakten med baby.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    | D                           |
| <p>Ved udskrivelse / overflytning til psykiatrisk afdeling opmærksomhed på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygemelding af mor, mhp. at partner kan få barselsorlov</li> <li>• Underretning mhp. tæt socialfaglig opfølgning</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B                           |

|                                                                                                                                                                                                                                               |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| • Besked til sundhedsplejerske                                                                                                                                                                                                                |   |
| <b>Akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende</b>                                                                                                                                                                                 |   |
| <b><i>Søvnforstyrrelser</i></b>                                                                                                                                                                                                               |   |
| Søvnforstyrrelser forsøges først håndteret non-farmakologisk.                                                                                                                                                                                 | D |
| Ved manglende effekt af non-farmakologiske tiltag kan farmakologiske tiltag tages i brug f.eks.:<br><br>Tbl. zolpidem 10 mg eller tbl. Zopiclon 7,5 mg ved indsovningsbesvær <i>eller</i><br><br>Tbl. oxazepam 15 mg ved gennemsovningsbesvær | D |
| Quetiapin anvendes som udgangspunkt ikke til patienter uden underliggende psykotisk lidelse. Undtagelsesvis kan Quetiapin anvendes efter konferering med psykiater                                                                            | D |
| Melatonin bør ikke anvendes under graviditet eller amning                                                                                                                                                                                     | D |
| <b><i>Vrangforestillinger og hallucinationer</i></b>                                                                                                                                                                                          |   |
| Psykotiske symptomer post partum kan opstå pludseligt og med hurtig udvikling. Der anbefales akut involvering af psykiater.                                                                                                                   | D |
| Kvindens og barnets sikkerhed skal vurderes. Kvinden bør ikke være alene med barnet ved udvikling af akutte psykotiske symptomer. Desuden skal man sikre overvågning mhp. selvmordsrisiko                                                     | D |
| <b><i>Svære affektive symptomer</i></b>                                                                                                                                                                                                       |   |
| Svære affektive symptomer kan debutere pludseligt post partum og behandlingen er specialstopgave, der kræver involvering af speciallæge i psykiatri                                                                                           | D |
| <b><i>Akut angst og dissociative tilstande</i></b>                                                                                                                                                                                            |   |
| Angstanfald i relation til fødsel og barselsperiode håndteres primært ved beroligelse og nonfarmakologiske indsatser. Alternativt kan ved angstanfald overvejes benzodiazepiner (f.eks. oxazepam 15 mg eller diazepam 5 mg)                   | D |
| Ved dissociation er farmakologisk behandling ikke indiceret. Efter nonfarmakologisk håndtering af angstsymptomerne vil dissociationen som regel aftage                                                                                        | D |
| Det anbefales, at man er særligt opmærksom på at tilbyde efterfødselssamtale til kvinder, der har oplevet svær angst eller dissociation under fødslen                                                                                         | D |
| <b><i>Funktionelle anfald - FDS (Functional Dissociative Seizures)/PNES (Psychogenic Non-Epileptic Seizures)</i></b>                                                                                                                          |   |
| Et krampeanfald hos en gravid kvinde efter graviditetsuge 20, skal håndteres som et eklamptisk anfald indtil andet er bevist                                                                                                                  | D |
| Ved tegn på FDS (hvor eklampsi og epilepsi er udelukket) håndteres situationen ved at være til stede, bevare roen og skabe tillid hos kvinden og de pårørende til at                                                                          | D |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| situationen håndteres hensigtsmæssigt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |
| <b>Suicidal adfærd og impulser</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |
| Hvis patienten vurderes suicidaltruget sikres sikkerhed for kvinden (og barnet) og handleplan udarbejdes akut i samarbejde med psykiatrien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D |
| <b>Selvskadende adfærd og impulser</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
| Ved tegn til tidligere selvskade eller kendskab til impulser om selvskade, bør dette italesættes på en indfølelse, ikke anklagende måde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | D |
| I samtalen kan kvinden hjælpes ved at fokusere på hendes alternative handlemuligheder til følelsesregulering/strategi når trangen til selvskade opstår                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | D |
| Hvis kvinden har aktuelle tanker om eller trang til selvskade, eller ved tegn på nylig selvskade, er det relevant at henvise til psykiatrien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | D |
| <b>Tvang og dobbeltindlæggelse</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |
| Der bør etableres lokale tværfaglige arbejdsgange/samarbejdsaftaler mellem psykiatriske og obstetriske afdelinger, med henblik på tættere samarbejde i tilfælde af akut psykisk forværring ved koeksisterende obstetriske komplikationer og tæt på fødsel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | D |
| <b>Risiko for psykose/forværring af psykisk tilstand ved ordination af cabergolin (dostinex) eller betametason (betapred) under graviditet</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |
| Generelt er cabergolin veltålt i forbindelse med behandling af ammestop/hæmning. De fleste bivirkninger er milde. Sparsomt data indikerer at cabergolinbehandling muligvis kan udløse psykotiske/maniske episoder hos tidligere psykisk raske mødre eller forværre psykotiske symptomer hos mødre med kendt psykisk sygdom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D |
| Generelt kan glukokortikoider som betamethason øge risikoen for forværring af psykiatrisk sygdom og psykose, særligt ved behandling med høje doser. Der er ikke data på psykose/forværring af psykisk sygdom ifm. kortvarig højdosis behandling af kvinder ved partus praematurus imminens                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D |
| For begge lægemidler gælder, at man ved prædisponerede patienter, bør udvise forsigtighed og opveje fordele og ulemper inden behandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | D |
| <b>Stigmatisering</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brug åbent sprogbrug: <i>Hold tonen respektfuld og spørg åbent ind</i></li> <li>2. Vær åben for at psykiske lidelser rammer bredt og kan komme til udtryk på mange forskellige måder: <i>Tag derfor udgangspunkt i den enkelte person, du sidder overfor, og vær nysgerrig på deres situation og behov</i></li> <li>3. Uddan dig selv og dit personale: <i>Fx 5 min på morgenkonference om inkluderende sprogbrug, forskellige diagnoser eller en decideret temadag</i></li> <li>4. Brug "person-first" sprogbrug: <i>Sig fx "person med skizofreni" frem for "personen er skizofren"</i></li> </ol> | D |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <p>5. "Speak up" når du møder stigmatiserende adfærd: <i>Dine kollegaer kan i god tro komme til at bidrage til stigmatisering</i></p> <p>6. Hjælp til at minimere selvstigmatisering hos din patient: <i>Hvilken historie fortæller personen om sig selv og den psykiske lidelse?</i></p> <p>7. Hav en opmærksomhed på at patientens oplevelse af stigmatisering kan have negative konsekvenser for behandlingsforløbet (mindre tilbøjelighed til at opsøge hjælp og berette om symptomer/symptomforværring)</p> <p>8. Erkend at vi alle kan have fordomme og forsøg at erkende dine egne, da det er en forudsætning for at modvirke dem</p> <p>9. Vær varsom med at afskrive symptomer som psykiatriske symptomer: <i>Forskning peger på, at læger på akutenheder i somatikken kan misfortolke somatiske symptomer, som tegn på psykisk sygdom. Konsekvensen kan være, at diagnosticering og behandling forsinkes</i></p> <p>10. Del de gode erfaringer blandt kollegaer</p> |   |
| <b>Generelle emner for graviditets- og barselsforløb med psykisk sygdom</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |
| <b><i>Tværfagligt team, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |
| Der anbefales at samle den nødvendige faglighed og ekspertise omkring gravide og barslende med psykosociale udfordringer i tværfaglige team med henblik på at kvalificere indsatsen for målgruppen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | D |
| <b><i>Underretning</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
| Der skal altid vurderes, hvorvidt der er behov for underretning ved svær psykisk sygdom under en graviditet eller efter fødsel iht. indskærpet underretningspligt for alle involverede fagpersoner                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | D |
| <b><i>Prænatal tilknytning og den første mor-barn relation ved psykisk sygdom</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
| I graviditetsforløb med tidligere eller aktuel psykisk sygdom anbefales støttende samtaler med jordemoder/psykoterapeut mhp. udvikling og støtte af prænatal tilknytning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B |
| Barslende kvinder med psykisk sygdom skal støttes i udvikling af den postnatale mor-barn tilknytning, da dette forebygger utryk tilknytningsudvikling hos barnet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | D |
| <b><i>Effekt af fosterultralydsscanning på prænatal tilknytning</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |
| Fosterultralydsscanning i 3. trimester bør ikke udføres rutinemæssigt mhp. prænatal tilknytning hos gravide med psykisk sygdom, men kan overvejes hos udvalgte gravide med depression og angst, efter individuel vurdering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B |
| <b><i>Amning og sovn ved psykisk sygdom</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
| Amning kan anbefales til mødre kendt med psykisk sygdom, efter individuel rådgivning, afhængigt af evt. medicinsk behandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B |
| Der anbefales sundhedsfaglig, individualiseret ammevejledning til mødre og deres pårørende fra graviditeten indtil postpartum perioden, med afklaring af eventuelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B |

|                                                                                                                                                                             |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| kontraindikationer for amning, familiens ønsker og behov                                                                                                                    |   |
| Der bør udarbejdes en tydelig plan for amning til tiden efter fødslen, hvor relevante faggrupper (for eks. farmaceut, psykiater, pædiater, obstetriker) inddrages ved behov | B |
| Der er behov for særlig psykisk og faglig støtte ved ønske om ammestop, hvor der skal rådgives om ikke-medicinsk og medicinsk nedregulering af mælkeproduktionen            | B |

## ENGLISH SUMMARY

| <b><i>Clinical Recommendations</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b><i>Strength</i></b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Parental role and consequences for young children in families with mental illness:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Look at the whole family, considering both risk factors and resources.</li> <li>Educate about the child's developmental potential and the basic needs for stimulation, structure, and support required for healthy development.</li> <li>Acknowledge the parent and not just the mental illness - it may take time for a family to be motivated to accept help.</li> <li>Refer the family to relevant services.</li> </ul> | D                      |
| <b>Collaboration between Obstetrics and Psychiatry</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |
| Consider establishing a subspecialty in perinatal psychiatry to expand collaboration between obstetrics and psychiatry and improve treatment and support for pregnant and postpartum women with mental illness                                                                                                                                                                                                                                                    | D                      |
| <b>Most common mental disorders in pregnant and postpartum women</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |
| <b><i>Depression</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |
| Depression does not independently warrant ultrasound fetal growth scans but can be considered as part of prenatal attachment support, based on individual assessment                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B                      |
| Depression during pregnancy should not independently warrant routine control for preterm birth                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B                      |
| The woman should be referred to relevant control and treatment for depression                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D                      |
| <b><i>Anxiety and OCD (Obsessive-Compulsive Disorder)</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |
| In severe anxiety conditions, fetal growth scans in the third trimester can be considered                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B                      |
| Anxiety does not independently warrant routine cervical length examination during pregnancy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                      |
| Pregnant women with anxiety and OCD should be informed about their increased risk of postpartum depression, how the condition can be prevented, and about contact options if symptoms occur                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                      |
| The woman should be referred to relevant control and treatment for anxiety/OCD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | D                      |

| <b>Eating Disorders in pregnant and postpartum women</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Screening for anemia is recommended for pregnant women with eating disorders                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B               |
| Fetal growth scans are recommended at 28 and 34 weeks of gestation for pregnant women with active anorexia symptoms                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B               |
| Routine fetal growth scans are not indicated for pregnant women with a history of anorexia without active symptoms, unless the pregnant woman is underweight and follows guidelines for underweight pregnant women                                                                                                                                                                                                                                                                            | B               |
| It is important to be aware of signs of relapse or worsening of eating disorders during pregnancy and postpartum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B               |
| Increased attention to potential symptoms of preterm birth is recommended for women with active eating disorders                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B               |
| Multidisciplinary collaboration is recommended for treating and control of pregnant women with eating disorders during pregnancy and the postpartum period. The woman should be referred to relevant specialist treatment for eating disorders                                                                                                                                                                                                                                                | D               |
| Control weighing of pregnant women with eating disorders should primarily be conducted by one member of the multidisciplinary team                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | D               |
| It is important to be extra aware of the risk of postpartum depression in pregnant women with eating disorders, especially in women with a history of depression                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B               |
| <b>Mental disorders with high risk of psychosis in pregnant and postpartum women</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |
| <b>Schizophrenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |
| Pregnant women with schizophrenia should be referred to a psychiatric department with regional function in treating schizophrenia. If the woman is already connected to a psychiatric department with a main function, the continued handling can possibly be managed at the main function level, after agreement and advice from the regional function                                                                                                                                       | Specialistplan  |
| Pregnant women with schizophrenia should be referred to obstetric special team for pregnant women with psychosocial vulnerability                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | D               |
| Pregnant women with schizophrenia are recommended to continue ongoing medical treatment, due to the high risk of relapse upon discontinuation. Changing psychotropic medication increases the risk of relapse, so the indication for this should be carefully considered by a psychiatrist. Regarding psychopharmacological treatment, refer to the interdisciplinary guideline "Psychopharmacological treatment of pregnant and breastfeeding women" 2022 (DSOG, Danish Psychiatric Society) | D               |
| Attention to parenting ability is one of the most important interventions in caring for pregnant women with schizophrenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B               |
| Most often, there will be an indication for notifying the social services, regarding pregnant women with schizophrenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | D<br>The Danish |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | child law 2024                 |
| Postpartum women with schizophrenia who wish to breastfeed should be supported in this, if their medical treatment allows it, but breastfeeding should not take priority over sleep; if breastfeeding comes at the expense of sleep, breastfeeding cessation is recommended                                                                                                                       | D                              |
| If breastfeeding cessation is necessary: Non-pharmacological lactation suppression is used initially. If needed, pharmacological lactation suppression can be used (see separate section on Dostinex treatment in this guideline)                                                                                                                                                                 | D                              |
| Postpartum women with schizophrenia are offered a postpartum stay, especially for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mother:</b> observation for psychiatric symptoms, sleep support</li> <li>• <b>Mother &amp; child:</b> breastfeeding establishment, mother-child relationship</li> <li>• <b>Child:</b> observation for possible withdrawal symptoms/medication influence</li> </ul> | D                              |
| Upon discharge of postpartum women with schizophrenia, consider the need for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discharge meeting</li> <li>• Sick leave for the mother, so the partner can take parental leave</li> <li>• Contraception</li> </ul>                                                                                                                                         | D                              |
| <b><i>Bipolar affective disorder</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |
| Pregnant women with bipolar affective disorder should be referred to obstetric special team for pregnant women with psychosocial vulnerability                                                                                                                                                                                                                                                    | A                              |
| Pregnant women with bipolar affective disorder are recommended to continue ongoing medical treatment, due to: <ul style="list-style-type: none"> <li>• High risk of relapse upon discontinuation</li> <li>• High risk of suicide in untreated individuals</li> <li>• Risk of relapse affecting both mother and fetus, and the later caregiving ability for the child</li> </ul>                   | A                              |
| Medication changes increase the risk of relapse, so the indication for this should be carefully considered by a psychiatrist                                                                                                                                                                                                                                                                      | D                              |
| When treating with enzyme-inducing antiepileptic drugs for mood stabilization, folic acid 5 mg daily from pregnancy planning until the end of the first trimester is recommended                                                                                                                                                                                                                  | A                              |
| Consider notification to the social services: <ul style="list-style-type: none"> <li>• With frequent relapses</li> <li>• With relapse during pregnancy or puerperium</li> <li>• When evaluating the need for support in the parental role</li> </ul>                                                                                                                                              | D<br>The Danish child law 2024 |
| Women with bipolar affective disorder should be prepared for the puerperium:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | D                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relapse risk: inform that it is highest in the first 4-6 weeks postpartum.</li> <li>• Sleep: inform about the importance of sleep, and making a plan to ensure sleep.</li> <li>• Breastfeeding: support the wish to breastfeed, if the medical treatment allows it, but breastfeeding should not take priority over sleep; if breastfeeding comes at the expense of sleep, breastfeeding cessation is recommended. In such cases, non-pharmacological lactation suppression is used initially. If needed, pharmacological lactation suppression can be used (see separate section on Dostinex treatment in this guideline).</li> </ul> |                                |
| <p>Offer postpartum stay, especially for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mother: observation for symptoms of depression, mania, or mixed state</li> <li>• Mother: sleep support</li> <li>• Mother &amp; child: breastfeeding establishment, mother-child relationship</li> <li>• Child: observation for possible withdrawal symptoms/medication influence</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | D                              |
| <p>Upon discharge, consider the need for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discharge meeting</li> <li>• Sick leave for the mother, so the father can take parental leave</li> <li>• Contraception</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | D                              |
| <b>Puerperal psychosis</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |
| Treatment of women with puerperal psychosis is a psychiatric specialist task, which requires hospitalization in a psychiatric department with regional function in treating pregnant and puerperal women with severe psychiatric disorders. If the woman is already connected to a psychiatric department with a main function, the continued handling can possibly be managed at the main function level, after agreement and advice from the regional function                                                                                                                                                                                                                | The specialist plan psychiatry |
| There is an indication for notification to the social services, for closer follow-up at home in the period after discharge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | D<br>The Danish child law 2024 |
| Psychiatric treatment of parents with infants should be carried out in close collaboration with child and adolescent psychiatry/pediatrics (infant psychiatry)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | The specialist plan psychiatry |
| <p>Regarding breastfeeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breastfeeding cessation is recommended, for rest and sleep stabilization</li> <li>• Non-pharmacological lactation suppression is the first choice, but pharmacological lactation suppression can be used if necessary (see Section on Dostinex treatment in this guideline).</li> <li>• If there is a strong desire to breastfeed, milk can be expressed to maintain milk</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   | D                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| production until the mother can be more present in contact with the baby.                                                                                                                                                                                                                                                |   |
| <p>Upon discharge/transfer to a psychiatric department, attention to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sick leave for the mother, so the partner can take parental leave</li> <li>• Notification to the social services for close social follow-up</li> <li>• Notification to the community nurse</li> </ul> | D |
| <b>Acute psychiatric conditions in pregnant and postpartum women</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |   |
| <b><i>Sleep Disorders</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |
| Sleep disorders should initially be managed non-pharmacologically                                                                                                                                                                                                                                                        | D |
| <p>If non-pharmacological measures are ineffective, pharmacological treatment can be used, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zolpidem 10 mg or zopiclone 7.5 mg for sleep onset difficulties</li> <li>• oxazepam 15 mg for sleep maintenance difficulties</li> </ul>                                 | D |
| Quetiapine is generally not used for patients without an underlying psychotic disorder. Exceptionally, quetiapine can be used after consultation with a psychiatrist                                                                                                                                                     | D |
| Melatonin should not be used during pregnancy or breastfeeding                                                                                                                                                                                                                                                           | D |
| <b><i>Delusions and hallucinations</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
| Psychotic symptoms postpartum can arise suddenly, with rapid development. Acute involvement of a psychiatrist is recommended                                                                                                                                                                                             | D |
| The safety of the woman and the baby should be assessed. The woman should not be alone with the baby when acute psychotic symptoms develop. She should be observed continuously, because of risk for suicide                                                                                                             | D |
| <b><i>Severe affective symptoms</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |
| Severe affective symptoms can debut suddenly postpartum, and treatment is a specialist task, requiring the involvement of a specialist in psychiatry                                                                                                                                                                     | D |
| <b><i>Acute anxiety and dissociative conditions</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |
| Anxiety attacks related to childbirth and the postpartum period are primarily managed by reassurance and non-pharmacological interventions. Alternatively, benzodiazepines (e.g., oxazepam 15 mg or diazepam 5 mg) can be considered for anxiety attacks                                                                 | D |
| Pharmacological treatment is not indicated for dissociation. After non-pharmacological management of anxiety symptoms, dissociation usually subsides                                                                                                                                                                     | D |
| It is recommended to offer a postpartum consultation with an obstetrician or a psychiatrist to women who have experienced severe anxiety or dissociation during childbirth                                                                                                                                               | D |
| <b><i>Functional Seizures - FDS (Functional Dissociative Seizures)/PNES (Psychogenic</i></b>                                                                                                                                                                                                                             |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Non-Epileptic Seizures</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |
| A seizure in a pregnant woman after 20 weeks of gestation should be managed as an eclamptic seizure until proven otherwise                                                                                                                                                                                                      | D |
| In cases of FDS (where eclampsia and epilepsy have been excluded), the situation is managed by being present, maintaining calm, and creating trust with the woman and her relatives that the situation is being handled appropriately                                                                                           | D |
| <b>Suicidal behavior and impulses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| If the patient is assessed to be at risk of suicide, ensure the safety of the woman (and the baby) and develop an action plan urgently in collaboration with a psychiatrist                                                                                                                                                     | D |
| <b>Self-harming behavior and impulses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |
| Signs of previous self-harm or knowledge of impulses to self-harm should be addressed in an empathetic, non-accusatory manner                                                                                                                                                                                                   | D |
| In the conversation, the woman can be helped by focusing on her alternative coping strategies for emotional regulation when the urge to self-harm arises                                                                                                                                                                        | D |
| If the woman has current thoughts or urges to self-harm, or signs of recent self-harm, it is relevant to refer to a psychiatrist                                                                                                                                                                                                | D |
| <b>When emergency psychiatric treatment/hospitalization is indicated</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |   |
| Local multidisciplinary workflows/collaboration agreements should be established between psychiatric and obstetric departments, to ensure closer collaboration in cases of acute psychiatric deterioration with coexisting obstetric complications and close to childbirth                                                      | D |
| <b>Risk of psychosis/worsening of mental condition with prescription of cabergoline (dostinex) or betamethasone (betapred) during pregnancy</b>                                                                                                                                                                                 |   |
| Generally, cabergoline is well-tolerated during treatment for stopping/inhibiting lactation. Most side effects are mild. Sparse data indicate that cabergoline treatment may possibly trigger psychotic/manic episodes in previously mentally healthy mothers or worsen psychotic symptoms in mothers with known mental illness | D |
| Generally, glucocorticoids like betamethasone can increase the risk of worsening psychiatric illness and psychosis, especially with high-dose treatment. There is no data on psychosis/worsening of mental illness in connection with short-term high-dose treatment of women with imminent preterm birth                       | D |
| For both medications, caution should be exercised in predisposed patients, weighing the benefits and risks before treatment                                                                                                                                                                                                     | D |
| <b>Stigmatization</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| 1. Use open language: Keep the tone respectful and ask open-ended questions                                                                                                                                                                                                                                                     | D |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Be open to the fact that mental disorders affect a wide range of people and can manifest in many different ways: take therefore the individual person you are dealing with as your starting point and be curious about their situation and needs</li> <li>3. Educate yourself and your staff: for example, 5 minutes at a morning conference on inclusive language, different diagnoses, or a dedicated symposium or educational conference</li> <li>4. Use "person-first" language: for example, say "person with schizophrenia" instead of "the person is schizophrenic"</li> <li>5. "Speak up" when you encounter stigmatizing behavior: Your colleagues may inadvertently contribute to stigmatization</li> <li>6. Help minimize self-stigmatization in your patient: What story does the person tell about themselves and their mental illness?</li> <li>7. Be aware that the patient's experience of stigmatization can have negative consequences for the treatment process (less likely to seek help and report symptoms/symptom worsening)</li> <li>8. Recognize that we all can have prejudices and try to acknowledge your own, as this is a prerequisite for counteracting them</li> <li>9. Be cautious about dismissing symptoms as psychiatric symptoms: research indicates that doctors in emergency departments can misinterpret somatic symptoms as signs of mental illness. The consequence can be delayed diagnosis and treatment</li> <li>10. Share good experiences among colleagues</li> </ol> |   |
| <b>General subjects on pregnancy complicated with mental illnesses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
| <b><i>Multidisciplinary team and collaboration</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
| It is recommended to gather the necessary expertise and skills around pregnant and postpartum women with psychosocial challenges in multidisciplinary teams, to qualify the treatment and the control for the target group                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D |
| <b><i>Notification to the social services</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |
| It should always be assessed whether there is a need for notification to the social services, in cases of severe mental illness during pregnancy or after childbirth, according to the mandatory reporting obligation for all involved professionals                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | D |
| <b><i>Prenatal attachment and the first mother-child contact in pregnancy complicated with mental illness</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |
| Pregnant women with a history of previous mental illness or with a mental illness in pregnancy, should be recommended supportive consultations with a midwife/psychotherapist, to help develop and support prenatal mother-child attachment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B |

|                                                                                                                                                                                                                                                            |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Women with mental illness who have just given birth should be supported in developing postnatal mother-child bonding, as this prevents insecure attachment development of the child                                                                        | D |
| <b><i>Effect of fetal ultrasound on prenatal attachment</i></b>                                                                                                                                                                                            |   |
| Fetal ultrasound scan in the third trimester should not be routinely performed for prenatal attachment in pregnant women with mental illness but can be considered for selected pregnant women with depression and anxiety, based on individual assessment | B |
| <b><i>Breastfeeding and sleep in the postpartum period complicated with mental illness</i></b>                                                                                                                                                             |   |
| Breastfeeding can be recommended for mothers known to have mental illness, after individual counseling, and considering possible use of medicine, which is not compatible with breastfeeding                                                               | B |
| Professional, individualized breastfeeding counseling is recommended for mothers and their relatives from pregnancy until the postpartum period, clarifying any contraindications for breastfeeding, the family's wishes, and needs                        | B |
| A clear plan for breastfeeding should be developed for the time after childbirth, involving relevant professionals (e.g., pharmacist, psychiatrist, pediatrician, obstetrician) as needed                                                                  | B |
| Special psychological and professional support is needed for those women wishing to stop breastfeeding, advising on non-medical and medical downregulation of milk production                                                                              | B |

## FORKORTELSER

|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| ACTH    | Adrenocorticotrophic hormone                    |
| ADHD:   | Attention Deficit Hyperactivity Disorder        |
| AED:    | Enzyminducerende antiepileptika                 |
| AFI:    | Amnion fluid index                              |
| ALSPAC: | Avon Longitudinal Study of Parents and Children |
| ALT:    | Alanine transaminase                            |
| AN:     | Anorexia Nervosa                                |
| aOR:    | Adjusted odds ratio                             |
| AST:    | Aspartate transferase                           |
| BN:     | Bulimia Nervosa                                 |
| BED:    | Binge Eating Disorder                           |

|              |                                                                                           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bp:          | Blodprøver                                                                                |
| Ca:          | Calcium                                                                                   |
| CI:          | Confidence interval                                                                       |
| COI:         | Conflict of interest                                                                      |
| CT:          | Computer Tomografi                                                                        |
| DPS:         | Dansk Psykiatrisk Selskab                                                                 |
| DSOG:        | Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi                                                 |
| DPS:         | Dansk Psykiatrisk Selskab                                                                 |
| EPDS:        | Edinburgh Postpartum Depression Scale                                                     |
| EKG:         | Elektrokardiogram                                                                         |
| ECT:         | Electroconvulsive treatment                                                               |
| EMA:         | European Medicines Agency                                                                 |
| FDS:         | Functional dissociative seizures                                                          |
| FT4:         | Free Thyroxine                                                                            |
| GA:          | Gestationsalder                                                                           |
| GDM:         | Gestationel diabetes mellitus                                                             |
| GTK:         | Generaliseret tonisk klonisk anfald                                                       |
| ICD:         | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems          |
| IUFD         | Intrauterin fosterdød                                                                     |
| IUGR:        | Intrauterine Growth Restriction                                                           |
| KRAM:        | Kost, Rygning, Alkohol, Motion                                                            |
| LBW:         | Low birth weight                                                                          |
| LGA:         | Large for gestational age                                                                 |
| LGBTQIA+     | Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Queer, Intersex, Asexual og (+) for alle andre        |
| Li:          | Lithium                                                                                   |
| MMBRACCE-UK: | Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK |
| MoBa:        | Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study                                           |
| MR:          | Magnetic resonans                                                                         |
| MAAS         | Maternal Antenatal Attachment Scale                                                       |

|                |                                                           |
|----------------|-----------------------------------------------------------|
| NBO:           | Newborn Behavioral Observations                           |
| NICE:          | National Institute for Health and Care Excellence         |
| OCD:           | Obsessive Compulsive Disorder                             |
| OR:            | Odds ratio                                                |
| PICO:          | Patient/population, intervention, comparison and outcomes |
| PNES:          | Psychogenic non-epileptic seizures                        |
| P-Li:          | Plasma Lithium                                            |
| POX-screening: | Saturations O2 screening                                  |
| P.P.:          | Post partum                                               |
| PPD:           | Postpartum depression                                     |
| PPH:           | Postpartum hemorrhage                                     |
| PTB:           | Preterm birth                                             |
| PTSD:          | Post-traumatic stress disorder                            |
| PVK:           | Perifert vene kateter                                     |
| SCOFF:         | Sick, Control, One, Fat, Food (screeningsværktøj)         |
| SGA:           | Small for Gestational Age                                 |
| SKS:           | Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem                    |
| SSRI:          | Selective serotonin reuptake inhibitor                    |
| SST:           | Sundhedsstyrelsen                                         |
| RDS:           | Respiratory Distress Syndrome                             |
| RR:            | Relativ risiko                                            |
| TCA:           | Tricyklic antidepressants                                 |
| TSH:           | Thyroid-stimulating hormone                               |
| UL:            | Ultralyd                                                  |
| WHO:           | World Health Organization                                 |

## INDLEDNING

### BAGGRUND

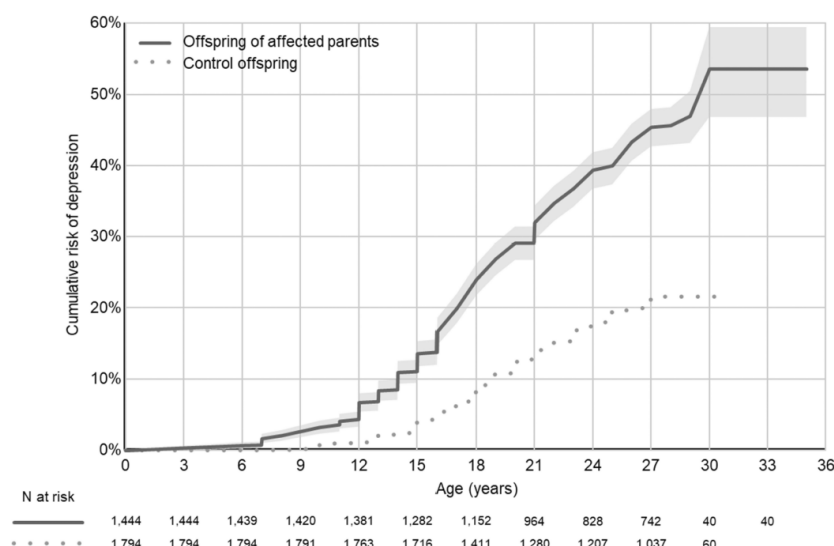
**Pennefører: Eleonora Cvetanovska**

Psykisk sygdom under graviditet og i barselsperioden ses med øget prævalens, med risiko for graviditetskomplikationer og psykisk forværring for denne patientgruppe. Derudover skaber den både

faglige og organisatoriske udfordringer for fagpersonalet, der følger disse kvinder. Patientforløbene er ofte komplekse, da de både involverer obstetriske, psykiatriske og sociale problemstillinger, hvilket kræver et klart overblik og et tæt tværfagligt samt tværsektorielt samarbejde (SST 2022).

Der er evidens for højere risiko for psykiske lidelser hos børn, der har forældre med psykisk sygdom (Uher 2023). Gravide og nybagte mødre med psykosociale udfordringer oplever ofte flere problemer i deres forløb og har større risiko for graviditetskomplikationer. Dette kan påvirke deres psykiske stabilitet og tilstand under graviditeten og i barselsperioden og give risiko for psykisk forværring. Tidlige tværfaglige og tværsektorielle indsatser, som allerede begynder prænatalt, kan forebygge den gravides psykiske forværring og graviditetskomplikationer, samt give børn i risikogruppen en bedre start på livet og eventuelt mindske eller forsinke deres risiko for psykisk lidelse senere i livet (RC PSYCH 2021).

## World Psychiatry, Metaanalysis Oct 2023, Uher et al



**Figure 4** Meta-analytic Kaplan-Meier curve summarizing the cumulative incidence of DSM/ICD depressive disorders in offspring of parents affected with those disorders (n=5) and control offspring (n=6). The shade in the curve represents 95% CI.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg (SST 2022, Afsnit om sårbare og socialt udsatte gravide) differentierer niveaudeling af svangreomsorgen, med henblik på tidlig opsporing af obstetriske, sociale og mentale risikofaktorer og iværksættelse af relevante og nødvendige indsatser og tilbud. Sårbare gravide (herunder på grund af psykisk sygdom) er vurderet til at tilhøre svangreomsorgens niveau 3 eller 4, der kræver tværfaglige og tværsektorielle indsatser. Med det formål at kvalificere indsatsen for målgruppen, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den nødvendige faglighed og ekspertise samles i tværfaglige teams.

Det er vigtigt at have kendskab til og opmærksomhed på, at gravide, tilhørende svangreomsorgsniveau 3 og 4, ofte føler sig stigmatiseret og dette kan forhindre dannelsen af relationer med patienterne, samt mindske compliance mht. opfølgning og behandling.

## Referencer

Royal College of Psychiatrists. Perinatal mental health services: Recommendations for the provision of services for childbearing women. September 2021

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg (SST 2022, Afsnit om sårbare og socialt udsatte gravide)

Uher R, Pavlova B et al. Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. World Psychiatry 2023; 22: 433-448

## DEFINITIONER

**En psykisk sygdom, også kendt som psykisk lidelse eller mentalt helbredsproblem**, henviser til en bred vifte af tilstande, som påvirker en persons tankegang, følelser, adfærd eller sociale interaktion. Disse tilstande kan variere i sværhedsgrad, varighed og påvirkning af en persons evne til at fungere i hverdagen.

**Gravide med psykosocial belastning:** Kvinder med psykiske lidelser og/eller social udsathed og sårbarhed, hvor det vurderes, at der er behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats.

**Svangreomsorg niveau 3:** et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper end de, der arbejder inden for svangreomsorgen i regionen. For gravide med komplicerede somatiske eller psykiske lidelser kan det dreje sig om behandling på specialiserede afdelinger.

**Svangreomsorg niveau 4:** tilbud, der indebærer samarbejde med specialiserede institutioner, fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud, dvs. ydelser på højt specialiseret niveau. De kommende forældre indplaceres på dette niveau, når der er tale om særligt komplicerede problemstillinger, fx skadende forbrug af alkohol, rusmidler eller afhængighedsskabende medicin, svære psykiske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem forældre og barn og varetagelse af barnets tarv.

## AFGRÆNSNING AF EMNET

Dette er en revision af guideline Sårbare gravide fra 2014, der beskriver mange problemstillinger af både psykiatrisk og social karakter.

Vi har valgt at udarbejde en mere fokuseret guideline, hvor vi prioriterer de hyppigste psykiske sygdomme, med risiko for udvikling af postpartum depression, samt sygdomme med en risiko for svær psykisk forværring under graviditet og i barselsperiode.

Vi fokuserer således på gravide med depression, angst, OCD, spiseforstyrrelse, bipolar affektiv sindslidelse, skizofreni samt puerperal psykose.

Derudover har vi valgt at tilføje et kapitel om akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende, med anbefalinger for håndtering samt et kapitel om stigmatisering - emner vi synes mangler i den kliniske hverdag.

Guideline er således delt i separate emner, med forsøg på at give bedre overblik, men samtidig også opsummeret forslag for tværfaglig opfølgning og anbefalinger.

Vi har kun kort berørt opsporing af postpartum depression, da lokale arbejdsgange omkring dette er forskellige. Vi henviser til redegørelse og anbefalinger fra SST om opsporing af postpartum depression <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Forebyggende-sundhedsydelse/Foedselsdepression>

Følgende emner indgår ikke i denne guideline, om end de berøres, hvor det skønnes relevant:

- Målgruppen til Familieambulatorie (DSOG guideline Familieambulatorie)
- Psykofarmaka under graviditet og amning (Tværfaglig klinisk retningslinje Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende 2022; DSOG og dpsnet.dk)
- Gravide med minoritetsetnisk baggrund
- PTSD
- Socialt belastede forløb
- Unge gravide
- ADHD
- Personlighedsforstyrrelser
- Udviklingshæmning, Aspergers, andre handicaps
- Vold og overgreb
- Traumatisering i forbindelse med fødsel
- Fødselsangst

**Vi henviser til eksisterende relevante instrukser og guidelines, samt anbefaler at der overvejes udarbejdelse af separate guidelines, på grund af vigtige og omfattende emner, der fortjener dette.**

## LITTERATUR SØGNINGSMETODE

**Litteratursøgning afsluttet dato:** 30/10/2024

**Databaser der er søgt i:** Pubmed, UpToDate, NICE guideline, Medline journals, Krydsreferencer

**Der er søgt inspiration i:** COPE guidelinen (Den australske nationale guideline fra 2023), Guideline Perinatal mental health services (Royal College of Psychiatrists UK, 2021), Guideline Management of Women with mental health issues during pregnancy and the postnatal period (RCOG 2011), Undervisningsmateriale fra kompetencecenter for amning (Sundhedsstyrelsen), officielle vejledning fra sundhedsstyrelsen: Amning – Håndbog for Sundhedspersonale (2023)

Afsnittet om akutte psykiatriske tilstande i obstetrikken bygger ikke på en systematisk litteratursøgning: Der er taget udgangspunkt i allerede gældende retningslinjer og vejledning fra Sundhedsstyrelsen, Rationel Farmakoterapi, Dansk Neurologisk Selskab, VIP-portalen Region Hovedstaden ([vip.regionh.dk](http://vip.regionh.dk)), [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk) og [www.fagperson.psykiatrien.rm.dk](http://www.fagperson.psykiatrien.rm.dk). Som baggrundsviden er anvendt "Psykiatri - En lærebog i voksnes psykiske sygdomme" af Videbech et al. og derudover på Pubmed fundet relevante artikler med fokus på praktisk håndtering.

### Søgetermer:

Anxiety, pregnancy, puerperium, postpartum, perinatal, antenatal, fetal growth retardation, small for gestational age, intrauterin growth restriction, adverse birth outcomes, adverse neonatal outcomes

Maternal mental health, perinatal psychiatry

Psychosis AND pregnancy

"ObsessiveCompulsive Disorder"[Mesh] OR OCD[TIAB] OR Obsessive[TIAB] compulsive[TIAB] disorder[TIAB] AND "Pregnancy"[Mesh] OR Pregnancy[TIAB] OR "Pregnancy Complications"[Mesh]

"postpartum sleep problems", "postpartum insomnia", "puerperal psychosis", "postpartum psychosis", "dissociation childbirth"

((("mental disorders"[Majr] OR "Depressive Disorder"[Majr] OR "Depressive Disorder"[Title/Abstract] OR "Depression"[Title/Abstract] OR "Unipolar Depression"[Title/Abstract] OR "Anxiety"[Majr] OR "Anxiety"[Title/Abstract] OR "Anxiety Disorders"[Majr] OR "Anxiety Disorder\*"[Title/Abstract] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Majr] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Title/Abstract] OR PTSD[Title/Abstract]) AND ("Social Stigma"[Majr] OR "discrimination, psychological"[MeSH Terms] OR stigma\*[Title/Abstract] OR discrim\*[Title/Abstract])) AND ((parturition[Title/Abstract] OR birth[Title/Abstract]) OR ("Pregnancy"[Majr] OR "parturition"[Majr] OR pregnan\*[Title/Abstract]))

Mental health and antenatal and bonding and Prenatal Attachment

Lactation, psychiatric disorders, depression, anxiety, psychosis, schizophrenia, eating disorder, anorexia, sleep, insomnia, breastfeeding

**Tidsperiode:** Sidste 10 år

**Sprogområde:** Engelsk og Dansk

**Litteratursøgning for Lithium behandling og neonatal morbiditet er beskrevet i Appendiks 2.**

## EVIDENSGRADERING

Det har ikke været muligt konsekvent at evidensgradere alle afsnit i denne guideline, da der er tale om emner, der ofte ikke er undersøgt med randomiserede studier eller metaanalyser, og hvor anbefalingerne er baseret på ekspert udtalelser og deskriptive kliniske retningslinjer. Evidensen for emner om psykosocial belastning og psykisk sygdom i graviditeten er vanskelig at søge vha. strukturerede søgninger såsom PICO.

Der er ikke mange studier omkring obstetriske vinkler for håndtering og behandling af akutte psykiske symptomer. Der er derfor i udarbejdelsen af kapitlet "Akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende" ikke gennemført evidensgradering og de kliniske rekommandationer bygger på konsensus og ekspertanbefalinger.

Vi har i gruppen besluttet at anvende evidensgradering og angive anbefalingsstyrke der, hvor det har været muligt og givet mening.

Når der er gennemført evidensgradering, har Oxford modellen været anvendt.

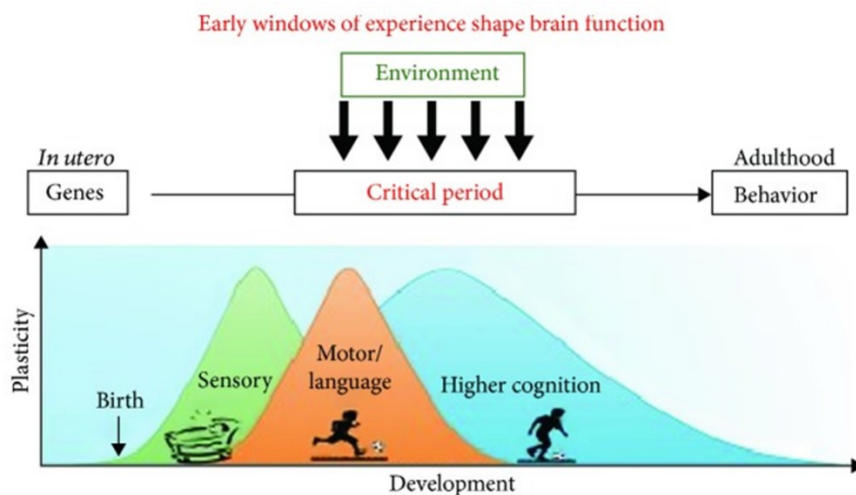
# FORÆLDREROLLEN OG KONSEKVENSER FOR SMÅ BØRN I FAMILIER MED PSYKISK SYGDOM

**Pennefører: Anne A.E. Thorup**

| Kliniske rekommandationer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Styrke |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se på hele familien, og på både risikofaktorer og ressourcer</li> <li>Undervis i barnets udviklingspotentiale og i de basale behov for stimulation, struktur og støtte, som sund udvikling kræver</li> <li>Anerkend forælderen og se ikke kun på den psykiske sygdom – det kan tage tid for en familie at blive motiveret til at tage imod hjælp</li> <li>Henvis familien til relevante tilbud</li> </ul> | D      |

## Det lille barns udvikling og behov

Det lille barns udvikling, både fysisk og mentalt, er fuldstændig afhængig af, at barnet får en følelsesmæssigt afstemt og alderstilpassede form for støtte, stimulation og omsorg helt fra starten og op gennem hele opvæksten. Barnets utrolige udviklingspotentiale kan kun foldes ud, hvis de rette omstændigheder er til stede. De hjernestrukturer og alle de neurologiske forbindelser, som i den tidlige barndom skal skabes mellem hjernecellerne og de forskellige hjerneområder, kan kun blive etableret, når hjernen får afstemt og meningsfuldt input, som fremmer og understøtter denne udvikling. Kun de nerveforbindelser, som bruges og trænes, bliver veletablerede og stærke (Bick 2017; Bick 2016).



Model for barnets udviklingspotentiale og afhængighed af input fra omgivelserne (fra Center for the Developing Child, Harvard University)

Forældrenes evne til at tage vare på barnets behov, til at aflæse og oversætte barnets signaler og tilbyde omsorg og stimulation i overensstemmelse med det, har derfor afgørende indflydelse på barnets

psykologiske, kognitive, motoriske og sociale udvikling. Derfor har det også meget stor betydning at forældre let kan få adgang til støtte og vejledning til at være forælder, når de har brug for det. Dette kan være gennem forældretræningskurser, sundhedsplejerske-vejledning eller andre kommunale indsatser, som støtter forældrene i at arbejde med forståelse for barnets signaler, behov og udviklingspotentiale. Samtidig grundlægges barnets sociale kompetencer og tilknytningsadfærden i de nære relationer til andre mennesker i de første leveår, og også her har forældre og andre omsorgspersoners indsats og nærvær en fuldstændig afgørende rolle for sund og positiv udvikling hos barnet. Man kan med andre ord ikke se på et barn uden at se på de nærmeste omsorgspersoner og det omgivende miljø som et sammenhængende system (Branchi 2014).



Fra Triple P, Positive Parenting Program, figuren viser hvordan barnets mentale helbred og udvikling er afhængig af forældrerens mulighed for at løfte forældreopgaverne, som igen er afhængig af forældrerens mentale helbred og overskud. Samtidig fremgår det at alle familier har både ressourcer og risikofaktorer omkring sig.

### Hvordan påvirker psykisk sygdom forældrerollen?

Selvom det for de fleste forældre er en stor glæde at få et barn, er det også ofte en overvældende og krævende eller belastende livsændring. Hvis en af forældrene samtidig er ramt af en psykisk sygdom, er risikoen for, at de negative følelser og oplevelser tager overhånd stor. Der er i vores tid og kultur en idealisering af forældreskabet og dét at få børn og være familie, hvilket kan gøre det svært at erkende og acceptere, at man som forælder også kan have negative følelser i forældreskabet. Samtidig er det at være ramt af psykisk sygdom og være forælder desværre stadig forbundet med stigmatisering og tabuisering, både fra omgivelser og fra forælderen selv. Dette kan forstærke isolation, stress og selvkritik hos den forælder, som er ramt af psykisk sygdom og hos den anden forælder (Blegen 2010).

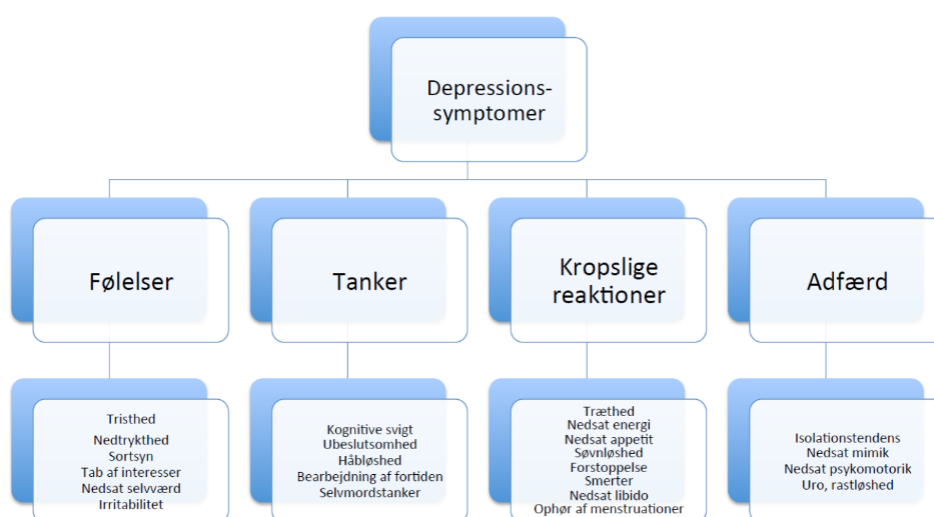
Mange forældre føler sig usikre i forældrerollen og har samtidig svært ved at række ud til mulige ressourcer enten i deres eget netværk eller i kommune eller samfund, selvom der måske er relevante og tilgængelige støttemuligheder.

Negative følelser ifm. at være forælder og usikkerhed på, om man gør det godt nok, kan påvirke relationen til barnet, og nedsætte evnen til at tilbyde stimulation og støtte, som fremmer barnets udvikling og lysten og overskuddet til at være sammen med barnet i det hele taget.

For at imødekomme det lille barns behov skal man som forælder kunne udsætte sine egne følelser og impulser, kunne opfange og tolke de signaler, der kommer fra barnet og være i stand til at handle relevant ift. sin viden om barnets udvikling og behov. Dette kaldes også *refleksiv funktion og mentaliseringsevne* – at erkende og kunne reflektere over egne motiver, følelser og behov og samtidig rumme at andre mennesker har andre motiver, følelser og behov, som de handler ud fra.

Mentaliseringsevnen er helt central for det gode forældreskab og er samtidig ofte ramt, når man har mange symptomer på psykisk sygdom (Sharp 2008).

**Affektive symptomer:** Depression ifm. en fødsel er blandt de hyppigste tilstande og udgør samtidig en betydelig risiko for barnets psykologiske udvikling. Børn, hvis primære omsorgsperson har en moderat depression, udvikler ofte såkaldt '*social tilbagetrækning*' og bliver indadvendte, resignerede og trækker sig fra kontakt og interaktion med voksne, hvilket er tegn på begyndende og alvorlig fejludvikling i det første leveår. Deprimerede forældre har oftere negative forestillinger om barnet og udviser mindre varme og positiv stimulation (Aktar 2019).



Model for symptomer på depression og hvordan de påvirker mange af de færdigheder og egenskaber man bruger, når man er forælder (fra Poul Videbech).

**Angstsymptomer** er meget hyppigt forekommende komorbide symptomer ifm. de fleste psykiatriske tilstande, men kan også udgøre et selvstændigt sygdomsbillede. Angst hos en voksen medfører ofte stress, usikkerhed, nervøsitet, rastløshed og nedsat eksekutive funktioner, dvs. besvær med planlægning og organisering af opgaver og aktiviteter, problemer med at holde overblik og med at være nærværende overfor barnet. Desuden er der risiko for at forælderen overfører sin ængstelighed og bekymring til barnet og begrænser barnets udfoldelsesmuligheder, så barnet selv kan udvikle angst i barndommen.

**Psykose og mani** er blandt de alvorligste psykiatriske tilstande og vil altid påvirke miljøet omkring barnet. Forældre, som er i akut psykotiske- eller maniske faser, har deres egen, private opfattelser af virkeligheden og deres tanker og følelser er som regel fuldstændigt optagede af indre forestillinger og

obsessioner. Forælderenes mentaliseringsevne er nedsat og forælderen er derfor mindre responsiv og interesseret i barnet, hvorfor barnet er i fare for ikke at få den omsorg, sensitive opmærksomhed og stimulation, som det har brug for. Barnets motoriske, kognitive, sproglige og sociale udvikling kan være truet og den trygge tilknytning kan ikke etableres, hvis forælderen er meget emotionelt ustabil eller utilgængelig (mentalt eller fysisk) for barnet (Wan 2008).

For alle psykiatriske tilstande gælder desuden, at forælderenes kognitive funktioner er påvirkede, så det ofte er sværere at huske, at koncentrere- og formulere sig, at finde løsninger på diverse problemer, være fleksibel osv. Mange psykiatriske tilstande påvirker også søvn og appetit. Misbrug kan blive en form for selvbehandling.

### Hvordan påvirker psykisk sygdom hos en forælder familielivet?

Psykisk sygdom skal forstås i et dynamisk perspektiv, dvs. at det kliniske billede, omfanget af symptomer og påvirkning af daglig funktion ændrer sig over tid. Psykiske problemer varierer i intensitet og symptomer, komorbiditet og bivirkninger kan have mange forskellige udtryk og påvirke den, som er ramt, på mange måder. Perioder med mange symptomer kan blive afløst af symptomfri perioder, og mange bliver raske på et tidspunkt. Det er dog vigtigt at bemærke at graviditet, fødsel og efterfødselsperiode generelt er en periode med øget risiko for opblussen eller forværring af tidligere psykisk sygdom, dels pga. de hormonelle forandringer og dels pga. de psykologiske og eksistentielle skift, hvorfor familier med psykisk sygdom hos den ene forælder er ekstra sårbare i denne vigtige tid (Stein 2014).

Mange symptomer er transdiagnostiske og påvirker hverdagen og familielivet og relation til partneren og andre børn i familien meget. Det er f.eks. **kognitive vanskeligheder** som hukommelsesbesvær, ubeslutsomhed og koncentrationsbesvær og vanskeligheder med de eksekutive funktioner som giver sig udslag i problemer med planlægning, overblik og strukturering af aktiviteter og følelsesregulering.

### De eksekutive funktioner



Familielivet og hverdagen kan derfor blive præget af højt stressniveau, hyppige konflikter, manglende sammenhæng og struktur, forudsigelighed og rutiner især i de perioder, hvor den psykiske sygdom fylder meget. Det kan være svært at få de beskyttende faktorer eller tilgængelige ressourcer i spil, så stemning og hverdag bliver overvejende positiv (Harries 2023). Det er f.eks. ofte svært for familien at finde overskud til at lave aktiviteter sammen, at få rutiner til at fungere, og svært at tage vare på basale behov som mad, søvn, hygiejne og behandling af den psykiske sygdom (Barrett 2024). Familien kan blive dysfunktionel med uklare roller og utydelig, aggressiv eller grænseløs kommunikation, og risiko for brud. Derfor er der også en øget risiko for at det lille barn bliver udsat for tidlige traumer og alvorlige belastende livsbegivenheder (early childhood trauma) som fx at være vidne til vold i hjemmet, stof- eller alkoholmisbrug hos omsorgspersoner, neglect, omsorgssvigt og isolation, fysisk afstraffelse eller overgreb mm, hvilket alt i alt øger barnets risiko for selv at blive ramt af psykisk sygdom som barn, ung eller voksen Hambrick (2019).

**Assortative mating:** Forskning viser at hospitalspersonale ofte har store forventninger til 'den raske forælder' som en ressource, der kan sikre familiens opretholdelse og funktion, når den anden forælder er syg. Den raske forælder gør en stor indsats for at støtte den forælder, som har en psykisk sygdom og prøver samtidig få familielivet og hverdagen til at fungere. Det er dog veldokumenteret, at den anden forælder oftere end statistisk forventet selv er belastet af psykiske symptomer eller mentale helbredsproblemer, såkaldt assortative mating. Derfor er det vigtigt altid også at have øje for, hvordan den anden forælder fungerer og har det, når (typisk) moderen er ramt af psykisk sygdom, samtidig med at hun bliver mor til et lille barn (Greve 2021; Post 2020).

---

## REFERENCER

- Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P.J., Tollenaar, M.S., Elzinga, B.M., and Bogels, S.M. (2019). Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents With Perinatal Mental Disorders: Earliest Influences. *Front Psychiatry* 10, 391. 10.3389/fpsyt.2019.00391.
- Barrett, S., Muir, C., Burns, S., Adjei, N., Forman, J., Hackett, S., Hirve, R., Kaner, E., Lynch, R., Taylor-Robinson, D., et al. (2024). Interventions to Reduce Parental Substance Use, Domestic Violence and Mental Health Problems, and Their Impacts Upon Children's Well-Being: A Systematic Review of Reviews and Evidence Mapping. *Trauma, Violence, & Abuse* 25, 393-412. 10.1177/15248380231153867.
- Bick, J., and Nelson, C.A. (2017). Early experience and brain development. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 8. 10.1002/wcs.1387.
- Bick, J., and Nelson, C.A. (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology* 41, 177-196. 10.1038/npp.2015.252.
- Blegen, N.E., Hummelvoll, J.K., and Severinsson, E. (2010). Mothers with mental health problems: a systematic review. *Nurs. Health Sci* 12, 519-528. 10.1111/j.1442-2018.2010.00550.x [doi].
- Branchi, I., and Cirulli, F. (2014). Early experiences: building up the tools to face the challenges of adult life. *Dev Psychobiol* 56, 1661-1674. 10.1002/dev.21235.
- Greve AN, Uher R et al. A nationwide cohort study of nonrandom mating in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Bull.* 2021 Aug 21; 47 (5): 1342-1350

Hambrick, E.P., Brawner, T.W., and Perry, B.D. (2019). Timing of Early-Life Stress and the Development of Brain-Related Capacities. *Front Behav Neurosci* 13, 183. 10.3389/fnbeh.2019.00183.

Harries, C.I., Smith, D.M., Gregg, L., and Wittkowski, A. (2023). Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 26, 303-342. 10.1007/s10567-023-00427-6.

Post RM, Altshuler LL et al. More assortative mating in US compared to European parents and spouses of patients with bipolar disorder: implications for psychiatric illness in the offspring. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Volume 270, pages 237-245 (2020)

Sharp, C., and Fonagy, P. (2008). The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Social Development* 17, 737-754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>.

Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., and Pariante, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 384, 1800-1819. 10.1016/s0140-6736(14)61277-0.

Wan, M.W., Abel, K.M., and Green, J. (2008). The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: a developmental psychopathology model. *Clin. Psychol. Rev* 28, 613-637.

## SAMARBEJDE MELLEM OBSTETRIK OG PSYKIATRI

**Pennefører: Eleonora Cvetanovska**

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>Styrke</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Der bør overvejes etablering af subspecialet perinatal psykiatri, med henblik på udvidelse af samarbejdet mellem obstetrik og psykiatri, og forbedring af behandling og støtte for gravide og barslende med psykisk sygdom, både i ambulante og indlagte forløb | D             |

Tværfagligt samarbejde omkring behandling og opfølgning af gravide og barslende kvinder med psykisk sygdom er et vigtigt emne. Der er behov for mere optimal organisering af faglige kontakter og kommunikation mellem obstetrik og psykiatri, især ved akut psykisk forværring og behov for indlæggelse. Derudover er der behov for at kende samarbejdspartnere ved henvisning til ambulant opfølgning.

Da de psykiatriske samarbejdspartnere ofte er adskilt geografisk fra de obstetriske afdelinger, kan der forekomme organisatoriske udfordringer ved henvisninger til ambulant udredning, samt ved behov for akut psykiatrisk tilsyn. Derudover kan der opstå udfordrende situationer, såsom en akut psykisk forværring tæt på fødsel, hvor det kan være svært at organisere relevante og sufficente behandling og observation, da psykiatrisk ekspertise ikke er til stede med kort varsel.

Der er behov for kendskab til forskellige psykiske sygdomme i graviditets- og barselsforløb, deres symptomer, udvikling og risiko for forværring, samt anbefalinger for og erfaringer med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (Rodriguez-Cabezas og Crystal 2018).

Eksisterende erfaringer fra det kliniske arbejde viser, at der er stort behov for at udarbejde anbefalinger for håndtering af akut psykisk forværring under graviditet og i barselsperioden; en slags "akutte

psykiatriske redskaber for obstetrikere", der kan hjælpe i at danne overblik, samt at initiere hurtige vurderinger og hjælp i disse udfordrende situationer, når psykiatrisk ekspertise ikke hurtigt kan være til stede.

I mange andre lande findes subspecialt perinatal psykiatri, som fokuserer på behandling og støtte til kvinder med psykiske lidelser, der komplicerer graviditet og barselsperioden (indenfor det første år efter fødslen). Dette subspecialt er opstået som resultat af den internationale erkendelse af, at psykiske lidelser hos gravide og nybagte mødre bør håndteres som en særskilt del af både obstetrikken og psykiatrien (Hoffman og Wisner 2017). Det er påvist, at et øget fokus på samarbejde mellem obstetrik og psykiatri samt specialiserede indlæggelsesmuligheder på mor-barn centre, hvor psykiatrisk behandling tilbydes, har en positiv effekt på at reducere morbiditet og mortalitet blandt mødre med psykisk sygdom. (Henshaw et al. 2017).

Erfaringerne fra andre lande omkring perinatal psykiatri kan være værdifulde i diskussioner med sundhedspolitikere om, hvordan tværfagligt samarbejde mellem psykiatri og obstetrik kan udvides og forbedres.

---

## REFERENCER

Henshaw, C, Cox, J, Barton, J (2017) Modern management of perinatal psychiatric disorders (2nd edition) RCPsych Publications (Foreword by Dr Margaret Oates OBE)

Hoffman MC, Wisner KL Psychiatry and obstetrics: An imperative for collaboration. Am J Psychiatry 2017 March 01; 174 (3): 205-207

Rodriguez-Cabezas L, Crystal C. Psychiatric emergencies in pregnancy and post partum. Clin Obstet Gynecol 2018 Sep; 61(3): 615-627

## HYPPIGSTE PSYKISKE LIDELSER HOS GRAVIDE OG BARSLENDE

**Penneførere (tovholder er fremhævet):** Stine Søgaard Andersen, Eleonora Cvetanovska, Vibe Gedsø Frøkjær, **Emma Sofie Hoegsted**, Stinne Høgh, Fanny Elisabet Håkansson Jensen, Julia Kilian, Veronica Tovar Poulsen, Annika Læbo Rasmussen

### SKS-koder / ICD-10 diagnoser

**I henhold til DSOG kodevejledning sættes diagnosen O993B kun på, når en patient er i medicinsk behandling eller har en diagnose stillet af psykiater eller klinisk uddannet psykolog (specialpsykolog).**

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom

+ DF 0993B Depressiv tilstand

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga. tidligere psykisk sygdom

+ DF 0993B Depressiv tilstand

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom

+ DF 419 Angst

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga. tidligere psykisk sygdom

+ DF 419 Angst

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom

+ DF429 Obsessiv-kompulsiv tilstand

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga. tidligere psykisk sygdom

+ DF429 Obsessiv-kompulsiv tilstand

## DEPRESSION

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                       | <b>Evidensgrad</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Depression under graviditet er ikke selvstændigt forbundet med intrauterin væksthæmning                                                        | 2a                 |
| Der er let øget risiko for præterm fødsel hos gravide med depression                                                                           | 2a                 |
| Depression under graviditet øger i sig selv ikke risikoen for intrauterin fosterdød                                                            | 2a                 |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                               | <b>Styrke</b>      |
| Depression giver ikke selvstændigt anledning til tilvækstscanninger, men kan overvejes som led i tilknytningsstøtte efter individuel vurdering | B                  |
| Depression under graviditet bør ikke selvstændigt give anledning til rutinemæssig kontrol for præterm fødsel                                   | B                  |
| Der bør sikres at kvinden modtager relevant behandlingstilbud for depression                                                                   | D                  |

## BAGGRUND

I DSM-V defineres perinatal depression som opstået i graviditet og op til fire uger efter fødslen (DSM-V, 2022). Klinisk anvendes WHO's definition dog oftere, og definerer postpartum depression med debut op til 12 måneder efter fødslen (Howard 2014, WHO 2024). Depression under graviditet og post partum kan optræde alene eller sammen med en angsttilstand. Ætiologien bag udviklingen af prænatal og postpartum depression er multifaktoriel, bestående af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

## EPIDEMIOLOGI OG DEBUT AF SYMPTOMER

Depression i relation til graviditeten påvirker 1 ud af 10 kvinder, og 1 ud af 7 kvinder efter fødslen (Woody et al, 2017). Forekomsten er meget afhængigt af sundhedsvæsenets tilbud og tallene er lavere i Danmark. Et amerikansk studie fandt at 33 % med depression i relation til graviditet og fødsel udvikler symptomer i graviditeten, 40 % efter fødslen og 27 % før graviditeten (Wisner 2013). Et dansk registerstudie viser risikoen for psykiatrisk indlæggelse med alvorlige symptomer, som øget selvmordsrisiko eller svære psykotiske symptomer, at være størst for førstegangsmødre i de første 2-3 uger post partum (RR 7.31, 95 % CI 5.44-9.81) (Munk-Olsen 2006).

## RISIKOFAKTORER

Der er mange kendte risikofaktorer for udvikling af perinatal depression (Woody 2017, Biaggi 2016, Berg 2021, Gastaldon 2022, WHO 2024). I et nyligt stort svensk studie med en kohorte af 142.064 gravide kvinder fandt man, at familiær disposition var den mest potente risikofaktor for postpartum depression. Dernæst var historik med tidligere depressiv episode (Zacher Kjeldsen 2024).

Af de gravide der udviklede postpartum depression havde:

- 23,4 % ingen psykiatrisk historik
- 47,4 % familiær disposition
- 6,0 % tidligere depressiv episode
- 23,2 % både familiær disposition og tidligere depressiv episode

| Generelle risikofaktorer                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Udsættelse for vold eller seksuelt misbrug i barndom eller voksenliv<br>Historik med tidligere depressiv episode eller angst<br>Præmenstruelt syndrom<br>Nylige/aktuelle stressfulde episoder<br>Manglende støtte fra partner<br>Social isolation, overførselsindkomst<br>Ung alder<br>Usund kost og manglende fysisk aktivitet |                                                                       |
| Risikofaktorer i relation til graviditet                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Risikofaktorer i relation til fødslen og postpartum perioden          |
| Uplanlagt graviditet<br>Tegn på manglende prænatal tilknytning<br>Angst under graviditeten<br>Graviditets komplikationer<br>Indlæggelse under graviditeten<br>Lavt hæmoglobin                                                                                                                                                   | Traumatisk fødselsoplevelse<br>Præterm fødsel<br>Problemer med amning |

---

## PRÆKONCEPTIONEL RÅDGIVNING

Det anbefales at være psykisk stabil før en planlagt graviditet. Hvis kvinden er i antidepressiv behandling, skal det sikres, at medicinen er forenelig med graviditet og evt. amning. Seponering af behandlingen bør, hvis behandling fortsat er velindiceret, ikke være et alternativ. Hos hovedparten af mødre, der stopper SSRI-behandling af frygt for at skade barnet, ses både psykiske og fysiske symptomer, og der er øget risiko for tilbagefald af depression ved seponering, sammenlignet med fortsat behandling.

Ved ønske om graviditet bør egen læge henvise til prækonceptionel rådgivning hos psykiater, herunder mhp. justering af medicin.

---

## SYMPTOMER

Symptomer følger vanlige ICD-10 kriterier og involverer vedvarende nedtrykt humør, nedsat energi, manglende interesse, motivation og adgang til glæde samt lavt selvværd over minimum to uger. Hos mange er fremtrædende symptomer også ændringer i søvn- og spisemønstre, angst, skyldfølelse, selvbebrejdelse, vanskeligheder ved tilknytningen med barnet, samt følelse af håbløshed og manglende værdi (Liu 2022). Kvinder kan være mere tilbageholdende med at dele negative følelser, da der er en forventning både fra kvinden og andre, om en glædesfyldt periode (Marcus 2009), hvilket kan være en af faktorerne, der spiller ind i at omkring 50 % af tilfældene bliver aldrig diagnosticeret (Valdes et al, 2023).

---

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

### **Postpartum blues:**

Milde og midlertidige symptomer med påvirket humør, grådlabilitet og irritabilitet, som ofte er mest udtalte på dag 4 post partum og remitterer spontant indenfor max to uger (Marcus et al, 2008).

### **Hyper- og hypothyreose**

Hypothyreose kan vise sig med symptomer i form af træthed, lav energi, nedsat humør, koncentrationsbesvær, vægtøgning og nedsat interesse for dagligdagsaktiviteter.

Hyperthyreose kan vise sig med symptomer i form af irritabilitet, nervøsitet, træthed, søvnbesvær, humørsvingninger, vægttab og appetitændringer, som kan ligne depressive symptomer.

### **Peripartum psykose:**

Opstår vanligvis kort tid efter fødslen, oftest indenfor få uger, men kan også optræde senere. Psykoser i postpartum perioden er hyppigt relateret til bipolar affektiv lidelse. Kan vise sig ved svær mani, svær depression og akut psykose. Ofte optræder psykotiske symptomer tidligt i forløb og der ses hurtig udvikling med udtalte symptomer.

Peripartum psykose eksisterer endnu ikke som selvstændig diagnose i psykiatrisk klassifikation, men er under udarbejdelse.

### **Organisk betinget psykose/delir:**

Kan optræde i relation til blodtab, søvndeprivation, smerter og svær infektion. Symptomer er i form af reduceret klarhed/opmærksomhed, nedsat evne til at fokusere, desorientering, sprogforstyrrelser, hallucinationer, flygtige vrangforestillinger og illusioner.

### Bipolar affektiv sindslidelse:

Patienter med depression skal altid udspørges om eventuelle tidligere maniske symptomer, som udtryk for, at patienten lider af bipolar affektiv lidelse med aktuell depressiv episode. Ca. 15-20% af patienter med depressiv lidelse udvikler på et senere tidspunkt bipolar affektiv lidelse.

Spørg desuden om:

- bipolar affektiv lidelse i familien
- patienten har haft mere end 3 depressioner
- tidlig debut af symptomer (< 25 år gammel)
- udvikling af hypomani ved behandling med antidepressiv medicin
- tidligere postpartum depression
- tidligere angstlidelse, tidligere ADHD

Idet alle disse forhold kan pege mod bipolar affektiv sindslidelse.

---

## SCREENING

Screening for postpartum depression foretages ved hjælp af Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). EPDS er endnu ikke valideret i Danmark for anvendelse under graviditet, men er valideret i flere andre europæiske lande til gravide, og må derfor antages at være valid. EPDS kan endvidere bruges til at screene for angst. EPDS består af 10 spørgsmål, og der udregnes en score på mellem 0 og 30 point.

**Score 11 eller højere** er fundet som optimal cut-off score for depression hos gravide og barslende kvinder og bør lede til videre udredning (Smith-Nielsen 2018; Levis 2020). EPDS er sensitivt men har lav specificitet, hvorfor der bør kombineres med yderligere udredning.

Link til EPDS-skema:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/edinburgh-postnatale-depressionsscore/>

| Anbefaling om screening fra internationale guidelines |                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACOG (USA)</b>                                     | Anbefaler screening af alle gravide, angiver ikke tidspunkt                                          |
| <b>NICE (UK)</b>                                      | Anbefaler screening af alle gravide, angiver ikke tidspunkt                                          |
| <b>WHO</b>                                            | Anbefaler screening af alle gravide, angiver ikke tidspunkt                                          |
| <b>COPE (AUS)</b>                                     | Anbefaler screening af alle gravide ved første prænatale besøg, omkring GA 30 og 6 uger post partum. |

---

## PSYKIATRISKE RISICI HOS GRAVIDE OG BARSLENDE MED DEPRESSION

Hvis kvinder med perinatal depression ikke får sufficient behandling, kan det potentielt påvirke forælders evner og øge risiko for forsinket emotionel, sproglig, intellektuel og motoriske udvikling hos barnet på langt sigt (Stein 2014).

Et australsk studie har vist at symptomerne kan vedvare fire år post partum hos én ud af elleve kvinder (Giallo 2017), og 6-7 år post partum hos én ud af seks kvinder (Giallo 2014). I de sværeste tilfælde er der risiko for selvmord, som er den ledende årsag til maternel død post partum (mellem 6 uger og 1 år efter afslutning af graviditet) (Knight 2023; MBRRACE-UK 2023).

Søvndeprivation er en særlig risikofaktor for udvikling af depression og psykoser.

Tanker omkring selvmord påvirker 20 % af kvinder med symptomer på prænatal og postpartum depression (Wisner 2013). Selvmord er en reel trussel for den svært deprimerede og ofte psykotiske patient. Ved svær depression kan der også ofte opstå psykotiske symptomer, som i høj grad disponerer til suicidalitet. Dette kan være tanker om overdreven skyld, f.eks. tanker om at barnet er bedre stillet uden mor eller "ammemælken" er giftig. Hos mødre med psykotiske symptomer domineret af vrangforestillinger, kan der være fare for barnet. I visse chokerende tilfælde ses udvidet selvmord som omfatter barn og mor eller drab på barn. Det skal påpeges, at det i post partum-perioden er almindeligt, at man under stressfulde forhold kan få uønskede billeder eller tanker om at skade barnet, men såfremt der er fravær af andre risikofaktorer, er der ikke påvist øget risiko for skade (Fairbrother 2022). Sådanne tanker kan være led i OCD, som er hyppigt post partum.

---

## SØVNFORSTYRRELSER

Omkring halvdelen af gravide oplever søvnforstyrrelser, som allerede starter tidligt i graviditeten og ofte forværres under graviditeten. Søvnforstyrrelse kan både være symptom på, men også en medvirkende årsag til udvikling og forværring af depressiv episode og angst (Okun 2018, Pauley 2020).

Kvinder som oplever søvnforstyrrelser i graviditeten og kort efter fødslen er i højere risiko for postpartum depression og har ofte flere angst-, depressions- og belastnings-symptomer i graviditeten (Wang 2022, Leistikow 2024). En eller flere nætter uden søvn under fødslen og tidlig post partum er associeret med fem gange øget risiko for postpartum psykose (Perry 2024).

Der er mange naturlige årsager til søvnforstyrrelser post partum, herunder hyppig opvågning grundet amning og problemer med indsovning grundet forventning om snarlig opvågning (Leistikow 2024).

### **Pt. skal rådes til:**

- at prioritere søvn over andre aktiviteter
- at optimere søvnmiljøet (mørkt stille rum, ingen forstyrrelser fra elektronik mm.)

### **Pt. rådes yderligere til postpartum perioden:**

- at dele natlige opgaver med partner så begge får mindst 4 timers uafbrudt søvn
- at reducere tjekke-adfærd

### **Sovemedicin kan forsøges ved moderat-svær søvndeprivation**

- zopiclone 7.5 mg PN (kan anvendes hos gravide og ammende for en kort periode) ved indsovningsbesvær

### **Under indlæggelse**

- indlagt skærmet på barselsafsnit
- daglig søvnscreening

- opmærksomhed på at søvnforstyrrelse kan være udtryk for begyndende psykotiske eller maniske symptomer

**Se mere omkring søvnforstyrrelser og håndtering af disse i afsnit om "Akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende".**

---

## BEHANDLING

Behandlingen af perinatal depression følger principperne for behandling af depressiv episode. Første linje i behandlingen er non-farmakologisk, oftest i form af samtaleterapi. Der kan overvejes psykofarmakologisk behandling. Ved moderat-svære ubehandlede eller ikke tilstrækkeligt behandlede symptomer, bør kvinden henvises til psykiater mhp. optimering af behandling. Udtrapning af bestående medicinsk behandling anbefales ikke i graviditeten. Diskontinuation af behandling i graviditeten er associeret med en ny depressiv episode hos 60-70 % af mødre. Hos kvinder der forsætter med deres behandling, udvikler 29-37 % en depressiv episode (Stewart & Payne, 2023).

Detaljer om farmakologisk behandling af depression kan findes i separat guideline:

[Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende](#) fra 2022 (DSOG, Dansk psykiatrisk selskab)

---

## OBSTETRISKE RISICI HOS GRAVIDE MED DEPRESSION

### Intrauterin væksthæmning

Evidensen peger ikke på, at depression øger risikoen for intrauterin væksthæmning.

En meta-analyse af 12 prospektive observationsstudier fandt ingen sammenhæng mellem prænatal depression og intrauterin væksthæmning (Grote 2010). Ligeledes fandt et svensk registerstudie ingen forskel i fødselsvægten mellem børn født af kvinder med depression ( $n > 15,000$ ) og kvinder uden depression ( $n > 340,000$ ). Et amerikansk kohortestudie ( $n=2334$ ), som fulgte kvinderne med ultralydsscanninger i hvert af de tre trimestre, fandt ikke sammenhæng mellem fostervækst og depressive- eller stresssymptomer (Grobman 2018). Et kohortestudie ( $n=7597$ ) fandt lavere vægtøgning hos fostre af mødre med depression, men i så lille grad, at det ikke kan skønnes at have klinisk effekt (Marroun 2012). Et systematisk review fandt ikke evidens for SGA (Jarde 2016).

Kun et enkelt finsk registerstudie viste en let øget risiko for SGA hos kvinder med svær depression (Räsänen 2016).

### Lav fødselsvægt

Der findes ikke overbevisende evidens for at prænatal depression påvirker risiko for lav fødselsvægt ( $< 2,5$  kg). Flere af de tilgængelige studier peger på en øget risiko for lav fødselsvægt, men disse studier er baseret på populationer, som ikke kan sammenlignes med den danske eller har ikke justeret relevant for præterm fødsel og gestationsalder (Dadi 2020; Räsänen 2016).

En meta-analyse af 10 prospektive observationsstudier viste ingen forskel mellem fødselsvægten hos børn af kvinder med og uden depression (Grigoriadis 2013).

### Præterm fødsel

Flere studier viser konsekvent, at prænatale depressive symptomer hos mødre er forbundet med for tidlig fødsel (<37 ugers graviditet). Ældre studier antyder på, at sammenhængen er lille, mens nyere studier indikerer, at der er moderat sammenhæng mellem prænatal depression og for tidlig fødsel. I et systematisk review og meta-analyse (Grote 2014), fandt man en let øget risiko for præterm fødsel (RR=1.13 (95% CI, 1.06-1.21). Risikoen for præterm fødsel var størst i de studier, der anvendte kategoriske depressionsvariable sammenlignet med studier, der anvendte kontinuerte depressionsvariable RR=1.39 (95% CI, 1.19-1.61) vs. RR=1.03 (95% CI, 1.00-1.06) (Grote 2014). I et andet systematisk review og meta-analyse fandt man en højere risiko for præterm fødsel hos kvinder med ubehandlet depression sammenlignet med kvinder uden depression (OR=1.56; 95% CI, 1.25-1.94). De inkluderede studier rapporterede resultater for præterm fødsel < GA 37, ingen før GA 32 (Jarde 2016). Et andet systematisk review fandt OR=1.37 (95% CI, 1.04 to 1.81) for præterm fødsel ved prænatal depression (Grigoriadis 2013). Ved at poole resultaterne fra tre systematiske reviews i et umbrella review, fandt Dadi et al., at risikoen for præterm fødsel og lav fødselsvægt var 1,49 (95%CI: 1,32, 1,68) (Dadi 2020). Et svensk kohortestudie konkluderede, at depression opstået i graviditeten var associeret med øget risiko for præterm fødsel GA<32 uger og moderat præterm fødsel GA<37 uger (OR 1.51, 95% CI 1.23-1.84, and OR 1.34, 95% CI 1.23-1.46, respektivt) (Liu 2016). Dog blev denne association insignifikant for præterm fødsel GA<32 uger, når mulige confoundere (sociodemografi, rygning, BMI og paternel depression) blev inkluderet i modellen (OR 1.23, 95% CI 0.97-1.56), men uændret for moderat præterm fødsel, GA<37 uger (Liu 2016). I et større amerikansk kohortestudie med 7,267 kvinder, fandt man sammenhæng mellem antenatal depression med for præterm fødsel (OR 1.27, 95% confidence interval [CI] 1.04-1.55) også sammenhæng med ekstrem præterm fødsel (før GA 32) (adjusted OR 1.82, 95% CI 1.09-3.02) hos kvinder med depressive symptomer, som ikke var i medicinsk behandling (Venkatesh 2016).

To studier fandt ikke sammenhæng mellem prænatal depression og præterm fødsel, men de to studier var baseret på hhv. asiatiske kvinder overvejende fra Taiwan (Huang 2017) og på kvinder fra Puerto Rico (Szegda 2017), som er populationer der er svære at sammenligne med den danske.

Samlet tyder det på, at antenatal depression er associeret med øget risiko for præterm fødsel med GA < 37 uger. Effekten af depression på præterm fødsel GA<32 uger er usikker, men confounding by indication kan ikke udelukkes

| Studie                  | Type                       | Resultat (OR/RR)          |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Grote et al 2010        | Meta-analyse               | RR 1,13, 95% CI 1,06-1,21 |
| Grigoriadis et al, 2013 | Meta-analyse               | OR 1,37, 95% CI 1,04-1,81 |
| Jarde et al, 2016       | Meta-analyse               | OR 1,6, 95% CI 1,3-1,9    |
| Ncube et al, 2017       | Prospektiv studie (n=2073) | RR 1,6, 95% CI 1,1-2,2    |
| Venkatesh et al, 2016   | Kohorte studie (n=7267)    | OR 1.27, 95% CI 1.04-1.55 |

### Intrauterin fosterdød

Det er uklart, om antenatal depression er forbundet med intrauterin fosterdød, da resultaterne varierer på tværs af retrospektive studier:

I en finsk national registerundersøgelse der sammenlignede kvinder med svær depression under graviditeten (n >4000) og kontroller uden depression (n >500,000), fandt man, at deprimerede mødre havde øget risiko for intrauterin fosterdød (OR 1,8, 95% CI 1,2-2,6) (Räsänen 2014). Et canadisk registerstudie fandt derimod ingen væsentlig forskel i risikoen for intrauterin fosterdød mellem kvinder med svær depression (n >3000) og kvinder uden psykisk sygdom (n >430,000), hvor risikoen var hhv. 0,4 og 0,5 procent (Mei-Dan 2015).

Et studie baseret på en asiatisk population med primært kvinder fra Taiwan fandt også, at intrauterin fosterdød forekom hyppigere i gruppen af gravide kvinder med depression (n >5000) sammenlignet med gruppen uden depression (n >20,000) efter justering for relevante faktorer som alder, komorbiditet, hypertension og antidepressiv medicin (OR 1,7, 95% CI 1,1-2,6) (Huang 2017).

## ANGST OG OCD

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                 | <b>Evidensgrad</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Der foreligger ikke mange studier, der undersøger risiko for SGA og IUGR hos gravide med angst. Evidensen er ikke konklusiv for, at angst øger risiko for SGA eller IUGR | 2b                 |
| Maternel angst i graviditeten øger i sig selv ikke risikoen for intrauterin fosterdød                                                                                    | 2a                 |
| Der er øget risiko for præterm fødsel hos gravide med angst                                                                                                              | 2a/2b              |
| Ubehandlet prænatal angst er en betydende risikofaktor for udvikling af postpartum depression                                                                            | 2b                 |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                         | <b>Styrke</b>      |
| Ved udtalte angsttilstande, kan man overveje at tilbyde tilvækstscanninger i 3 trimester som trykscanning                                                                | B                  |
| Angst giver ikke i sig selv anledning til rutineundersøgelse af cervixlængde i graviditeten                                                                              | B                  |
| Gravide med angst og OCD skal informeres om øget risiko for postpartum depression, hvordan den kan forebygges og om kontaktmuligheder ved symptomer                      | B                  |
| Der bør sikres at kvinden modtager relevant behandlingstilbud for angst/OCD                                                                                              | D                  |

### Følgende afsnit omhandler angst:

#### BAGGRUND

Angst er den hyppigste psykiatriske sygdom under graviditet og fødsel men også i baggrundsbefolkningen. Angstsymptomer er relativt almindeligt forekommende, men egentlig angstlidelse kan være en udtalt og invaliderende tilstand. Angst kan endvidere optræde ved alle psykiatriske tilstande. Der er øget selvmordsrisiko ved angsttilstande.

Angsttilstande dækker over flere forskellige former, herunder generaliseret angst, panik angst, socialfobi, PTSD og OCD.

---

## EPIDEMIOLOGI

Prænatalt oplever mellem 15-23 % af kvinder moderate angst symptomer, men færre har en egentlig angstlidelse (Sinesi 2019). Post partum er prævalensen 14 % for angst symptomer og 8 % for angst tilstande (Dennis 2017).

---

## RISIKOFAKTORER

Mange af risikofaktorerne for angst overlapper med risikofaktorerne for antenatal- og postpartum depression (Groothuis-Oudshoorn 2021, Soto-Balbuena 2018, Bayrampour 2018). Tidligere belastninger og psykiske lidelser, samt manglende netværk og støtte er fundet til at være de stærkeste risikofaktorer.

| Risikofaktorer for angst under graviditet og efter fødslen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nylige stressfulde livsbegivenheder</li><li>• Alle slags overgreb</li><li>• Tidligere psykisk lidelse</li><li>• Høj grad af selvopfattet stress</li><li>• Tidligere graviditetstab</li><li>• Rygning</li><li>• Reduceret kontakt/støtte ved familie og vennekreds</li><li>• Graviditetskomplikationer (Hyperemesis gravidarum, GDM, præterm fødsel)</li><li>• Traumatisk oplevelse af fødslen</li><li>• Udfordringer efter fødslen (utrøstelig gråd hos barnet, lav maternel tro på egne evner, ammeproblemer)</li></ul> |



---

## SCREENING

Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) kan også benyttes til screening for angstsymptomer, da tre af underspørgsmålene er rettet mod angstsymptomer (Smith-Nielsen 2019).

Link til EPDS-skema:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/edinburgh-postnatale-depressionsscore/>

---

## SYMPTOMER

Angstsymptomer kan være fysiske, psykologiske og adfærdsmæssige (Berg 2021, Soto-Balbuena 2018, Goodman 2014). Gravide med angst symptomer eller angstilstande har ofte gentagne kontakter til hospitaler/sundhedsvæsenet.

Mange kvinder kan opleve forbigående lette angstsymptomer og øget bekymringstendens som led i normal perinatal transition, men ved vedvarende symptomer skal der være opmærksomhed på eventuel udvikling af depression og/eller psykose.

| Psykologiske symptomer                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fysiske symptomer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Adfærdssymptomer                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekymrer sig konstant</li> <li>- Problemer med koncentration</li> <li>- Føle sig rastløs, irriteret eller "on edge"</li> <li>- Bliver nemt frustreret</li> <li>- Tanker om at noget dårligt vil ske for hende, hendes baby eller partner.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemer med at slappe af eller sove, selv når barnet sover</li> <li>- Spændte muskler, følelse af "spændt brystkasse"</li> <li>- Hjertebanken</li> <li>- Svedeture og hurtig vejrtrækning</li> <li>- Føle sig svimmel eller let til hovedet</li> <li>- Mavesmerter</li> <li>- Ændring i afføringsmønster</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Undgår at gå udenfor og udføre hverdags opgaver</li> <li>- Ændringer i spisevaner - ophører med at spise eller overspiser</li> <li>- Holder konstant øje med barnet</li> </ul> |

---

## PSYKIATRISKE RISICI HOS GRAVIDE OG BARSLENDE MED ANGST

Antenatal angst er en betydende risikofaktor for antenatal og postpartum depression (Chojenta 2016; Milgrom 2008).

Hvis angsten forbliver ubehandlet, kan den have negative konsekvenser for både moderen og barnet og påvirke kvindens evne til at håndtere forældreskabet.

---

## OBSTETRISKE RISICI HOS GRAVIDE MED ANGST

### Intrauterin væksthæmning

Et større systematisk review af Grigoriadis fandt evidens for lavere median fødselsvægt samt øgede odds for lav fødselsvægt, SGA (OR = 1,48; 95% CI, 1,26-1,74<0,0001). Reviewet baserede sig på syv studier, som havde varierende mål for SGA med hhv. 15, 10 og 2,5 percentilen for gestationsalder, men var korigeret for relevante moderatorer (Grigoriadis 2018).

Et systematisk review med data fra 7000 patienter fandt ikke entydig evidens for at prænatal angst påvirker vækstparametre (Lewis 2016).

Grundet sparsomt grundlag i litteraturen kan det derfor ikke konkluderes, at ubehandlet angst øger risiko for væksthæmning.

## Lav fødselsvægt

Et større systematisk review af Grigoriadis fandt øgede odds for lav fødselsvægt hos kvinder med antenatal angst (OR = 1.80; 95% CI, 1.48;2.18) (Grigoriadis 2018). Studiet fandt desuden en signifikant forskel i fødselsvægt mellem kvinder diagnosticeret med angst (median forskel: -144 g [95% CI: -240,27 til -46,67 g]) sammenlignet med kvinder med selvrapporteret angst (median forskel: -30,42 g [95% CI: -51,87 til -8,97 g]). I samme tråd fandt et portugisisk kohortestudie, at prænatal angst førte til lavere fødselsvægt, særligt udtalt hos mødre med høj angstscore sammenlignet med dem, der havde lav angstscore (Pinto 2017).

Et stort systematisk review, der inkluderede 12 studier med i alt 4948 gravide kvinder, fandt en øget risiko for lav fødselsvægt med en samlet relativ risiko på 1,76 [95% CI: 1,32-2,33] (Ding 2014). Der var stor homogenitet i resultaterne men kun få af studierne tog højde for relevante moderatorer eller confoundere.

Studierne angav ikke om fødselsvægt var justeret for gestationsalder og præterm fødsel, hvorfor den øgede risiko for præterm fødsel måske kan danne baggrund for overstående fund.

## Præterm fødsel

Den aktuelle litteratur tyder på øget risiko for præterm fødsel ved betydende angst vurderet både ved et stort registerstudie samt systematiske reviews og metaanalyser (Grigoriadis 2018; Rose 2016; Ding 2014; Bergeron 2024). Et systematisk review og metaanalyse finder en odds ratio på 1,67 for spontan præterm fødsel < 37 graviditetsuge ved prænatal maternal angst (Rose 2016). I et andet systematisk review og meta-analyse findes en odds ratio på 1,41 for spontan præterm fødsel <37 graviditetsuge ved prænatal maternal angst (Grigoriadis 2018). De tilgængelige studier er dog med forskellige hensyntagen til confounders. Det må på baggrund af litteraturen konkluderes, at der er øget risiko for præterm fødsel ved angst.

## Intrauterin fosterdød

Der er kun et enkelt australsk studie, som fokuserer på angst og intrauterin fosterdød, men hvor data for angst og depression var poolet. Der fandtes en association mellem depression eller angstlidelse hos mater og risikoen for IUFD eller tidlig spædbarnsdød på 1.42 (95% CI 1.16, 1.73). I dette review var der ikke kontrolleret for socioøkonomiske/livsstil faktorer, desuden var det ikke muligt at adskille kvinder i antidepressiv behandling og kvinder uden (Grote 2010).

## Behandling

Første linje i behandlingen af angst er non-farmakologisk, hvor der særligt er fundet god effekt af kognitiv adfærdsterapi.

Nærmere detaljer om psykofarmakologisk behandling, kan findes i guidelinen [Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende](#) fra 2022 (DSOG; Dansk psykiatrisk selskab).

## Følgende afsnit omhandler OCD (Obsessive Compulsive Disorder):

---

### BAGGRUND

Obsessiv-kompulsiv tilstand eller tvangslidelse (tidligere brugtes betegnelsen "tvangsneurose"), er en psykisk lidelse med tilbagevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Ved at forsøge at modarbejde trangen til at udføre tvangsbehandlingerne vil den ramte føle ubehag og blive angst. Det

gør lidelsen til en angstlidelse. Tvangstanker og tvangshandlinger kan også indgå som symptomer i andre lidelser som skizofreni, spiseforstyrrelser og body dysmorphic disorder. Symptomer på OCD ses ofte kombineret med depression og Tourettes syndrom.

---

## EPIDEMIOLOGI

2 - 3 % af befolkningen rammes på et tidspunkt i livet af OCD. Lettere tvangstanker er relativt hyppige og findes periodevis hos 15 - 30 % af befolkningen. 1-2 % af befolkningen lider af OCD i en sådan grad, at de ikke kan have en normal hverdag. OCD findes i alle grader, lige fra de helt milde med kun få symptomer, til de svære tilstande med tvangstanker og tvangshandlinger, som medfører betydeligt handicap. Nogle OCD-ramte har udelukkende tvangstanker, men de fleste har en kombination af tvangstanker og tvangshandlinger.

### Prævalens af angst i graviditet og post partum

OCD i graviditeten og post partum er i en metaanalyse påvist hos 2.07 % af gravide og 2.43 % post partum, sammenlignet med 1.08 % i baggrundsbefolkningen. Gravide og barslende kvinder oplever OCD 1.5 - 2 gange så hyppigt som baggrundsbefolkningen (Russell 2013). Samtidig er det vigtigt at erindre, at mange raske gravide og barslende kvinder oplever lette midlertidige OCD-symptomer, uden at de på noget tidspunkt udvikler sygdom, og at dette kan tolkes som en normal bekymring over det at blive forældre (Chaudron 2014, Zambaldi 2009).

---

## DEBUT UNDER GRAVIDITETEN

De hormonelle ændringer, som optræder under graviditet og fødsel, med bl.a. fluktuationer i østrogen, progesteron og oxytocin, er sat i forbindelse med debut af OCD. Derudover er det psykiske stress, som kommer i forbindelse med det voksende ansvar for barnet, foreslået som udløsende faktor for OCD (Speisman 2011).

Flere retrospektive interviewundersøgelser har undersøgt, om graviditet kan være udløsende faktor for OCD. Blandt 78 kvinder med OCD, som tidligere havde født, fandtes perinatal debut hos 32.1 %; heraf 15.4% under graviditeten, 14.1 % post partum og 1.3 % efter abort (Forray 2010).

---

## DEBUT POST PARTUM

Det er velkendt, at puerperiet generelt er en psykisk vulnerabel periode, med risiko for bl.a. depression og psykose.

Et brasiliansk tværsnitstudie (n= 400) med interviews af tidligere raske kvinder 2-26 uger post partum fandt, at 9% (n= 36) opfyldte kriterierne for OCD, hvoraf hver fjerde angav postpartum debut (Zambaldi 2009). Et review understøtter dette, og angiver prævalens af OCD-debut post partum hos 2% - 4%, dog med begrænset validitet pga. små retrospektive studier (Abramowitz 2011).

---

## RISIKOFAKTORER

Et tværsnitsstudie blandt 434 gravide med OCD, fandt at familiær anamnese med OCD var associeret til OCD i puerperiet (Uguz 2011), mens andre finder sammenhæng til tidligere eller nuværende psykiatrisk sygdom, især depression (Abramowitz 2007). Hvis OCD optræder som led i en depression forsvinder symptomerne igen, når depressionen behandles.

---

## **OCD-SYMPTOMER**

Flere studier har undersøgt, hvorvidt symptombilledet for gravide med OCD er identisk med ikke-gravide OCD-patienter. Hos gravide med OCD enten prægravid eller OCD nyopstået i graviditeten, ses hyppigt forekomst af obsessioner med frygt for et sygt barn ved fødslen, sygdomssmitte, frygt for at få fjernet barnet og spædbarnsdød (Lord 2011), mens postpartum obsessioner ofte indeholder tanker om at komme til at gøre skade på barnet (Speisman 2011). Andre undersøgelser har fundet, at temaerne smitte og rengøring forekommer hyppigere hos kvinder med nyopstået OCD under graviditet, sammenlignet med kvinder med prægravid OCD (Labad 2010). Kompulsionerne består hyppigst af tjekke-adfærd for at se, at barnet fortsat trækker vejret og er raskt, gentagelsesritualer og rengøring. Tankerne om at gøre skade på barnet kan desuden medføre ritualer, som resulterer i undgåelse af barnet (Ross 2006).

Det kan være lindrende for en gravid med OCD at se foster ved UL scanning og betragte fosterbevægelser og barnets tegn på trivsel, hvor man samtidig kan vurdere den gravides reaktion på scanning.

---

## **DIFFERENTIALDIAGNOSTIK OG KOMORBIDITET**

Hos gravide med OCD findes ofte psykiatrisk komorbiditet. Hos kvinder med postpartum OCD ses depression hos 70.6% og angst hos 27.5 % (Sharma et al, 2015).

Da mange kvinder kan opleve at have tanker relateret til at gøre skade på barnet, er det vigtigt at kunne skelne OCD tankerne differentialdiagnostisk overfor postpartum psykose. For både OCD og psykose gælder, at begge patientgrupper kan opleve at have tanker om at gøre skade på barnet. For kvinder med OCD opleves tanker som fremmede og urimelige (ego-dystone), og kvinden vil forsøge kraftigt at undgå at handle på dem. Modsat kan der ved postpartum psykose optræde infanticidale tanker, der opleves som kvindes egne (ego-syntone); ligeledes optræder der hos de psykotiske kvinder ofte hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske symptomer, som agitation og bizar fremtræden. Det essentielle ved denne skelnen er, at sandsynligheden for at kvinden med OCD faktisk gør skade på barnet er negligeabel og hun kan beroliges herved, mens kvinden med psykose må betragtes som i højrisiko for at skade barnet og kræver omgående psykiatrisk bistand (Sharma 2015).

---

## **PSYKIATRISKE RISICI HOS GRAVIDE MED OCD**

Hvorvidt graviditet påvirker sværhedsgraden af OCD, er ligeledes undersøgt vha. retrospektive studier. Blandt hollandske kvinder (n=52) med prægravid OCD, angav 46 % uændrede symptomer, forværring hos 33 % og bedring hos 21 % (Vulink 2006); denne fordeling understøttes af et amerikansk studie (Forray 2010), der finder en fordeling på hhv. 43.9 % med uændrede symptomer, 34.1 % med forværring og 22 % med bedring (n=29). Dvs. at de fleste kvinder oplever uændrede symptomer, med tendens til forværring hos dem som oplever ændringer.

---

## OBSTETRISKE KOMPLIKATIONER HOS GRAVIDE MED OCD

To nyere studier har vist sammenhæng mellem obstetriske komplikationer og OCD. Et kohortestudie med to separate kohorter fra Sverige og Canada, sammenlignede 10.653 gravide med OCD, med 2.9 millioner gravide uden OCD (Fernandez de la Cruz 2023). Gravide med OCD havde øget risiko for lav fødselsvægt, præterm fødsel, lav Apgar ved 5 min og neonatal respiratorisk distress. Der var øget risiko for gestationel diabetes, præeklamsi, abruptio placentae, igangsættelse af fødsel, sectio samt postpartum blødning. I begge kohorter var risikoen for komplikationer øget ved behandling med SSRI. Årsagen til dette er sandsynligvis "confounding by indication", hvor kvinder med svær OCD har større sandsynlighed for at modtage behandling med SSRI. Den øgede risiko for gestationel hypertension / præeklamsi, sectio og præterm fødsel genfindes i et studie fra USA, med 3365 gravide med OCD, hvor man derudover finder øget risiko for venøs tromboemboli (Nasiri 2021).

---

## FORLØB POST PARTUM

Hos kvinder med prægravid OCD er der fundet, at puerperiet er associeret med sygdomsforværring. Således har flere retrospektive studier fundet forværring post partum hos 30- 50 % af kvinderne (Vulink 2005). Det er vigtigt at være opmærksom på eventuel udvikling af postpartum depression (med risiko for suicidal adfærd) og postpartum psykose (med risiko for at skade barnet, sig selv eller andre). Patienter med OCD kan ofte være bange for obsessive tanker om at skade barnet, men dette sker ekstremt sjældent. Ritualer og tanker kan have en sådan grad eller optage så meget tid, at det kan gå ud over moderevnen, og det er vigtigt at have partneren inddraget i behandlingsforløbet. Meget ofte vil kvinden forsøge at skjule sine symptomer, fordi de opleves som yderst skamfulde.

---

## BEHANDLING

Kognitiv adfærds terapi (CBT) er i studier vist effektiv til behandling af OCD, og som monoterapi mere effektiv end behandling med SSRI og TCA (Speisman 2011).

Detaljer om farmakologisk behandling af OCD kan findes i separat guideline:

[Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende](#) fra 2022 (DSOG; Dansk psykiatrisk selskab).

## Forslag til tværfagligt forløb for gravide og barslende med depression, angst eller OCD

| Fagpersonens funktion           | Graviditet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Puerperium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Egen læge</b>                | Udfylder svangrejournale: psykiatrisk anamnese, medicin, aktuel tilstand, ressourcer, evt. henvisning til psykiatri, evt. underretning. Henviser til omsorgsniveau 3 eller 4. Almindelige svangre-kontroller med fokus på den gravides trivsel. Ser den gravide ekstra ved behov. Henviser til psykiatrien ved psykisk forværring, hvis den gravide ikke har psykiatrisk forløb.                                                                                                       | Vurderer den barslendes psykiske tilstand ved 8 ugers post partum kontrol eller før, ved tegn på psykisk forværring. Opmærksomhed på udvikling af postpartum depression.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Konsultations Jordemoder</b> | Fokus på psykisk tilstand, tegn på prænatal tilknytning og plan for fødslen. Etablerer kontakt til sundhedsplejersken allerede i graviditeten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Obstetriker</b>              | Ved symptomer, der påvirker funktionsevner/kræver sygemelding, eller ved komorbiditet, polyfarmaci, ser pt tidligt i graviditeten. Henviser til psykiatrisk forløb ved psykisk forværring, hvis dette ikke allerede er foretaget via praktiserende læge. Udarbejder individuel plan for opfølgning under graviditeten, ud fra det samlede forløb og evt. komorbiditet. Fokus på evt. behov for sygemelding. Fokus på fremsendelse af ambulante notater/epikrise til praktiserende læge | Ser pt. under barselsindlæggelsen ved behov. Orienterer evt. psykiatriske arbejds partnere om udviklingen under fødslen og barselsindlæggelsen. Sikrer sig at der er plan for opfølgning hos psykiatrien, hvis kvinden har psykiatrisk forløb. Ved forværring af tilstanden under graviditet eller barselsindlæggelsen, tilbyder sygemelding i nogle uger (for eks, til 8 ugers undersøgelse hos praktiserende læge), for at partner overtager barselsorloven i den periode. Deltager eventuelt i udskrivnings netværksmøde. Udarbejder grundig epikrise. |
| <b>Ultralyd</b>                 | Almindelige scanninger i 1 og 2 trimester. Ved psykiske symptomer, der påvirker funktionsevner eller kræver sygemelding, kan tilvækst kontrol overvejes efter individuel vurdering.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Psykiater</b>                | Ved nyopstået depression, angst, OCD eller ved forværring i symptomer, skal kvinden henvises til psykiatrisk regi; ofte i pakkeforløb i psykoterapeutisk ambulatorium.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ved nyopstået depression, angst, OCD, eller ved forværring i symptomer, skal kvinden henvises til psykiatrisk regi; ofte i pakkeforløb i psykoterapeutisk ambulatorium.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Barselspersonale</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Anbefales forlænget barselsindlæggelse, iht. lokale muligheder (2-5 dage). Observation for- og støtte af mor-barn relationer og familiedannelse. Fokus på ammeetablering. Fokus på kontakt til sundhedsplejerske med henblik på besøg. Obs på begyndende postpartum depression.                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sundheds-<br/>plejerske</b>                                | Hvis muligt, tilser kvinden (eller etablerer kontakt) under graviditeten.                                                                                                                                                      | Hjemmebesøg hos den nybagte familie.<br>Screening for depression i barselsperioden. |
| <b>Spædbørnspsykiatri<br/>el. kommunale<br/>familietilbud</b> | Kontakt til familien allerede i graviditeten mhp. at etablere kontakt samt plan for opfølgning post partum                                                                                                                     | Opmærksomhed på forældre/barn relationer<br>Opmærksomhed på barnets trivsel         |
| <b>Socialrådgiver</b>                                         | Gennemfører underretning og samarbejder med socialforvaltningen:<br>- Ved svær sygdom, hvor erhvervs- eller moderevnen vurderes truet.<br>- Ved vurdering, at der er behov for ekstra kommunale tilbud og støtte for familien. |                                                                                     |

## REFERENCER

Abramowitz JS, Nelson CA, Rygwall R, Khandker M. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *J Anxiety Disord.* 2007;21(1):91-104.

Abramowitz JS, Nelson CA, Rygwall R, Khandker M. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *J Anxiety Disord.* 2007;21(1):91-104.

Speisman BB, Storch EA, Abramowitz JS. Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011 NovDec;40(6):680-90.

Bayrampour H, Vinturache A, Hetherington E, Lorenzetti DL, Tough S. Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol.* 2018 Nov;36(5):476-503.

Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016 Feb;191:62-77.

Berg AL, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord.* 2021 May;286:158-65.

Chang HY, Keyes KM, Lee KS, Choi IA, Kim SJ, Kim KW, Shin YH, Ahn KM, Hong SJ, Shin YJ. Prenatal maternal depression is associated with low birth weight through shorter gestational age in term infants in Korea. *Early Hum Dev.* 2014 Jan;90(1):15-20. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.11.006

Chaudron LH, Nirodi N. The obsessive-compulsive spectrum in the perinatal period: A prospective pilot study. *Arch Womens Ment Health.* 2010 Oct;13(5):403-10.

Chojenta C et al. Maternal health factors as risks for postnatal depression: a prospective longitudinal study. 2016 Open access. *PLoS ONE* 11(1): e0147246. doi:10.1371/journal.pone.0147246 (accessed 16/11/2024)

Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: An umbrella review. *BMC Public Health.* 2020 Feb 4;20(1).

Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017 May;210(5):315-23.

- Ding X-X, Wu Y-L, Xu S-J, Zhu R-P, Jia X-M, Zhang S-F, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 2014 Apr;159:103-10.
- DSM-V: Association AP. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2022.
- Fairbrother N, Collardeau F, Woody SR, Wolfe DA, Fawcett JM. Postpartum Thoughts of Infant-Related Harm and Obsessive-Compulsive Disorder: Relation to Maternal Physical Aggression Toward the Infant. *J Clin Psychiatry*. 2022 Mar;83(2).
- Fernández de la Cruz L, Joseph KS, Wen Q, Stephansson O, Mataix-Cols D, Razaz N. Pregnancy, Delivery, and Neonatal Outcomes Associated With Maternal Obsessive-Compulsive Disorder: Two Cohort Studies in Sweden and British Columbia, Canada. *JAMA Netw Open*. 2023 Jun 1;6(6):e2318212. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.18212. PMID: 37314804; PMCID: PMC10267772.
- Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):1061-8.
- Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, Beyene J, Wang Y, McDonald SD. Neonatal Outcomes in Women with Untreated Antenatal Depression Compared with Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016 Aug 1;73(8):826-37. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0934. PMID: 27276520.
- Gastaldon C, Solmi M, Correll CU, Barbui C, Schoretsanitis G. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Br J Psychiatry*. 2022;221(4):591-602.
- Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years post partum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Jul;52(7):815-28.
- Giallo R, Cooklin A, Nicholson JM. Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: an Australian population-based longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Apr;17(2):115-25.
- Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018 Sep;79(5).
- Grobman WA, Wing DA, Albert P, Kim S, Grewal J, Guille C, Newman R, Chien EK, Owen J, D'Alton ME, Wapner R, Sciscione A, Grantz KL. Maternal Depressive Symptoms, Perceived Stress, and Fetal Growth. *J Ultrasound Med*. 2017 Aug;36(8):1639-1648. doi: 10.7863/ultra.16.08085. Epub 2017 Apr 10. PMID: 28393386; PMCID: PMC5967616.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1012-24.
- Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord*. 2021 May;286:158-65.
- Huang HC, Sung FC, Chen PC, Chang CY, Muo CH, Shiue HS, Huang JP, Li TC, Tzeng YL, Wu SI. Obstetric outcomes in pregnant women with and without depression: population-based comparison. *Sci Rep*. 2017

Oct 24;7(1):13937. doi: 10.1038/s41598-017-14266-3. Erratum in: Sci Rep. 2018 Nov 8;8(1):16779. doi: 10.1038/s41598-018-35248-z.

Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* [Internet]. 2014 Nov [cited 2018 May 28];384(9956):1775-88.

Knight B, Felter A, Patel R, Kotnis R, Kenyon S, Kurinczuk J. Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Programme. 2023.

Labad J, Alonso P, Segalas C, Real E, Jimenez S, Bueno B, et al. Distinct correlates of hoarding and cleaning symptom dimensions in relation to onset of obsessive-compulsive disorder at menarche or the perinatal period. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb;13(1):75-81.

Leistikow N, Smith MH. The role of sleep protection in preventing and treating postpartum depression. *Semin Perinatol*. 2024 Oct;48(6):151947.

Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020 Nov 11;371:m4022. doi: 10.1136/bmj.m4022.

Lewis AJ, Austin E, Galbally M. Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. *J Dev Orig Health Dis*. 2016 Aug;7(4):416-28. doi: 10.1017/S2040174416000076. Epub 2016 Mar 17. PMID: 26983652.

Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022 Oct;31(19-20):2665-77.

Lord C, Rieder A, Hall GB, Soares CN, Steiner M. Piloting the perinatal obsessive-compulsive scale (POCS): Development and validation. *J Anxiety Disord*. 2011 Dec;25(8):1079-84

Lutgendorf, M. A. et al. Pregnancy and posttraumatic stress disorder: associations with infant outcomes and prenatal care utilization. *J. Matern. Neonatal Med*. 35, 9053-9060 (2022).

Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol = J Can Pharmacol Clin*. 2009;16(1):e15-22.

Marroun H, Jaddoe VW, et al. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors, fetal growth, and risk of adverse birth outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Jul;69(7):706-14. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2333. PMID: 22393202.

MBRRACE-UK (2023). Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK. Rapport 2019-2021.

Milgrom J et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008 may; 108(1-2): 147-57

Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: A population-based register study. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2006 Dec 6 [cited 2018 Jul 13];296(21):2582-9.

Nasiri K, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Association between obsessive-compulsive disorder and obstetrical and neonatal outcomes in the USA: a population-based cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Dec;24(6):971-978. doi: 10.1007/s00737-021-01140-5. Epub 2021 May 10. PMID: 33970311.

Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med.* 2018 Oct;41(5):703-10.

Pauley AM, Moore GA, Mama SK, Molenaar P, Symons Downs D. Associations between prenatal sleep and psychological health: a systematic review. *J Clin sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2020 Apr;16(4):619-30.

Perry A, Gordon-Smith K, Lewis KJS, Di Florio A, Craddock N, Jones L, et al. Perinatal sleep disruption and postpartum psychosis in bipolar disorder: Findings from the UK BDRN Pregnancy Study. *J Affect Disord.* 2024 Feb;346:21-7.

Pinto TM, Caldas F, Nogueira-Silva C, Figueiredo B. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *J Pediatr (Rio J).* 2017 Sep-Oct;93(5):452-459. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.11.005. Epub 2017 Feb 20. PMID: 28219626.

Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006 Aug;67(8):1285-98.

Rose, M. S., Pana, G. and Premji, S. (2016) 'Prenatal Maternal Anxiety as a Risk Factor for Preterm Birth and the Effects of Heterogeneity on This Relationship: A Systematic Review and Meta-Analysis.', *BioMed research international*. United States, 2016, p. 8312158. doi:10.1155/2016/8312158.

Sanjuan, P. M. et al. Prenatal maternal posttraumatic stress disorder as a risk factor for adverse birth weight and gestational age outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 295, 530-540 (2021).

Sharma V, Sommerdyk C. Obsessive-Compulsive Disorder in the Postpartum Period: Diagnosis, Differential Diagnosis and Management. *Women's Health.* 2015;11(4):543-552. doi:[10.2217/WHE.15.20](https://doi.org/10.2217/WHE.15.20)

Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych open.* 2019 Jan;5(1):e5.

Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry.* 2018 Dec;18(1):393.

Smith-Nielsen J, Egmo I, Wendelboe KI, Steinmejer P, Lange T, Væver MS. Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? *BMC Psychol [Internet].* 2021;9(1):1-11.

Soto-Balbuena C, Rodríguez M de la F, Gomis AIE, Barriandos FJF, Le HN, Blanco CF, et al. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema.* 2018;30(3):257-63.

Speisman BB, Storch EA, Abramowitz JS. Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011 NovDec;40(6):680-90.

Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child [Internet]. Vol. 384, *The Lancet*. 2014 [cited 2019 Feb 20]. p. 1800-19. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614612770>

Szegda K, Bertone-Johnson E, Pekow P et al. Depression during pregnancy and adverse birth outcome among predominantly puerto rican women. *Matern Child Health J.* 2017 Apr; 21 (4): 942-952

Uguz F, Kaya V, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E. Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011 Mar-Apr;33(2):197-9

- Trombetta T, Giordano M, Santoniccolo F, Vismara L, Della Vedova AM, Rollè L. Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021 Mar 17;12:620942. doi: 10.3389/fpsyg.2021.620942. PMID: 33815204; PMCID: PMC8011495.
- Valdes EG, Sparkman L, Aamar R, Steiner L, Gorman JM, Ittel V, et al. Improving maternal mental health: assessing the extent of screening and training about peripartum depression. *J Matern neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2023 Dec;36(1):2155042.
- Venkatesh KK, Riley L, Castro VM, Perlis RH, Kaimal AJ. Association of Antenatal Depression Symptoms and Antidepressant Treatment with Preterm Birth. *Obstet Gynecol*. 2016 May;127(5):926-933. doi: 10.1097/AOG.0000000000001397. PMID: 27054941; PMCID: PMC10034858.
- Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006 May;21(3):171-5.
- Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):428,35; quiz 546
- Wang Y, Liu H, Zhang C, Li C, Xu J-J, Duan C-C, et al. Antepartum sleep quality, mental status, and postpartum depressive symptoms: a mediation analysis. *BMC Psychiatry*. 2022 Aug;22(1):521.
- WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. *Medicine (United Kingdom)*. 2024.
- Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of selfharm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*. 2013 May;70(5):490-8.
- Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry*. 1997 Jul;58(7):330-4; quiz 335-6. doi: 10.4088/jcp.v58n0709. PMID: 9269260.
- 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 Sep;219:86
- Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;50(6):503-9
- Zacher Kjeldsen MM, Bang Madsen K, Liu X, Mægbæk ML, Robakis T, Bergink V, Munk-Olsen T. Identifying postpartum depression: Using key risk factors for early detection. *BMJ Ment Health*. 2024 Oct 1;27(1):e301206. doi: 10.1136/bmjment-2024-301206. PMID: 39353685; PMCID: PMC11448151.
- Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;50(6):503-9.

## SPISEFORSTYRRELSER

**Penneførere (tovholder er fremhævet):** Stine Søgaard Andersen, Mathias Johannes Grøn Böckel-Lundorff, Fjóra Jónsdóttir, **Elisabeth Thal Rønneberg**

## SKS-koder / ICD-10 diagnoser

**I henhold til DSOG kodevejledning sættes diagnosen O993B kun på, når en patient er i medicinsk behandling eller har en diagnose stillet af psykiater eller klinisk uddannet psykolog (specialpsykolog).**

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom

+DF 50.9 Spiseforstyrrelser uden specifikation

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga. tidligere psykisk sygdom

+DF 50.9 Spiseforstyrrelser uden specifikation

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                                                      | <b>Evidensgrad</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Der er øget risiko for recidiv af anoreksi i graviditet og post partum                                                                                                                                        | 2b                 |
| Det er ofte bedring af bulimi i graviditet                                                                                                                                                                    | 2a                 |
| Aktiv anoreksi øger risiko for anæmi                                                                                                                                                                          | 2a                 |
| Aktiv anoreksi øger risikoen for "small for gestational age" foster                                                                                                                                           | 2a                 |
| Aktiv anoreksi øger risikoen for præterm fødsel                                                                                                                                                               | 2a                 |
| Livstidsdiagnose med bulimi øger diskret risikoen for præterm fødsel                                                                                                                                          | 2a                 |
| Gravide kvinder med "binge eating disorder" har diskret øget risiko for "large for gestational age" foster                                                                                                    | 2a                 |
| Spiseforstyrrelser øger risiko for postpartum depression                                                                                                                                                      | 2b                 |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                              | <b>Styrke</b>      |
| Det anbefales at screene for anæmi hos gravide med spiseforstyrrelser                                                                                                                                         | B                  |
| Der anbefales foster tilvækstscanning i gestationsalder 28 og 34 uger hos gravide med aktive symptomer på anoreksi                                                                                            | B                  |
| Der er ikke indikation for rutine fostertilvækstscanning hos gravide med tidligere anorexi, uden aktive symptomer, med mindre den gravide er undervægtig og følger guideline for undervægtige gravide         | B                  |
| Det er vigtigt at være opmærksom på tegn på recidiv eller forværring af spiseforstyrrelse i graviditet og post partum                                                                                         | B                  |
| Der anbefales øget opmærksomhed på evt. symptomer på præterm fødsel hos kvinder med aktiv spiseforstyrrelse                                                                                                   | B                  |
| Der anbefales et tværfagligt samarbejde omkring den gravide med spiseforstyrrelse under graviditet og i barselsperioden. Det bør sikres, at kvinden modtager relevant behandlingstilbud for spiseforstyrrelse | D                  |

|                                                                                                                                                                 |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Det anbefales, at kontrolvejning af gravide med spiseforstyrrelser primært foregår hos en aktør i det tværfaglige team                                          | D |
| Det er vigtigt at være ekstra opmærksom på risikoen for postpartum depression hos gravide med spiseforstyrrelse, særligt hos kvinder med depression i anamnesen | B |

## AFGRÆNSNING

Denne guideline omhandler kun spiseforstyrrelser i relation til graviditet og barsel. Kun sygdommene Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa og Binge Eating Disorder behandles.

Vedrørende undervægtige gravide uden spiseforstyrrelser, henvises til DSOG guideline: "Undervægtige gravide"

Link til undervægtige gravide:

[https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5c4ea56021c67c8d50f9f399/1548658028659/Guideline+Undervægtige+gravide+2019\\_.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5c4ea56021c67c8d50f9f399/1548658028659/Guideline+Undervægtige+gravide+2019_.pdf)

## DEFINITIONER

Der findes overordnet tre hovedgrupper af spiseforstyrrelser: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa og Binge Eating Disorder (Öztürk 2024)

AN er karakteriseret ved en opretholdelse af lav vægt, tilsigtet vægttab, en angst eller blokering over for vægtøgning og ofte et forstyrret kropsbillede. Patienternes spisning er ritualiseret med regler og rammer, og ofte er krop og spisning forbundet med meget komplekse og ambivalente følelser.

BN er karakteriseret ved overspisningsepisoder efterfulgt af modforanstaltninger (provokerede opkastninger, misbrug af slankepiller eller laxantia, etc.). Patienterne er typisk normalvægtige.

BED er karakteriseret ved overspisningsepisoder uden efterfølgende kompensation.

## INTRODUKTION

Spiseforstyrrelse i graviditet og post partum er forbundet med øget risiko for komplikationer for både den gravide kvinde og foster/barn. Gravide med spiseforstyrrelse har øget risiko for børn med lavere fødselsvægt, præterm fødsel og ca. fordobling af risiko for SGA. Desuden er der øget risiko for udvikling af depression under eller efter graviditeten. Graviditeten er oftere uplanlagt i forhold til hos raske gravide kvinder, og kvinderne er oftere rygere.

Det er af væsentlig betydning, at kvinderne bliver fulgt i graviditeten og post partum (Bulik 2009; Kimmel 2016; Galbally 2022) i et tværfagligt teamsamarbejde, hvilket i praksis kan inkludere samarbejdspartnere som egen læge, jordemoder, obstetriker, føtalmedicinere, sygeplejerske, psykiater og socialrådgiver (Nolte 2023).

---

## EPIDEMIOLOGI

Spiseforstyrrelser estimeres til at findes hos knap 3 % af voksne kvinder i Danmark og med højest incidens i den fertile alder (Pedersen 2014). Globalt er prævalensen af spiseforstyrrelser hos gravide kvinder fundet til 4,3%, hvor BED er den hyppigst forekommende spiseforstyrrelse (3,8%), mens AN er den spiseforstyrrelse med den laveste prævalens i graviditeten (0,4%) (Özürk 2024).

---

## RECIDIV AF TIDLIGERE SPISEFORSTYRRELSE I GRAVIDITETEN

Anamnese med tidligere anoreksi, uden aktiv nylig sygdom i graviditeten, giver øget risiko for recidiv af sygdommen i graviditeten (Makino 2020).

Risikoen for komplikationer i relation til graviditet og barsel er størst ved aktiv spiseforstyrrelse.

Det er væsentligt at have klinisk opmærksomhed på kvinder med spiseforstyrrelse i remission, idet de har risiko for tilbagefald af symptomer i graviditeten, især i de første 20 uger i graviditeten. Risikoen for tilbagefald er i et studie fundet til 25 % (Sollid 2021), mens et mindre studie fandt denne risiko til 67 % (Makino 2020).

Der opleves ofte bedring af BN i graviditeten, mens prævalensen af både AN og BED er vist at øge signifikant i forhold til inden graviditeten (Öztürk 2024).

---

## SCREENING FOR SPISEFORSTYRRELSE

Den indledende kliniske evaluering af den gravide inkluderer grundig samtale og anamnese. Vurderingen kan være vanskelig, fordi kvinder med spiseforstyrrelser har tendens til at skjule deres unormale spisemønstre og kompenserende adfærd. Af denne grund er det vigtigt at tiltale patienten med forståelse og respekt. Screening af gravide i risikogrupper kan hjælpe til afklaring af aktiv spiseforstyrrelse eller recidiv.

**Risikogrupper** (Franko 2000; Soares 2009; Galbally 2022):

- Hyperemesis gravidarum
- Manglende vægtøgning
- Anamnese med tidligere spiseforstyrrelse
- Lav prægravid vægt. BMI < 19,8
- Kvinder med psykiatrisk komorbiditet

Der er ingen valideret screeningsmetode til detektion af spiseforstyrrelse hos gravide (Dörsam 2022). Sick-control-one-fat-food (SCOFF) er dog en let gennemførlig screeningsmetode, som ud fra fem screeningsspørgsmål omkring kernesymptomer på AN og BN kan identificere risikoindivider (Morgan 1999). SCOFF anbefales også af NICE guideline (NICE guideline 2017).

SCOFF screeningsspørgsmål (Oversættelse fra Lægehåndbogen.dk)

Kaster du op med vilje, fordi du føler dig ubehageligt mæt?  
Er du bange for at miste kontrol over din spisning?  
Har din vægt på noget tidspunkt svinget meget?  
Synes du, at du er tyk, selv om andre siger, at du er for tynd?  
Vil du sige, at mad styrer dit liv?

Hos gravide med risikofaktorerne nævnt først i afsnittet, kan SCOFF derfor anvendes af f.eks. praktiserende læger, obstetrikere og jordemødre.

Ved to eller flere positive svar bør man skærpe opmærksomheden for, om den gravide har en egentlig spiseforstyrrelse og sammenholde screeningssvaret med det øvrige kliniske billede, før man overvejer evt. viderehenvisning.

## KOMPLIKATIONER I GRAVIDITET OG I BARSELSPERIODE

Spiseforstyrrelser kan resultere i lavt BMI, under- og eller fejlnæring samt manglende vægtøgning (eller stor vægtøgning ved BED) i graviditeten.

Derudover er der i flere studier vist at spiseforstyrrelser er associeret til obstetriske komplikationer (Galbally 2022; Mantel 2020), der nedenunder vil blive præsenteret. Komplikationerne ses ofte mere udtalt ved aktiv spiseforstyrrelse (Mantel 2020; Ante 2020).

**TABEL 1:** Oversigtstabel over komplikationer i graviditet og barsel

| Maternelle komplikationer              | Føtale komplikationer | Neonatale komplikationer | Post partum                                   |
|----------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|
| Anæmi                                  | IUGR/SGA              | LBW (<2500g)             | Postpartum depression                         |
| Præterme veer/<br>Præterm fødsel (PTB) | Microcephali          | Præmaturitet             | Reaktivering/forværring af spiseforstyrrelser |
| Hyperemesis                            | Intrauterin fosterdød |                          |                                               |

## MATERNELLE KOMPLIKATIONER

### Anæmi

Anæmi har vist sig at være en hyppig komplikation til AN (Pan 2022). I sundhedsstyrelsens anbefalinger, er det skønnet, at uden jerntilskud vil hver 3. gravide udvikle jernmangelanæmi (Sundhedsstyrelsen 2022). Blandt gravide med aktiv AN er risikoen for anæmi fordoblet sammenlignet med gravide uden AN (Pan 2022; Mantel 2020). Denne risiko er ikke genfundet for kvinder med en anamnese med tidligere anoreksi som ikke opfylder kriterierne for diagnosen aktuelt (Mantel 2022).

## Hyperemesis (HE)

Graviditetsrelateret kvalme har vist sig at være en hyppig komplikation til spiseforstyrrelse i graviditeten. Det kan dog være vanskeligt at skelne mellem graviditetsudløst- og selvinduceret opkastning, som tegn på re-aktivering af spiseforstyrrelse. Ikke desto mindre er det vist, at risikoen for at udvikle hyperemesis gravidarum blandt gravide med aktiv AN er øget, med en RR på 4,9 (3,5-6,9) sammenlignet med gravide uden AN (Pan 2022).

Kvinder med aktiv BN har også øget risiko for hyperemesis, dog i mindre udtalt grad, RR 2,8 (1,7-4,5) (Mantel 2020).

**TABEL 2:** Kliniske og parakliniske standardundersøgelser hos patienter med nydiagnosticeret spiseforstyrrelse (AN, BN, atypisk spiseforstyrrelse) (Sundhedsstyrelsen 2005)

|                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| Vægt (vægtkurve)                | Plasma natrium   |
| Højde (højdekurve)              | Plasma kalium    |
| Puls                            | f-B-glukose      |
| Blodtryk                        | Urinstix         |
| Hæmoglobin                      | Plasma bilirubin |
| Leukocytal                      | Plasma TSH       |
| Differentialtælling             | Plasma ASAT      |
| Trombocytter                    | Plasma carbamid  |
| Koagulationsfaktor II, VII og X | Plasma creatinin |
| Plasma calcium ion              |                  |

**TABEL 3:** Parakliniske standardundersøgelser hos patienter med spiseforstyrrelse og samtidig undervægt (Sundhedsstyrelsen 2005)

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| Plasma bikarbonat          | Plasma T4-index |
| Plasma albumin             | EKG             |
| Plasma laktatdehydrogenase | Plasma B-12     |
| Plasma magnesium           | Erytrocyt folat |
| Plasma phosphat            | DXA-scanning    |
| Plasma ferritin            | Plasma total T3 |
| Plasma amylase             | Plasma total T4 |
| Plasma zink                |                 |

## Præterm fødsel

Kvinder med aktiv AN har øget risiko for præterm fødsel med OR 1,3-2,0 (Pan 2022). Det er også fundet en risiko for præterm fødsel hos kvinder med en tidligere anamnese med AN (Mantel 2020). Dog er der i en metaanalyse fra 2024 konkluderet, at kvinder med en livstidsdiagnose med AN, ikke har signifikant øget risiko for præterm fødsel OR 1,18 (0,97-1,18). Imidlertid synes kvinder med en livstidsdiagnose med BN at have en tendens til præterm fødsel OR 1,19 (1,04-1,36). Kvinder med en livstidsdiagnose med BED er ikke fundet til at have en øget risiko for præterm fødsel (Milembamane 2024).

### **Intrauterin fosterdød**

Kvinder med aktiv indlæggelseskrævende AN er i en retrospektiv kohorte fundet til at have en fordoblet risiko for intrauterin fosterdød sammenlignet med gravide kvinder uden AN (Justeret OR 1,99 (95% 1,2-3,3) (Ante 2020).

I et andet studie (Linna 2014), fandt man øget risiko for perinatal død hos kvinder med AN (justeret OR 4.06; 95% konfidensinterval, 1.15-14.35), men de tre perinatale dødsfald, var alle født præmaturog 2 ekstremt præmaturog. Kvinder med BN eller BED havde ikke signifikant øget risiko for perinatal død sammenlignet med kvinder uden spiseforstyrrelser) (Linna 2014).

### **Postpartum depression**

Gravide med spiseforstyrrelse har øget risiko for perinatal angst og postpartum depression, sammenlignet med raske gravide kvinder (Tayhan 2024; Micali 2011).

Denne risiko er særlig markant hos kvinder med spiseforstyrrelsessymptomer i graviditeten og en anamnese med tidligere depression OR 5.1 (95% CI: 4.1-6.1). Dog harkvinder med spiseforstyrrelse, uden en tidligere anamnese med depression, også signifikant risiko for postpartum depression, sammenlignet med gravide kvinder uden spiseforstyrrelser OR 1.7 (95% CI: 1.0-2.4 (Micali 2011).

### **Føtale/neonatale komplikationer**

I litteraturen beskrives flere føtale- og neonatale komplikationer til aktiv AN i graviditeten. Blandt de hyppigst forekommende findes SGA, IUGR, LBW og præterm fødsel (Linna 2014; Arnold 2019; Kimmel 2016; Pan 2022).

### **SGA/IUGR**

Det er i flere store studier vist en øget risiko for SGA ved aktiv AN (Micali 2016; Pan 2022; Mantel 2020). I et større svensk retrospektivt kohortestudie fandt man en øget risiko for SGA ved aktiv AN med en OR på 2,1 (1,3-3,6) i forhold til kvinder uden anoreksi. Til sammenligning fandt de en OR på 1,3 (1,0-1,7) for SGA for kvinder med en tidligere anamnese med AN (Mantel 2020). En metaanalyse fra 2024 fandt ikke øget risiko for SGA for kvinder med en livstidsanamnese med AN (Milembamane 2024). Der er i et mindre retrospektivt kohortestudie fundet, at kvinder behandlet for anoreksi har en øget risiko for IUGR, sammenlignet med kvinder der ikke har anoreksi OR på 2,59 (1,43-4,71) (Linna 2014).

En livstidsanamnese med BN er ikke fundet til at have signifikant øget risiko for SGA OR 1,14 (0,84-1,54) (Milembamane 2024). Det samme gør sig gældende for kvinder med aktiv BN (Mantel 2020).

## LBW (<2500g)

Et nyligt systematisk review har fundet en øget risiko for LBW hos kvinder med aktiv AN (Pan 2022). Denne risiko er også genfundet i en metaanalyse fra 2023, hvor man undersøger risikoen for LBW hos kvinder med en anamnese med AN sammenlignet med kvinder uden en anamnese med AN (OR 1.74, 95% (CI) 1.49, 2.03). Der er ikke fundet en signifikant øget risiko for LBW hos kvinder med en anamnese med BN (Milembamane 2024).

## LGA

Gravide kvinder med BED er i et nyligt systematisk review og metaanalyse fundet til at have øget risiko for LGA OR 1.43 (95% CI 1.18-1.72) i forhold til gravide kvinder uden BED (Milembamane 2024).

## Mikrocephali

I et stort nationalt svensk kohortestudie med kvinder med tidligere eller aktiv spiseforstyrrelser (n>2000) og kvinder uden tidligere historik med spiseforstyrrelser, er der fundet en næsten dobbelt så stor risiko for fund af mikrocephali hos nyfødte til mødre med AN (RR, 1.9 [95% CI, 1.5-2.4]), mens den findes yderligere øget for kvinder med aktiv AN med en risiko nær 3x forøget (RR 2,8 [95% CI, 1.5-5.0]) Risikoen for at få en nyfødt med mikrocephali for en kvinde med BN er fundet øget med 60 % (RR, 1.6 [95% CI, 1.1-2.4]) (Mantel 2020).

**TABEL 4:** Risici hos gravide med aktiv AN sammenlignet med gravide uden spiseforstyrrelser (Pan 2022)

|                                    | RR                                |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Anæmi</b>                       | 2,1 (1,3-3,2)                     |
| <b>Hyperemesis</b>                 | 4,9 (3,5-6,9)                     |
| <b>Præterm veer</b>                | 2,3 (1,05-5,11)                   |
| <b>IUGR</b>                        | 2,6 (1,43-4,71)                   |
| <b>SGA</b>                         | 1,5-2,9*                          |
| <b>Præterm fødsel &lt;37</b>       | 1,32 (1,13-1,55)                  |
| <b>Svært præterm fødsel &lt;28</b> | 2.0 (1.4-3.0) - 4.59 (1.25-16.87) |
| <b>LBW</b>                         | 1,69 (1,44-1,99)                  |
| <b>LGA</b>                         | 0,13-0,66                         |

\*RR1,52 (1,35-1,72), 2, 1 (1,3-3,6), 2,20 (1,23-3,93), 2,9 (1,98-4,26)

## Amning

I nogle undersøgelser rapporteres om amning som mindre succesfuld, svær at opretholde og må ofte vælges fra (Waugh 1999; Larsson 2003). I andre prospektive populationsbaserede kohorte undersøgelser (ALSPAC og MoBa) er der beskrevet høj tendens til at starte og fastholde amning blandt kvinder med spiseforstyrrelser i forhold til generel population (Micali 2009 (1); Micali 2009 (2); Torgersen 2010). Risiko

for ammeophør i løbet af de første 6 mdr. var særlig høj for mødre med spiseforstyrrelse (Torgersen 2010). Misbrug af afføringsmidler med udskillelse i modermælken kan give mavekneb og diare hos barnet.

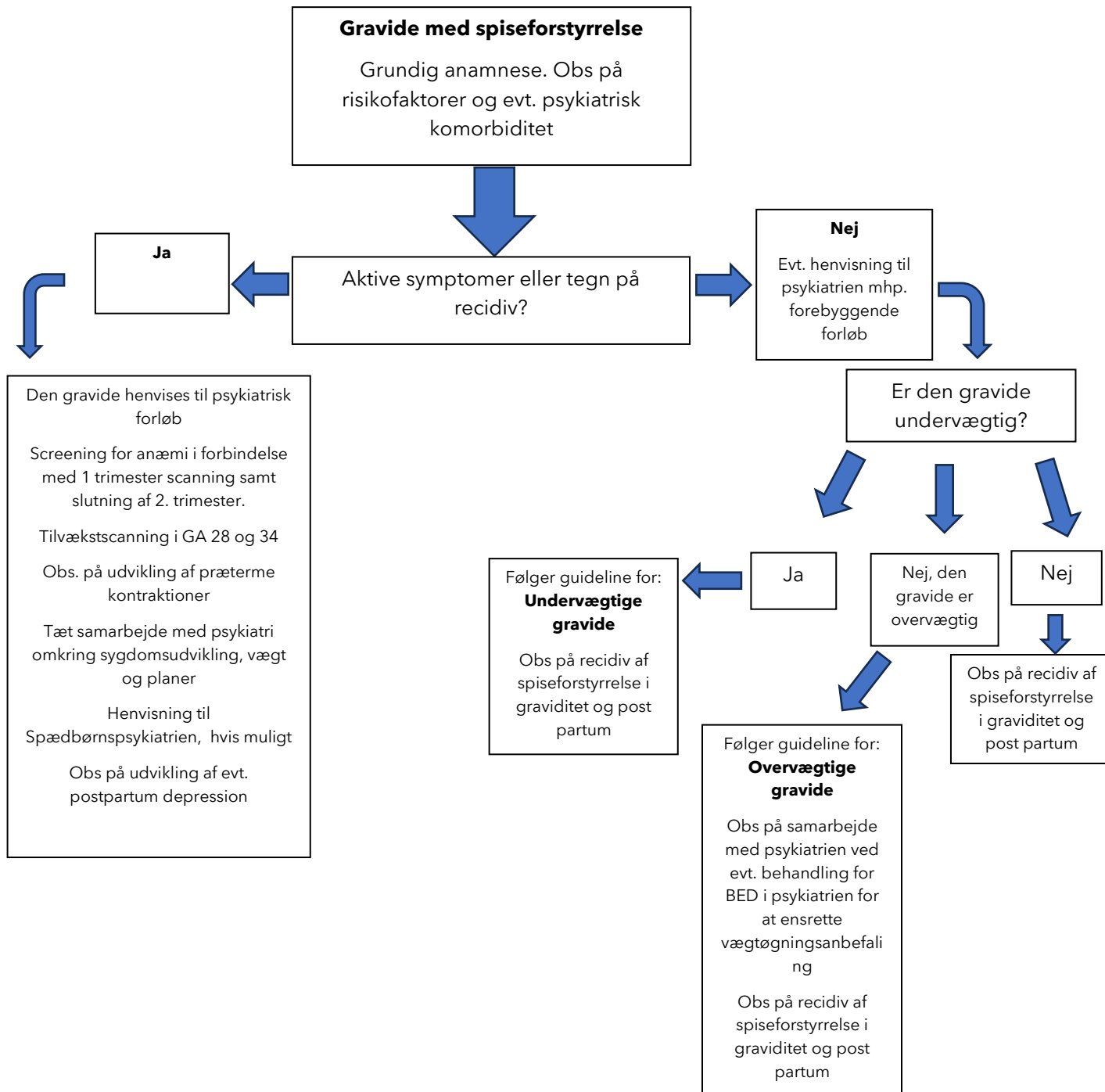
Amning er ofte et sårbart emne for disse patienter. En del ønsker at amme, fordi det er en hurtig vej til vægttab, eller fordi de har et billede af, at den perfekte moder naturligvis ammer sit barn, selvom hendes personlige problemer med kroppen kan fylde hende med ubehag.

En grundig fordomsfri ammediskussion og individuel vurdering af den enkelte patient kan være meget værdifuld.

Partner-barn relation: Det kan være nødvendigt at lade partner overtage ansvar for barnets ernæring for en periode.

Se yderligere om amning i afsnit "Amning og søvn ved psykisk sygdom" i denne guideline.

## Forslag til forløb for gravide med tidligere og aktuel spiseforstyrrelse



| Forslag til tværfagligt samarbejde for gravide og barslende med spiseforstyrrelse |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fagpersoners funktion                                                             | Graviditet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Barsel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Praktiserende læge                                                                | <p>Udfylder svangrejournale: psykiatrisk anamnese, medicin, aktuel tilstand, ressourcer, evt. henvisning til psykiatri, evt. underretning.</p> <p>Henviser til omsorgsniveau 3 eller 4.</p> <p>Almindelige svangre-kontroller med fokus på den gravides trivsel. Derudover fokus på klinisk fosterskøn.</p> <p>Fokus på forværring af symptomer.</p> <p>Henviser til psykiatrien ved aktive symptomer på spiseforstyrrelse, hvis pt ikke har et psykiatrisk forløb.</p> <p>Løbende kontakt med psykiatrien om den gravides tilstand.</p> <p>Vægt*</p> | <p>Almindelig efterfødselskontrol 8 uger post partum med fokus på trivsel hos mor og barn.</p> <p>Opmærksomhed på tiltagende symptomer på spiseforstyrrelse og evt. udvikling af postpartum depression.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Konsultations jordemoder                                                          | <p>Fokus på den gravides og foster trivsel samt tegn på prænatal tilknytning.</p> <p>Etablerer kontakt til sundhedsplejersken allerede i graviditeten.</p> <p>Fokus på klinisk fosterskøn og på evt. præterme veer.</p> <p>Vægt*</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Obstetriker                                                                       | <p>Blodprøvescreening** ved visitering til graviditets forløb + sidst i 2. trimester.</p> <p>Ser den gravide tidligt i graviditet mhp. individuel plan for opfølgning.</p> <p>Henviser til psykiatrisk forløb ved aktive symptomer, hvis ikke dette allerede er foretaget via praktiserende læge.</p> <p>Fokus på evt. forværring af spiseforstyrrelse.</p> <p>Vægt*</p> <p>Fokus på evt. behov for sygemelding</p> <p>Fokus på fremsendelse af ambulante notater/epikrise til praktiserende læge</p>                                                 | <p>Ser pt. under barselsindlæggelsen ved behov.</p> <p>Orienterer evt. psykiatiske arbejds partnere om udviklingen under fødslen og barselsindlæggelsen.</p> <p>Sikrer sig at der er plan for opfølgning hos psykiatrien, hvis kvinden har psykiatrisk forløb.</p> <p>Ved forværring af tilstanden under graviditet eller barselsindlæggelsen, tilbyder sygemelding i nogle uger (for eks, til 8 ugers undersøgelse hos praktiserende læge), for at partner overtager barselsorloven i den periode.</p> |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                | Deltager eventuelt i udskrivnings netværksmøde.<br>Udarbejder grundig epikrise.                                                                                                                                                                                                             |
| Ultralyd                                        | Almindelige scanninger i 1 og 2 trimester<br>Tilvækstscanning i ca. GA 28 og ca. GA 34                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Psykiater                                       | Psykiatrisk behandling og opfølgning af spiseforstyrrelsen<br>Løbende kommunikation med obstetiker om den gravides tilstand<br>Opfølgning af den gravides vægt*                                                                | Psykiatrisk opfølgning post partum                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Barselspersonale                                |                                                                                                                                                                                                                                | Anbefales forlænget barselsindlæggelse, iht. Lokale muligheder (2-5 dage).<br>Observation for- og støtte af mor-barn relationer og familiedannelse.<br>Fokus på ammeetablering.<br>Fokus på kontakt til sundhedsplejerske med henblik på besøg.<br>Obs på begyndende postpartum depression. |
| Sundhedsplejerske                               | Hvis muligt, tilser kvinden (eller etablerer kontakt) under graviditeten.                                                                                                                                                      | Hjemmebesøg hos den nybagte familie.<br>Obs på tiltagende symptomer på spiseforstyrrelse; obs på symptomer på postpartum depression.                                                                                                                                                        |
| Spædbørns-psykiatri el. kommunale familietilbud | Kontakt til familien allerede i graviditeten mhp. at etablere kontakt samt plan for opfølgning post partum                                                                                                                     | Opmærksomhed på forældre/barn relationer<br>Opmærksomhed på barnets trivsel                                                                                                                                                                                                                 |
| Socialrådgiver                                  | Gennemfører underretning og samarbejder med socialforvaltningen:<br>- Ved svær sygdom, hvor erhvervs- eller moderevnen vurderes truet.<br>- Ved vurdering, at der er behov for ekstra kommunale tilbud og støtte for familien. |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

\*Vægten bør følges hos én aktør i det tværfaglige team og ikke hos alle aktører, da vægtøgning ofte er et meget følsomt emne for den gravide (Nolte 2023). Ofte vil psykiatrien være den oplagte tovholder for patientens vægt, da de styrer den spiseforstyrrelses behandling.

\*\* Ved visitation til graviditet og samt i 2 trimester anbefales som minimum blodprøve i form af Hgb og ferritin. Disse tages i obstetrisk regi.

Ved behov for uddybende biokemisk kontrol ved svære symptomer anbefales fra Sundhedsstyrelsen kliniske og parakliniske undersøgelser, i henhold til tabel 1 og 2, der som hovedregel gennemføres i psykiatrien, ved praktiserende læge el. endokrinolog (Sundhedsstyrelsen 2005).

---

## REFERENCER

Ante Z, Luu TM, Healy-Profítós J, He S, Taddeo D, Lo E, Auger N. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2020 May;53(5):403-412. doi: 10.1002/eat.23251. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32100355.

Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*. 2019 Sep;31(Suppl 3):615-618. PMID: 31488801.

Bjørnholt S, Ankerstjerne L, Rønneberg E et al. Undervægt blandt prægravide kvinder er en overset risikofaktor. *Ugeskrift For Læger*. 2019 Sep. 181:V04190241.

Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, Berg CK, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. 2009 Jan;42(1):9-18. doi: 10.1002/eat.20578. PMID: 18720472; PMCID: PMC3586575.

Dörsam AF, Bye A, Graf J, Howard LM, Throm JK, Müller M, Wallwiener S, Zipfel S, Micali N, Giel KE. Screening instruments for eating disorders in pregnancy: Current evidence, challenges, and future directions. *Int J Eat Disord*. 2022 Sep;55(9):1208-1218. doi: 10.1002/eat.23780. Epub 2022 Jul 18. PMID: 35844188.

Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2000 Jun;95(6 Pt 1):942-6. doi: 10.1016/s0029-7844(00)00792-4. PMID: 10831998.

Galbally M, Himmerich H, Senaratne S, Fitzgerald P, Frost J, Woods N, Dickinson JE. Management of anorexia nervosa in pregnancy: a systematic and state-of-the-art review. *Lancet Psychiatry*. 2022 May;9(5):402-412. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00031-1. Epub 2022 Mar 24. PMID: 35339207.

Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2016 Mar;49(3):260-75. doi: 10.1002/eat.22483. Epub 2015 Dec 29. PMID: 26711005; PMCID: PMC5683401.

Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy - related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2003;11(2):116-24.

Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Oct;211(4):392.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.067. Epub 2014 Apr 3. PMID: 24705128.

Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 27;20(1):323. doi: 10.1186/s12884-020-03006-7. PMID: 32460729; PMCID: PMC7251919.

Mantel Ä, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2020 Mar 1;77(3):285-293. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3664. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2020 Mar 1;77(3):328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4578. PMID: 31746972; PMCID: PMC6902173.

Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2007 Mar;190:255-9. doi: 10.1192/bjp.bp.106.020768. PMID: 17329747.

Micali 2009 (1): Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr*. 2009 Jan;154(1):55-60.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.07.003. Epub 2008 Sep 10. PMID: 18783793.

Micali 2009 (2): Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev*. 2009 Nov;17(6):448-54. doi: 10.1002/erv.963. PMID: 19851992.

Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):150-7. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.034. Epub 2010 Dec 10. PMID: 21146231.

Micali N, Stemmann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG*. 2016 Jul;123(8):1301-10. doi: 10.1111/1471-0528.13825. Epub 2015 Dec 24. PMID: 26697807.

Milembamane M. MScFN, Moussa N.M. MScFN, Twynstra J. PhD, Seabrook J.A. PhD. Maternal Eating Disorders and Adverse Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Diet Pract Res*. 2024 Mar 1;85(1):45-53. doi: 10.3148/cjdpr-2023-019. Epub 2023 Nov 30. PMID: 38032141.

Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999 Dec 4;319(7223):1467-8. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467. PMID: 10582927; PMCID: PMC28290.

NICE guideline 2017: National Guideline Alliance (UK). Eating Disorders: Recognition and Treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 May. PMID: 28654225

Nolte JM, Cvetanovska E, Rasmussen MB, Gudbergensen LV, Sørbye-Land C, Andersen AM, Olsen EM, Rønneberg ET. Anorexia nervosa i graviditet og barselsperiode. *Ugeskrift For Læger*. 2023 Jan. 185:V05220352.

Çiçekoğlu Öztürk P, Taştekin Ouyaba A. Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2024 Feb;309(2):397-411. doi: 10.1007/s00404-023-07051-3. Epub 2023 May 10. PMID: 37162562.

Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY. Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord*. 2022 Feb 16;10(1):25. doi: 10.1186/s40337-022-00551-8. PMID: 35172902; PMCID: PMC8848585

Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, Mortensen PB, Eaton WW. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014 May;71(5):573-81. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.16. PMID: 24806211

Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, Buss C, Drehmer M, Melere C, Hoffman J, Ozcariz S, Manenti CN, Pinheiro AP, Duncan BB. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord*. 2009 Jul;42(5):387-93. doi: 10.1002/eat.20643. PMID: 19115363.

Sollid C, Clausen L, Maimburg RD. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *Int J Eat Disord*. 2021 Dec;54(12):2132-2142. doi: 10.1002/eat.23620. Epub 2021 Sep 28. PMID: 34581449.

Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser, anbefalinger for organisation og behandling. 2005. Spiseforstyrrelser.ashx

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen, 2022.

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Anbefalinger-for-svangreomsorgen>

Tayhan F, Doğan G, Yabancı Ayhan N, Sancar C. Assessment of eating disorders and depression in postpartum women. Eur J Clin Nutr. 2024 Apr;78(4):314-319. doi: 10.1038/s41430-023-01384-7. Epub 2023 Dec 13. PMID: 38093097.

Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. Matern Child Nutr. 2010 Jul 1;6(3):243-52. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00208.x. PMID: 20929496; PMCID: PMC6860678.

Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. Int J Eat Disord. 1999 Mar;25(2):123-33. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199903)25:2<123::aid-eat1>3.0.co;2-b. PMID: 10065389.

## SVÆRE PSYKISKE LIDELSER HOS GRAVIDE OG BARSLENDE

**Penneførere (tovholder er fremhævet):** Elisabeth Graae, Anne Raabjerg Kruse, **Kirsten Marie Schiøtt**, Poul Videbech

### SKS-koder / ICD-10 diagnoser

***I henhold til DSOG kodevejledning sættes diagnosen O993B kun på, når en patient er i medicinsk behandling eller har en diagnose stillet af psykiater eller klinisk uddannet psykolog (specialpsykolog)***

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom

+ DF209 Skizofreni

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga. tidligere psykisk sygdom

+ DF209 Skizofreni

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom

+ DF319 Bipolar affektiv sindslidelse

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga. tidligere psykisk sygdom

+ DF319 Bipolar affektiv sindslidelse

Puerperal psykose

Der findes ingen specifikke ICD-10 koder for fødselspsykoser, da disse rubriceres som alle andre psykoser i ICD-10, dvs. affektive, organiske og skizofreni osv.

## SKIZOFRENI

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                                                                                 | <b>Evidensgrad</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Tilbagefaldsrisiko er øget under graviditeten og post partum                                                                                                                                                                             | 2c                 |
| Tilbagefaldsrisiko øges ved seponering af medicinsk behandling                                                                                                                                                                           | 5                  |
| Samarbejde mellem obstetrisk team og psykiatrisk team er afgørende for optimal behandling                                                                                                                                                | 2a                 |
| Forældreevnen er meget ofte påvirket hos personer med skizofreni                                                                                                                                                                         | 2c                 |
| Rygning og rusmiddelmisbrug forekommer hyppigere blandt patienter med skizofreni                                                                                                                                                         | 2c                 |
| Skizofreni medfører øget risiko for en lang række obstetriske komplikationer, der til dels medieres af livsstilsfaktorer såsom rygning og alkoholforbrug                                                                                 | 2a                 |
| Risikofaktorer for udvikling af recidiv post partum, hos gravide med skizofreni:<br>(Kort) varighed af remission før graviditet<br>Nylig indlæggelse (inden for det sidste år) eller selvskaade før graviditet<br>Rygning<br>Stofmisbrug | 2b                 |

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Styrke</b>               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Gravide med skizofreni bør henvises til forløb på <b>psykiatrisk afdeling med regionsfunktion</b> i behandling af skizofreni.<br>Hvis kvinden allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen.                                                                                                                                                       | Specialeplanen<br>Psykiatri |
| Gravide med skizofreni bør visiteres til <b>obstetrisk specialteam</b> for psykisk sårbare gravide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | D                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Gravide med skizofreni anbefales at fortsætte igangværende medicinsk behandling af hensyn til høj tilbagefaldsrisiko ved seponering</li> <li>Skift af psykofarmaka øger risiko for tilbagefald, hvorfor indikation herfor nøje bør overvejes af speciallæge i psykiatri</li> </ul> Vedr. psykofarmakologisk behandling henvises til tværfaglig guideline "Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende" 2022 (DSOG, Dansk psykiatrisk selskab) | D                           |
| Opmærksomhed på forældreevnen er en af de vigtigste indsatser i arbejdet med gravide med skizofreni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B                           |
| Som oftest vil der være indikation for underretning vedr. gravide med skizofreni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | D                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Barnets Lov 2024 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Barslende med skizofreni, der ønsker at amme støttes, heri, såfremt den medicinske behandling gør dette tilrådeligt, men amning bør ikke prioriteres over søvn; hvis amningen er på bekostning af søvnen, anbefales ammeophør.                                                  | D                |
| <b>Ved behov for ammeophør:</b><br><br>Non-farmakologisk laktationshæmning bruges i første omgang. Ved behov kan farmakologisk laktationshæmning anvendes (se separat afsnit om Dostinex behandling i denne guideline)                                                          | D                |
| Barslende med skizofreni tilbydes barselsophold, særligt mhp:<br><b>Mor:</b> observation for psykiske symptomer, søvnstøtte, aflastning<br><b>Mor &amp; barn:</b> ammeetablering, mor-barn-relation<br><b>Barn:</b> observation for evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning | D                |
| Ved udskrivelsen af barslende med skizofreni overvej behov for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningsmøde</li> <li>• Sygemelding af mor mhp. at partner kan få barselsorlov</li> <li>• Prævention</li> </ul>                                                    | D                |

## KORT BESKRIVELSE AF SKIZOFRENI

Skizofreni er en alvorlig sindslidelse, kendetegnet ved en gennemgribende påvirkning af den kognitive funktion, med hyppige påvirkninger af realitetsopfattelsen. Der er som regel udtalt påvirkning af de sociale kompetencer.

Mange oplever et periodisk forløb, nogle mere kronisk. Symptomerne ved skizofreni inddeles i:

- Positive symptomer, fx vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallucinationer
- Negative symptomer, fx affektaffladning, inaktivitet, nedsat energi, social isolation
- Kognitive forstyrrelser, fx nedsat opmærksomhed, nedsat hukommelse, nedsat evne til at planlægge, problemer med at sortere i sanseindtryk og fx sortere baggrundstøj fra og sproglige forstyrrelser (fx privat sprogbrug)

Lidelsen er ofte svært invaliderende, og kun omkring 10% af voksne med skizofreni er i arbejde (Bedre Psykiatri 2019).

## EPIDEMIOLOGI

Livstidsrisiko: ca. 1.8%, i DK nogenlunde ens for kvinder og mænd (Starzer 2024), men sygdommen har typisk et mildere forløb hos kvinder.

Debutfidspunkt: typisk i teenageår eller ung voksenalder.

Prognose:

- Ca. 25% remitterer fuldstændigt
- Ca. 50% kommer sig socialt på medicinsk behandling
- Ca. 25% forbliver på et lavt funktionsniveau og har brug for støtte i hverdagen.  
(Patienthåndbogen, Skizofreni, Sundhed.dk)

Der er betydeligt øget dødelighed blandt personer med skizofreni, bl.a. pga. øget forekomst af hjertekarsygdomme og type 2-diabetes. (Laursen 2013).

Selvordsrisiko: I de første år efter symptomdebut er der en øget risiko for selvmord. Mellem 4-13% af mennesker, der får stillet diagnosen, begår selvmord, og 25-30% foretager et eller flere selvmordsforsøg. (Patienthåndbogen, Skizofreni, Sundhed.dk).

Fertilitet: 1. generations antipsykotika forårsager udtalt hyperprolactinæmi, hvilket påvirker fertiliteten - hvor det sjældnere giver anledning til problemer ved de fleste nyere antipsykotika. (Bostwick 2009).

---

## PSYKIATRISKE RISICI VED GRAVIDITET

I en engelsk retrospektiv kohorteundersøgelse fra 2018 af 203 gravide med non-afektiv psykose (heraf 112 m. skizofreni), som alle var i remission ved graviditetens begyndelse, forekom der relaps, i form af enten psykiatrisk indlæggelse eller selvskade, hos 24%. Der er ikke angivet specifikke tal for patienter med skizofreni. Risikofaktorer var nylige indlæggelser forud for graviditeten, nylig selvskade, stofmisbrug og rygning. (Taylor 2018).

I et dansk registerstudie fra 2009 af 28.000 kvinder med allerede eksisterende psykisk sygdom, fandt man en øget relativ risiko for tilbagefald i den tidlige postpartum-periode for patienter med skizofreni (RR= 4,6; 95% CI = 2,5-8,5). Der er således en betydeligt øget risiko for indlæggelse, også for kvinder med skizofreni, i postpartum perioden, omend den ikke er nær så udtalt som for kvinder med bipolar affektiv sindslidelse. Det skal bemærkes, at dataindsamlingsperioden strækker sig fra 1973 til 2005, hvilket kan betyde, at risikoen er anderledes nu, med andre og forhåbentlig bedre behandlingsmuligheder. (Munk-Olsen 2009).

Grundet høj tilbagefaldsrisiko samt øvrige risici ved abrupt ophør, eksempelvis øget risiko for misbrug, bør ophør med medicinske behandling i graviditeten undgås. Ligeledes bør eventuelt behov for medicinskift optimalt set foretages før kvinden bliver gravid. (DSOG 2022).

---

## OBSTETRISKE RISICI VED SKIZOFRENI

Gravide med skizofreni har højere forekomst af stort set alle obstetriske komplikationer. En stor del af det forklares ved, at de som gruppe har større forekomst af livsstilsrelaterede risikofaktorer, som f.eks. rygning, men også overvægt, fysisk inaktivitet og rusmiddelmisbrug. Men selvom der kontrolleres for disse confounders, har gravide med skizofreni stadig højere forekomst af stort set alle obstetriske komplikationer (Vigod 2020).

Et fransk case-control-studie fra 2021 (N=3.108) fandt  $OR > 1$  på samtlige udfald, fraset PPH. Der er dog ikke tale om store risici, og eneste  $OR > 2$  var for 'stillbirth or medical abortion'. (Fabre 2021).

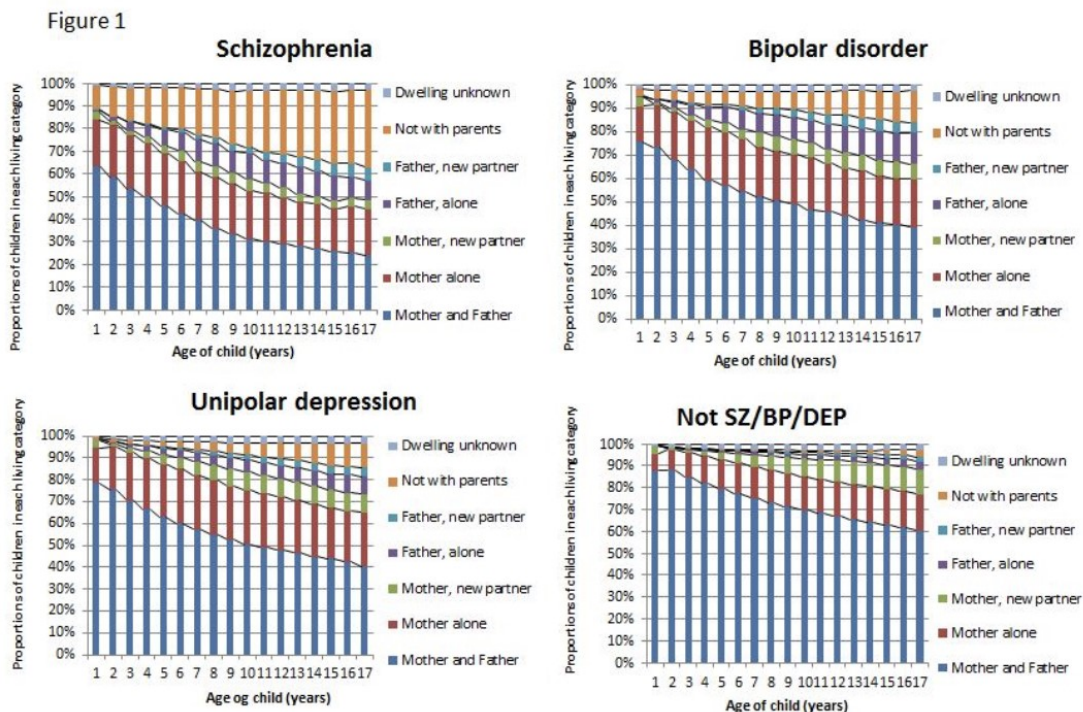
Et meget stort kinesisk review og metaanalyse fra 2023 (N=21.253), som dog langt overvejende repræsenterer vestlige lande; Australien, Canada, Skandinavien og USA (kun ca. 1200 individer er fra Asien), viste at kvinder med skizofreni havde højere risiko for gestational diabetes, præeklamsi og eklamsi, abruptio placentae, tromboemboliske lidelser, præterm fødsel, misdannelser, lav Apgar-score, SGA, lav fødselsvægt, og neonatal mortalitet. Ej heller i dette studie var der tale om høje odds ratios; eneste signifikante fund med  $OR > 2$  var for tromboembolisk sygdom, hvor OR var 2.0. (Tang 2023).

## TILKNYTNING OG FORÆLDRESKAB I RELATION TIL SKIZOFRENI

Skizofreni er en alvorlig psykisk sygdom, som på en stor del af patienterne har så indgribende effekt på deres sociale funktionsniveau, at forældreevnen naturligvis også påvirkes.

En dansk registerundersøgelse (Ranning 2016), vedr. opvækstforhold blandt børn af forældre med svær psykisk sygdom viste, at ca. 25% af børn af forældre med skizofreni oplever at blive anbragt udenfor hjemmet inden de fylder 18 år, hvilket er betydeligt højere antal end ved andre svære psykiatriske lidelser.

Opmærksomhed på behovet for støtte til forældreskabet er derfor en af de vigtigste indsatser over for gravide med skizofreni.



Figuren viser hvor børn fra 0-17 år er vokset op, når deres mor har enten bipolar sygdom, depression, skizofreni eller ingen psykisk sygdom. [Grafik: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry]

## BEHANDLING AF SKIZOFRENI/PSYKOSELIDELSER I GRAVIDITETEN (GENERELT)

Behandling af gravide med skizofreni er en regionsfunktion.

Behandlingen er kombineret medicinsk, psykoterapeutisk og socialt støttende.

### Medicinsk behandling:

Antipsykotika kan anvendes i graviditeten, og behandlingen bør fastholdes i graviditeten pga. høj recidivrisiko ved seponering.

Et finsk registerstudie omfattende 227 kvinder i behandling med antipsykotika, heraf 152 Quetiapinbehandlede, viste at brug af antipsykotika generelt var associeret med højere risiko for GDM (aOR 1.64; 95% CI 1.19-2.27), postpartum blødning ved vaginal fødsel (aOR 1.50; 95%CI 1.09-2.07), og indlæggelse af nyfødte  $\geq 5$  dage (aOR 2.07; 95%CI 1.57-2.73).

Anvendelse af Quetiapin i graviditeten var, som de andre antipsykotika, associeret med højere forekomst af postpartum blødning og indlæggelse af nyfødte  $\geq 5$  dage, men ikke med GDM (Kananen 2023).

Et stort dansk kohortestudie af 347 Quetiapin-eksponerede børn, samt 331 børn eksponeret for andre antipsykotika, sammenlignede forekomsten af diverse neonatale udfald i de to grupper, og med en referencegruppe (592.037 ueksponerede børn). De fandt, at Quetiapin-eksponerede børn var i øget risiko for lav 5-minutters Apgar-score, sammenlignet med børn eksponeret for andre antipsykotika, men øvrige udfald var ikke signifikant forskellige i de to grupper af eksponerede børn. (Liu 2023) Quetiapin således ikke ud til at påvirke børnene mere end andre antipsykotika.

### Særlige opmærksomhedspunkter og anbefalinger vedrørende:

#### Prægravid rådgivning

- Lidelsen er påvirkelig af graviditet og fødsel, og patienter skal anbefales at være i optimal behandling inden graviditet, ligesom vigtigheden af at fortsætte behandlingen under graviditeten skal understreges.
- Patienter med graviditetsønske kan henvises til regionsfunktion i psykiatrien mhp. optimering af behandlingen forud for graviditet.
- *Det kan oplyses at risikoen for at barnet også vil udvikle skizofreni er ca.:*
  - 10%, hvis én af forældrene har skizofreni
  - 40-50% hvis begge forældre har skizofreni (ProMedicin: Skizofreni)

Graviditeten, inkl. anbefalinger om obstetriske kontroller

#### Særlig opmærksomhed på:

- At den gravide har psykiatrisk forløb
- Socialfaglig støtte, oftest gennem underretning
- Vanlige 1. og 2. trimesterscanninger
- Individuel plan for eventuelle tilvækstscanninger
- KRAM-faktorer
- Almindelig svangreomsorg
- Ambulante notater/epikrise til praktiserende læge, mhp. orientering og involvering i forløbet

Fødslen:

- Håndteres efter vanlige principper

### **Barselsperioden (herunder søvn, amning mv.)**

Puerperale mødre med skizofreni tilbydes barselsophold, særligt mhp.:

- Mor: Observation for psykiske symptomer, søvnstøtte, aflastning
- Mor & barn: Ammeetablering, mor-barn-relation
- Barn: Observation for evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning evt. udskrivningsmøde
- Prævention

## **BIPOLAR AFFEKTIV SINDSLIDELSE**

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Evidensgrad</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Gravide med bipolar affektiv lidelse har højere forekomst af livstilsrelaterede risikofaktorer som f.eks. højere alder, BMI, hypertension, rygning, alkohol- og rusmiddelbrug                                                                                                         | 2a                 |
| Rusmiddelmisbrug forekommer hyppigere blandt patienter med bipolar affektiv sindslidelse                                                                                                                                                                                              | 2c                 |
| Tilbagefaldsrisiko er øget under graviditeten og, i særdeleshed, post partum                                                                                                                                                                                                          | 2a                 |
| Tilbagefaldsrisiko øges betydeligt ved seponering af medicinsk behandling under graviditeten                                                                                                                                                                                          | 2a                 |
| Samarbejde mellem obstetrisk team og psykiatrisk team er afgørende for optimal behandling af denne gruppe gravide                                                                                                                                                                     | 2a                 |
| Undersøgelser af obstetriske outcomes hos patienter med bipolar affektiv lidelse er baseret på kohortestudier, der ofte består af behandlede og ubehandlede i én gruppe. Således er det vanskeligt at skelne effekt af sygdom og effekt af behandling                                 | 2b                 |
| Større kohortestudier viser øget risiko for præterm fødsel ved bipolar affektiv lidelse. Kun 1 studie har vist signifikant øget risiko for præterm fødsel <28 uger. Den gennemsnitlige graviditetslængde er ca. 4 dage kortere sammenlignet med gravide uden bipolar affektiv lidelse | 2b                 |
| Risikoen for præeklampsi ser ikke ud til at være øget ved bipolar affektiv sindslidelse per se. Risikoen for gestationel hypertension er muligvis let øget                                                                                                                            | 2b                 |
| Der er modstridende fund vedr. risikoen for gestationel diabetes ved maternal bipolar affektiv sindslidelse                                                                                                                                                                           | 4                  |
| Risikoen for small for gestational age foster er ikke øget ved bipolar affektiv sindslidelse. Gennemsnitsfødselsvægten er en smule mindre (36 g) ved maternal bipolar affektiv sindslidelse                                                                                           | 2a                 |
| Risikoen for large for gestational age foster er let øget ved bipolar affektiv sindslidelse                                                                                                                                                                                           | 2b                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Der er få kasuistiske meddelelser om (svær) polyhydramnion blandt litiumbehandlede gravide                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5                        |
| Risikoen for lav Apgar score <7/5 min er let øget ved bipolar affektiv sindslidelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2a                       |
| Der er ikke betydeligt øget risiko for neonatal hypoglykæmi ved maternal bipolar affektiv sindslidelse                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2b                       |
| Der er beskrevet forbigående påvirkning af thyreoideafunktionen ved litiumbehandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4                        |
| Der er kasuistiske beskrivelser af forbigående neonatal diabetes insipidus ved litiumbehandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4                        |
| Risikofaktorer for udvikling af recidiv post partum: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bipolar type I &gt; bipolar type II</li> <li>• Tidlig sygdomsdebut</li> <li>• Svær sygdom</li> <li>• Primiparitet</li> <li>• Ingen profylaktisk medicinsk behandling</li> <li>• Tidligere perinatale affektive episoder hos kvinden</li> <li>• Familiær disposition til perinatale episoder</li> </ul> | 2                        |
| Forældreevnen kan påvirkes under recidiv af bipolar affektiv sindslidelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2c                       |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Styrke</b>            |
| Gravide med bipolar affektiv sindslidelse bør visiteres til <b>obstetrisk specialteam</b> for psykisk sårbare gravide                                                                                                                                                                                                                                                                                | D                        |
| Gravide med bipolar affektiv lidelse anbefales at fortsætte igangværende medicinsk behandling, af hensyn til: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Høj tilbagefaldsrisiko ved seponering</li> <li>• Høj selvmordsrisiko hos ubehandlede</li> <li>• Risiko for recidiv, der påvirker både mor og foster, og den senere omsorgsevne for barnet</li> </ul>                                          | A                        |
| Medicinskift øger risiko for tilbagefald, hvorfor indikation herfor nøje bør overvejes af speciallæge i psykiatri                                                                                                                                                                                                                                                                                    | D                        |
| Ved behandling med enzyminducerende antiepileptika til stemningsstabilisering, anbefales tbl. Folsyre 5 mg dgl. fra planlægning af graviditet t.o.m. 1. trimester                                                                                                                                                                                                                                    | A                        |
| Overvej underretning: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved hyppige recidiver</li> <li>• Ved recidiv i graviditet eller puerperium</li> <li>• Ved vurdering af behov for støtte til forældrerollen i øvrigt</li> </ul>                                                                                                                                                                        | D<br>Barnets Lov<br>2024 |
| Kvinder med bipolar affektiv sindslidelse bør forberedes på puerperiet:<br><b>Recidivrisiko:</b> informeres om at den er allerstørst i de første 4-6 uger post partum.<br><b>Søvn:</b> informeres om vigtigheden af søvn, at lave plan for at sikre søvnen                                                                                                                                           | D                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <p><b>Amning:</b> støttes i evt. ammeønske, såfremt det er tilrådeligt mht. den medicinske behandling, men amning bør ikke prioriteres over søvn; hvis amningen er på bekostning af søvnen, anbefales ammeophør. I så fald bruges non-farmakologisk laktationshæmning i første omgang. Ved behov kan farmakologisk laktationshæmning anvendes (se separat afsnit om Dostinex beh i denne guideline)</p> <p><b>Tilbydes barselsophold, særligt mhp.</b></p> <p><b>Mor:</b> observation for symptomer på depression, mani eller blandingstilstand</p> <p><b>Mor:</b> søvnstøtte, aflastning</p> <p><b>Mor &amp; barn:</b> ammeetablering, mor-barn relation</p> <p><b>Barn:</b> observation for evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning</p> |   |
| <p>Ved udskrivelsen overvej behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningsmøde</li> <li>• Sygemelding af mor mhp. at far kan få barselsorlov</li> <li>• Prævention</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | D |

## KORT BESKRIVELSE AF SYGDOMMEN, INCL. FORLØB/RISICI VED GRAVIDITET

Bipolar affektiv sindslidelse er den psykiske lidelse, der indebærer allerhøjest risiko for alvorligt recidiv i relation til graviditet og, særligt, puerperiet. Dette afsnit er derfor mere omfattende end de øvrige.

Lidelsen er defineret ved forekomst af mindst to affektive sygdomsepisoder, hvoraf mindst én skal være en mani, hypomani eller blandingstilstand. Ved blandingstilstand forstås en tilstand med både depressive og maniske symptomer på samme tid, eller hurtigt skiftende depressive og maniske symptomer (ICD10).

### Symptombilleder:

**Hypomani:** øget aktivitet, engagement og energi. Personen er udadvendt, optimistisk og taler mere. Der kan også være øget tendens til irritabilitet. Mange med bipolar affektiv lidelse beskriver den hypomane tilstand som en behagelig tilstand.

**Moderat mani:** symptomerne tager til i styrke. Der er hyperaktivitet, rastløshed og uro. Personen har ofte flere projekter i gang på samme tid uden at kunne fuldføre dem. Søvnbehovet er meget nedsat. Personen kan være meget opstemt, have en øget selvfølelse, opleve øget seksuel lyst og udvikle et stort pengeforbrug.

**Svær mani:** symptomerne er meget udtalte, søvnbehov ganske lille eller helt fraværende, konstant aktivitet, ude af kontrol, følelse af at være uovervindelig. Tilstanden kan være forbundet med voldsom angst, og personen kan virke truende, aggressiv og eksplosiv, særligt hvis man forsøger at begrænse hendes virkelyst. Kan i sjældne tilfælde udvikle sig til et akut delir, der er livstruende. Dette viser sig ved stigende puls, blodtryk og temperatur. Den maniske tilstand kan udvikle sig over timer til uger.

**Let depression:** Stemningslejet er præget af tristhed og træthed. Milde søvnforstyrrelser. Interessen for hobby, studie, arbejde kan være let nedsat. De fleste kan på dette stadie passe et arbejde.

**Moderat depression:** Nedtryktheden, trætheden, søvnforstyrrelserne og tabet af interesser er mere udtalte. Der er ofte nedsat koncentrationsevne og hukommelse. Nedsat evne til at tage beslutninger. Lysten til hverdagslivet forsvinder. Der er ofte tanker om død og ulykke, selvbefejdelser, skyldfølelse, selvmordstanker, udtalt følelse af håbløshed og mangel på selvværd. Seksuel lyst er som regel ophævet. Ses evt. grådtendens, men der kan også være irritabilitet, vrede og angst.

**Svær depression:** Den syge kan ikke tage vare på sig selv, nogle er handlingslammede, nogle ophører med at spise og drikke. Ligger passiv hen i sengen. Udtalt psykomotorisk hæmning. Svære selvmordstanker.

Bipolar affektiv lidelse kategoriseres efter de typiske symptombilleder i

- Bipolar type I: særligt præget af manier og som regel også depressioner
- Bipolar type II: særligt præget af depressioner og hypomanier, men aldrig svære manier

---

## EPIDEMIOLOGI

**Prævalens:** ca. 1% af befolkningen, nogenlunde lige hyppig hos kvinder og mænd.

**Debuttidspunkt:** størstedelen debuterer i sen ungdom eller tidlig voksenalder

Debut-episode:

- Depressiv episode: 85%
- Manisk episode: 12%
- Blandingstilstand: 3%

---

## RECIDIVRISIKO: EFTER FØRSTE MANISKE EPISODE: >90% RISIKO FOR AT UDVIKLE NYE AFFEKTIVE EPISODER

Behandling af de enkelte episoder er vigtig, da der er risiko for at udvikle hyppigere og voldsommere sygdomsepisoder.

Desuden er opstart af forebyggende behandling meget vigtig.

**Selvmondsrisiko, livstid:** 10-15%. Selvmordsrisikoen er størst i blandingstilstande eller under depressive faser.

Mennesker med bipolar affektiv lidelse har øget forekomst af psykiatrisk komorbiditet som f.eks.

- Angst
- OCD
- ADHD
- Rusmiddelmisbrug

Misbruget kan være et forsøg på selvmedicinering, evt. resultat af generel kritikløshed under manisk episode, og omvendt kan misbrug være en udløsende faktor for en affektiv episode.

---

## PSYKIATRISKE RISICI FORÅRSAGET AF GRAVIDITET/FØDSEL/BARSEL

Den perinatale periode medfører en betydelig risiko for tilbagefald for kvinder med bipolar affektiv lidelse og recidiverende svær depressiv lidelse, med de konsekvenser dette medfører.

Derfor søgte forfatterne i et systematisk review (Alcantarilla 2023) kritisk at vurdere evidensen bag specifikke **risikofaktorer** for denne population med det formål at forbedre forebyggelsen af tilbagefald under graviditet og postpartum.

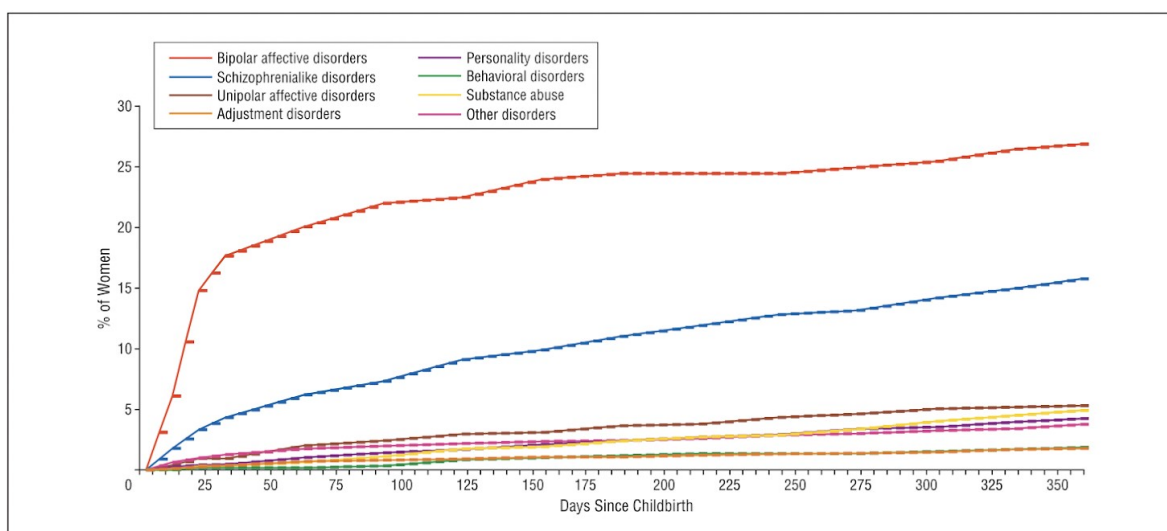
Ud fra 18 originale undersøgelser fandt man, at:

- tilbagefald af bipolar affektiv lidelse og recidiv af svær depressiv episode var hyppigere post partum end under graviditeten, særligt de første 4-6 uger post partum
- den hyppigste præsentation af perinatale episoder for begge lidelser var en alvorlig depressiv episode
- gravide med bipolar lidelse type I havde højere recidivrisiko end de med bipolar lidelse type II, eller recidiverende svære depressioner

Andre risikofaktorer var:

- tidlig sygdomsdebut
- svær sygdom
- primiparitet
- brat seponering af behandlingen
- tidligere perinatale affektive episoder enten hos kvinden selv eller i familien

I et dansk registerstudie analyserede man **risikoen for perinatal psykiatrisk genindlæggelse** i en population af mere end 28.000 kvinder med allerede eksisterende psykisk sygdom, og fandt en højere relativ risiko for tilbagefald i den tidlige postpartum-periode for patienter med bipolar affektiv lidelse (RR = 37,2; 95% CI = 13,6-102,0) sammenlignet med patienter med skizofreni (RR= 4,6; 95% CI = 2,5-8,5) eller andre psykiatriske lidelser (RR = 3,0; 95% CI = 1,9-4,7). Perioden med størst risiko for hospitalsindlæggelse pga. tilbagefald hos kvinder med bipolar affektiv sindslidelse var mellem dag 10 og 19 efter fødslen (Munk-Olsen 2009).



**Figure.** Cumulative incidences of readmission (the percentage of individuals in the population who were readmitted at a given point) by time since birth among Danish mothers born between January 1, 1955, and July 1, 1990, with previous psychiatric admissions before the birth of the first child. From January 1, 1973, through June 30, 2005, a total of 487 mothers were readmitted within 12 months after the birth of their first child (results are based on group 2, described in the "Group 2" subsection of the "Methods" section).

Et stort systematisk review og meta-analyse af recidivrisikoen ved kendt bipolar affektiv lidelse eller tidligere postpartum psykose (Wesseloo 2016) fandt man recidivrisiko for kvinder med bipolar affektiv sindslidelse (recidiv defineret som psykose, mani, hypomani, blandingstilstand eller depression og/eller psykiatrisk indlæggelse) på 23% blandt kvinder der var i profylaktisk behandling, mod 66% blandt kvinder der ikke var i profylaktisk behandling.

---

## OBSTETRISKE RISICI FORÅRSAGET AF BIPOLAR AFFEKTIV SINDSLIDELSEN

Talrige studier viser at gravide med bipolar affektiv sindslidelse har overrepræsentation af uhensigtsmæssige livsstilsfaktorer, der udgør kendte obstetriske risici (dvs. confounders), som f.eks. højere maternel alder, BMI, hypertension, tobaksrygning, alkoholforbrug, rusmiddelforbrug, ligesom de generelt er lavere uddannet, oftere ikke i arbejde, færre er i parforhold (Bodén 2012, Sit 2014, Mei-Dan 2015, Männistö 2016, Wisner 2019, Hastie 2021, Mohamed 2023).

De fleste studier, der belyser obstetriske risici ved bipolar affektiv sindslidelse, er kohortestudier, hvor man sammenligner forekomsten af obstetriske risici med baggrundsbefolkningen. Der justeres typisk for confounders, hvorfor aOR eller aRR som regel bliver nedreguleret i forhold til crude OR/RR.

Der foreligger et større review fra 2023 (Mohamed 2023) af 15 artikler, der omhandler associationer mellem maternel bipolar affektiv sindslidelse og negative graviditetsoutcomes. Studierne er imidlertid meget heterogene, og flere outcomes beskrives kun i få studier. Nogle af studierne fokuserer på graviditetskomplikationer, andre neonatale komplikationer, nogle på børnenes udvikling på længere sigt, og nogle på mors risiko for helbredsproblemer på længere sigt.

### Præterm fødsel:

Det største kohortestudie (Mei-Dan 2015) med 1.859 gravide med bipolar affektiv lidelse, fandt øgede aORs for præterm fødsel før uge 37; aOR 1.95 (CI 1.68-2.26), også øget risiko, jf. mindre udtalt for præterm fødsel før uge 32; aOR 1.70 (CI 1.16-2.48), mens der ikke var øget risiko for fødsel før uge 28.

Andre studier har også fundet øget risiko af samme størrelsesorden for præterm fødsel;

|                        |                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Hastie 2021 (N=434):   | aRR 2.64 - den gennemsnitlige graviditetslængde dog kun -0.6 uge! |
| Männistö 2016 (N=515): | PTB <37 uger: aOR 1.54, <34 uger: aOR 2.15, <28 uger: aOR 1.9     |
| Bodén, 2012 (N=320):   | PTB <37 uger: aOR 1.48/1.50 (hhv. ubeh. /beh)                     |
| Lee, 2010 (N=337):     | PTB <37 uger: aOR 2.08                                            |

Andre (mindre) studier har ikke fundet nogen øget risiko for præterm fødsel (Wisner 2019 (N=87), Sit 2014 (N=45)).

### Gestationel hypertension og præeklamsi:

Det største kohortestudie (Mei-Dan 2015, N=1859) fandt ikke øget forekomst af gestationel hypertension.

Hastie, 2021 (N=334) fandt ikke signifikant øget risiko for præeklamsi.

Fire mindre studier viste øget forekomst af gestationel hypertension (Frayne 2019, N=178; Nguyen 2012, N=56; Lee 2010, N=337; Jablensky 2005, N=1301). Sidstnævnte (forholdsvist store studie) var ikke justeret for confounders, hvilket kunne have påvirket udfaldet.

### **Gestationel diabetes:**

Chan 2024 (N=168) fandt øget risiko for GDM ved maternel bipolar affektiv lidelse, aOR 1.75 (uden stemningsstabiliserende behandling), aOR 2.09 (med stemningsstabiliserende behandling).

Sit 2014 (N=45) fandt ikke øget forekomst af nedsat glukosetolerance.

Hastie 2021 (N=434) fandt ikke øget forekomst af neonatal hypoglycæmi ved mat. BD.

### **Small for gestational age, SGA (incl. FGR):**

Hastie 2021 (N=434), Mei-Dan 2015 (N=1859), Bodén 2012 (N=320) og Jablensky 2005 (N=1301) finder samstemmende ingen signifikant øget risiko for SGA.

### **Large for gestational age, LGA**

Hastie 2021 (N=434), Mei-Dan 2015 (N=1859) fandt øget risiko (aRR 2.64, hhv. aOR 1.29).

Bodén 2012 (N=320) fandt ikke signifikant øget risiko for LGA ved bipolar affektiv lidelse.

Hastie 2021 (N=434) fandt den gennemsnitlige fødselsvægt ved maternel bipolar affektiv lidelse 36 g **mindre** end ved raske mødre.

### **Apgar score:**

Heuckendorff 2021 (N=29.919) fandt i et stort, dansk registerstudie at risikoen for Apgar <7 (5 min) fra øget; aRR 1.49.

Risikoen for Apgar <4 (5 min) var ikke signifikant forøget.

### **Neonatal hypoglykæmi:**

Hastie 2021 (N=434) fandt ikke øget risiko for neonatal hypoglykæmi ved maternel bipolar affektiv lidelse.

Bodén 2012 (N=320) fandt ikke signifikant øget forekomst af hypoglykæmi blandt behandlede kvinder med bipolar affektiv lidelse, mens der var lige netop signifikant øget risiko, hvis mødrene ikke var i medicinsk behandling for deres bipolare affektive lidelse.

### **Neonatal indlæggelse:**

Heuckendorff 2021 (29.919) fandt øget risiko for neonatal indlæggelse, aRR 1.22, blandt børn af mødre med 'moderat til svær psykisk lidelse'. Der mangler dog specifik viden om psykiatrisk diagnose, evt. medicinsk behandling, osv.

Molenaar 2020 (N=100 litumeksponerede nyfødte, af 78 mødre). Blandt 29 børn, der fik målt P-Li indenfor 24 t efter fødslen, var der ingen sammenhæng mellem P-Li+, Apgar-score, eller neonatal indlæggelse.

Diav-Citrin 2014 (N=183 li-eksponerede nyfødte), beskrev neonatal komplikationer hos 19.3% - respiratoriske problemer, gulsot, tachycardi, sløvhed, hypoglycæmi. Det er ikke oplyst, hvor mange der krævede indlæggelse.

### **Tilknytning og forældreskab i relation til diagnosen**

Tilknytningsevne og forældrekompetence er som oftest helt normal imellem sygdomsepisoder, men er påvirket under sygdomsepisoder.

Underretning er indiceret ved

- hyppige recidiver
- recidiv i graviditet eller puerperium

Behandling af småbørnsforældre med svær psykisk sygdom bør tillige ske i samarbejde med børn- og unge-psykiatrien (Spædbarnspsykiatrien, hvis en sådan findes).

---

## BEHANDLING AF BIPOLAR AFFEKTIV SINDSLIDELSE I GRAVIDITETEN (GENERELT)

Gravide med bipolar affektiv sindslidelse jf. jvf. Specialeplanen i psykiatri (02.10.2023), henvises til forløb på **psykiatrisk afdeling med regionsfunktion** i behandling af bipolar affektiv sindslidelse. Hvis kvinden allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, eller en privatpraktiserende psykiater med interesse for feltet, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen, jf. Specialeplanen i psykiatri

### *Medicinsk behandling:*

Medicin (særligt Litium) er den bedst dokumenterede forebyggende behandling til patienter med bipolar affektiv sindslidelse. De fleste patienter har behov for vedvarende medicinsk behandling. Medicinsk behandling af gravide med bipolar affektiv sindslidelse er en psykiatrisk specialistopgave, og ligger udenfor rammerne af nuværende guideline. Vedr. psykofarmakologisk behandling henvises også til tværfaglig guideline "Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende" 2022 (DSOG, Dansk psykiatrisk selskab).

### *Psykologisk behandling:*

Dokumentationen for effekten af forebyggende psykologisk behandling og bipolar affektiv sindslidelse er svagere end dokumentationen for medicinsk forebyggende behandling.

Nogle undersøgelser tyder dog på, at der er betydelig effekt af psykoedukation og kognitiv terapi i kombination med medicinsk behandling. Psykoedukation er mere effektiv når pårørende involveres.

### *ECT:*

Kan anvendes under hele graviditeten på vanlig indikation: svær mani, svær depression. Påvirker ikke fosteret negativt.

---

## SÆRLIGE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER OG ANBEFALINGER VEDRØRENDE:

*Prægravid rådgivning (egen læge/psykiater/obstetrisk afdeling) med henblik på at:*

- anbefale at pt. er stabil og i forebyggende medicinsk behandling forud for graviditet
- understrege vigtigheden af at forebyggende behandling fortsættes i graviditeten, pga. lidelsens særlige påvirkelighed af graviditet, fødsel og puerperium

- evt. henvise til regionsfunktion i psykiatrien mhp. optimering af medicinsk behandling forud for graviditeten, og at blive fulgt i graviditeten
- fortælle, at pt. i graviditeten vil blive visiteret til obstetrisk specialteam for gravide med psykisk lidelse

#### *Graviditeten, inkl. anbefalinger om obstetriske kontroller*

- Gravide med bipolar affektiv sindslidelse bør henvises til forløb på psykiatrisk afdeling med regionsfunktion for behandling af denne lidelse. Hvis hun allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, eller en privatpraktiserende psykiater med interesse for feltet, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen, jf. Specialeplanen i psykiatri
- Gravide med bipolar affektiv sindslidelse bør visiteres til obstetrisk specialteam for gravide med psykisk lidelse, jvf. Specialplanen for Gynækologi og Obstetrik hhv. for Psykiatri
- Understøt sund livsstil
  - KRAM-faktorer
  - Relevante vitamin- og mineraltilskud (obs. højdosis Folsyre 5 mg dagligt t.o.m. 1. trimester, v. enzyminducerende AED)
- Henvi til psykiatrien, hvis ikke allerede gjort
- Hav fokus på fremsendelse af ambulante notater/epikrise til praktiserende læge, mhp orientering/involvering i forløbet
- Understøt at den gravide fastholder medicinsk behandling af sin bipolare affektive lidelse
- **UL-scanninger:**
  - Almindelige 1. og 2. trimesterscanninger
  - Yderligere scanninger, f.eks. mhp. tilknytning, efter individuel vurdering
  - Ved Valproat: obs. misdannelsesrisiko
  - Ved Lithium- og Lamotriginbehandling: scanning af fosterhjerter ved 2. trimesterscanning på lige fod med andre gravide
- Særligt vedr. Lithiumbehandling:
  - Det terapeutiske vindue for Lithium er forholdsvis smalt, hvorfor der anbefales tæt monitorering af P-Li under graviditet og puerperium (se skema). Rutinemæssige blodprøver forestås af psykiater, der er ansvarlig for lithiumbehandlingen.
  - I situationer med de- eller dyshydrering (f.eks. hyperemesis, præeklamsi, langvarig fødsel), anbefales hyppigere kontrol, og evt. udsving i P-Li konfereres med psykiater, mhp. evt. dosisjustering.
  - Obs. polyhydramnion i 3. trimester: ekstra UL-scanning på klinisk mistanke
- Særligt vedr. Lamotriginbehandling:
  - Kontrol af P-lamotrigin hver 4. uge og efter fødslen - varetages af behandlingsansvarlig psykiater.
- Graviditetsgener, der kompromitterer nattesøvnen, søges afhjulpet.
- Hvis kompromitteret nattesøvn pga. graviditet op mod terminen, overvejes igangsættelse af fødslen
- Forbered parret på tiden efter fødslen, hvor recidivrisikoen er allerstørst;
  - Læg søvnplan
  - Plan for amning/laktationshæmning
  - Vigtigt at forberede sig på at amning ikke bør være på bekostning af nattesøvnen

---

## **FØDSLEN**

- Forsøg at undgå for stor udmattelse
- Ved Lithiumbehandling: se særlige forholdsregler nedenfor.

## BARSELSPERIODEN

Tilbyd barselsophold, særligt mhp.:

- Mor:
  - observation for symptomer på depression, mani eller blandingstilstand
  - søvnstøtte, aflastning
  - evt. udskrivningsmøde
  - overvej behov for sygdomsmelding af mor, så partner kan overtage barselsorlov
- Mor & barn:
  - ammeetablering, mor-barn-relation
- Barn:
  - observation for evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning

Hvis familien foretrækker hurtig udskrivelse efter fødslen, skal det sikres at de er opmærksomme på den øgede risiko for psykiske symptomer i puerperiet, og har en plan for, hvem de kontakter (primært psykiatrien), i så fald.

### **Særlige forholdsregler ved litiumbehandling af gravide/puerperale kvinder og for påvirkning af børnene:**

Litiumbehandling af gravide er en psykiatrisk specialistopgave.

Det terapeutiske vindue for P-Litium er forholdsvis smalt. I løbet af graviditeten øges såvel det materielle fordelingsvolumen, som den renale clearance. Begge dele gør, at der ofte bliver behov for at øge Litium-dosis i løbet af graviditeten. Det anbefales, at gravide i litiumbehandling jævnligt får kontrolleret P-Li++, Ca++, væsketal og TSH (se nedenstående skema).

Kontrollerne varetages af psykiatrien.

| Tidspunkt | Mor                                                                                      | Barn                                                 |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| GA <34:   | P-Li++, Ca++, væsketal og TSH<br>Hver 4. uge                                             | 1. trimesterscanning<br>2. trimesterscanning         |
| GA >34:   | P-Li++, Ca++, væsketal og TSH<br>Hver uge                                                | Scanning mhp. tilknytning,<br>tilvækst og fostervand |
| Fødsel    | IKKE grund til at pausere litiumbehandlingen til fødslen (Molenaar 2021)                 |                                                      |
| Dag 1 pp  | Litiumdosis reduceres til prægravid dosis<br>(plan bør foreligge fra psykiater)<br>P-Li+ | Undersøgelser af baby:<br>Se nedenfor                |
| Dag 3     | P-Li++                                                                                   |                                                      |
| Dag 7     | P-Li++, Ca++, væsketal og TSH                                                            |                                                      |
| Dag 13    | P-Li++                                                                                   |                                                      |
| Dag 21    | P-Li++                                                                                   |                                                      |

|        |                               |  |
|--------|-------------------------------|--|
| Dag 28 | P-Li++, Ca++, væsketal og TSH |  |
|--------|-------------------------------|--|

|                         |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fødested:               | Kvinder i litiumbehandling bør føde på sygehus med neonatologer.                                                                                                            |
| Pæd. til fødsel:        | Kun ved kendt komplikation (misdannelse, arrytmi, polyhydramnion)                                                                                                           |
| Monitorering af barnet: | POX-screening (=postductal saturationsmåling) 4-6 t gl. (som alle børn). Hvis polyhydramnion: se-Na+ mhp. nefrogen diabetes insipidus.<br>TSH på hæleprøve (som alle børn). |
| Barselsophold:          | Barnet kan være indlagt på barselsafsnit, hvis asymptomatisk.                                                                                                               |
| Amning:                 | Anbefales ikke. Hvis amning vælges, kontrol af TSH, Li++ og creatinin hos barnet v.5 uger og herefter hver 10. uge (eller på klinisk indikation).                           |

Ovenstående anbefalinger hviler på en systematisk søgning vedr. neonatal morbiditet ved litiumeksponering i graviditeten, foretaget af klinisk farmakologisk afdeling, AUH.

Se litteratursøgning og referencer i appendiks 2.

#### **Vedr. anbefalinger for observation af barnet ved Lithiumbehandling:**

NICE: nævner ikke nyfødte

COPE (australske): nævner ikke nyfødte

DPS-guideline om NAS: nævner ikke Li

DSOG/DPS/DPS/DKFS: nævner ikke opfølgning. af barn

### **PUERPERAL PSYKOSE**

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Evidensgrad</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Forekomst: ca. 0.1-0.2% af alle puerperale kvinder                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2a                 |
| Debuttidspunkt: (timer)-dage-uger post partum. Oftest 3-10 dage post partum                                                                                                                                                                                                                                                        | 2a                 |
| Forældreevnen er påvirket ved psykose                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2                  |
| Risikofaktorer for udvikling af puerperal psykose: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere puerperal psykose</li> <li>• Kendt bipolar affektiv sindslidelse</li> <li>• Kendt psykoselidelse</li> <li>• Familiær disposition for de 3 ovenstående faktorer</li> <li>• Primiparitet</li> <li>• Søvndeprivation</li> </ul> | 2                  |

| <b>Kliniske rekommandationer</b> | <b>Styrke</b> |
|----------------------------------|---------------|
|----------------------------------|---------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling af kvinder med puerperal psykose er en psykiatrisk specialistopgave, som kræver indlæggelse på psykiatrisk afdeling med regionsfunktion i behandling af gravide og puerperale kvinder med svær psykiatrisk lidelse.</li> <li>• Hvis kvinden allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen.</li> </ul> | Specialeplanen, Psykiatri |
| Der er indikation for underretning, mhp. tættere opfølgning i hjemmet i perioden efter udskrivelsen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | D<br>Barnets Lov 2024     |
| Psykiatrisk behandling af forældre med spædbørn skal varetages i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri/pædiatri (Spædbarnspsykiatri)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Specialeplanen, Psykiatri |
| <b>Vedrørende amning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der anbefales ammeophør, mhp. ro og søvnstabilisering</li> <li>• Non-farmakologisk laktationshæmning er førstevalg, men farmakologisk laktationshæmning kan anvendes ved behov (se Afsnit om Dostinex behandling i denne guideline)</li> <li>• Ved stort ønske om amning kan der evt. malkes ud mhp. at opretholde mælkeproduktion hos mor, indtil hun kan være mere nærværende i kontakten med baby</li> </ul>                  | D                         |
| Ved udskrivelse / overflytning til psykiatrisk afdeling opmærksomhed på: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sygemelding af mor, mhp. at partner kan få barselsorlov</li> <li>• underretning mhp. tæt socialfaglig opfølgning</li> <li>• besked til sundhedsplejerske</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | D                         |

## INDLEDNING

Puerperale psykoser adskiller sig i væsentlig grad fra psykoser, der optræder på andre tidspunkter, hvad angår epidemiologi, risikofaktorer, symptomatologi, behandling og prognose (Friedman 2023).

## EPIDEMIOLOGI

### Risiko:

- Hos alle puerperale kvinder: 0.1-0.2% (Jones 2014)
- Ved kendt bipolar affektiv lidelse: 66% (uden profylaktisk behandling) vs. 23% (med profylaktisk behandling) (Wesseloo 2016)
- Kendt skizofreni: 25% (lavere ved relevant beh.)
- Tidligere puerperal psykose: 35-50% (Wesseloo 2016, Bøttcher 2021)

### Debutfaldspunkt:

(Timer til) dage til uger efter fødslen.

### **Prognose:**

- De værste symptomer varer typisk mellem 2 og 12 uger
- Det kan dog tage 6-12 mdr. at komme sig helt over tilstanden
- Puerperal psykose efterfølges ofte af en periode med depression, angst og lavt selvværd, og for mange kvinder tager det lang tid at komme til en accept af hændelsen (NHS 2023)
- 50-80% af kvinder med puerperal psykose vil senere få en episode med svær psykisk sygdom, oftest inden for det affektive spektrum (Friedman 2023)
- Gentagelsesrisikoen ved ny graviditet er 35-50% (Wesseloo 2016, Bøttcher 2021)

### **Selvmondsrisiko:**

- Er øget under puerperal psykose, og det første år post partum
- 38% af materielle selvmord sker blandt kvinder med puerperal psykose (Roberts 2018)
- Selvmordstanker er hyppigere end tanker om at skade barnet
- De som begår selvmord, har oftere kendt psykiatrisk lidelse forud for puerperal psykose

---

## **RISIKOFAKTORER FOR PUERPERAL PSYKOSE**

Omend 60% af kvinder som får puerperal psykose på forhånd har kendt svær psykisk sygdom, er det væsentligt at notere sig, at 40% af kvinder som får puerperal psykose IKKE har anamnese med psykisk lidelse.

Risikofaktorer:

- Primiparitet
- Omsorgssvigt i barndommen
- Familiær disposition til bipolar affektiv sindslidelse eller skizofreni (Friedman 2023)
- Familiær disposition til puerperal psykose
- Anamnese med puerperal psykose
- Kendt bipolar affektiv sindslidelse
- Kendt skizofreni
- Anamnese med svær depression
- Nyligt svært recidiv af psykiske symptomer/psykiatrisk indlæggelse
- Affektiv lidelse under graviditeten
- Søvndeprivation
- Prodromale symptomer i puerperiet

**Ikke** risikofaktorer:

- Nyligt tab af nærtstående
- Følelse af stress i graviditeten
- Begge ovenstående er risikofaktorer for postpartum depression

---

## KORT BESKRIVELSE AF SYMPTOMATOLOGIEN VED PUERPERAL PSYKOSE

Ud over hallucinationer og vrangforestillinger er tilstanden oftest præget af affektive og kognitive symptomer. Vrangforestillingerne udvikler sig hurtigt, og er ofte centreret omkring barnet.

Blandt kvinder som både har oplevet puerperale affektive psykoser og non-puerperale affektive psykoser, beskrives den puerperale psykose som mere præget af forvirring, desorientering, depressive symptomer og selvbefejdelse og i mindre grad klassiske maniske symptomer som talepres og udadvendthed (Friedman 2023). Ofte ses dog en blandingstilstand med meget vekslende stemningsleje fra dyb depression til mani på ganske kort tid.

### Forebyggelse og behandling af puerperal psykose:

#### Primær forebyggelse:

Risikogrupper, dvs. kvinder med tidligere puerperal psykose, bipolare affektiv sindslidelse eller psykoselidelse, med graviditetsønske, henvises til psykiatrien mhp. optimeret behandling forud for graviditet.

Under graviditet bør de tilknyttes såvel obstetrisk som psykiatrisk specialteam.

I graviditeten lægges vægt på:

- fortsat farmakologisk behandling og monitorering af effekten heraf
- forberedelse af tiden post partum:
  - strategier til at sikre søvn, incl. farmakologisk søvnstøtte
  - forventningsafstemning i forhold til amning; ikke på bekostning af søvn og psykisk velbefindende
  - inddragelse af privat netværk
  - sikring af professionelt netværk post partum (psykiatri, sundhedspleje, evt. underretning)

#### Sekundær forebyggelse:

Ved prodromale symptomer som insomni, angst, tristhed, forvirring:

- Aggressiv søvnstøtte, mhp. at afværge yderligere udvikling i tilstanden
- Se afsnittet "Akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende"

#### Tertiær forebyggelse (=behandling):

Psykiatrisk specialistopgave. Hjørnestenene i behandlingen er antipsykotika, ECT og evt. Litium ved mistanke om bipolar affektiv lidelse; derudover psykosocial støtte.

#### Mor-barn-relationen:

- Vil være læderet, når mor er psykotisk.

- Kvinden sygemeldes, mhp. at partner eller anden person i det private netværk kan være primær omsorgsperson for barnet mens mor er syg og kan overtage barselsorloven.
- Der skal foretages risikovurdering af, i hvilket omfang mor kan være sammen med sit barn.
- Psykiatriske Mother-and-baby-units, som er kendte fra andre lande, er optimale til at undgå unødigt adskillelse af mor og barn, men samtidig sikre såvel mors som barns sikkerhed og tarv under den krise, en puerperal psykose er (se også under afsnit "Samarbejde med psykiatrien")
- Amning overvejes indstillet - eller i det mindste pauseret - såvel af hensyn til at mor kan få ro til at komme sig, som af hensyn til barnet.
- Non-farmakologisk laktationshæmning skal forsøges først. Cabergolin (Dostinex®) kan anvendes ved behov for farmakologisk laktationshæmning (se afsnit om Dostinex behandling i denne guideline)

### Forslag til tværfagligt forløb for gravide og barslende med svær psykisk sygdom

| Fagpersonens funktion | Graviditet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Puerperium                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Egen læge</b>      | <p>Udfylder svangrejournale: psykiatrisk anamnese, medicin, aktuel tilstand, ressourcer, evt. henvisning til psykiatri, evt. underretning.</p> <p>Henviser til omsorgsniveau 3 eller 4.</p> <p>Almindelige svangre-kontroller med fokus på den gravides trivsel og evt. forværring af psykiske symptomer.</p> <p>Henvisning til psykiatrisk forløb (typisk regionsfunktion)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Ser barnet 5 uger pp, og mor 8 uger pp, samt efter behov. Særligt fokus på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mors og barns trivsel</li> <li>• forældre/barn-relationer</li> </ul> |
| <b>Generelt</b>       | <p>Der bør tilstræbes højest mulig grad af kontinuitet i kontakterne - etablering af et lille team, der kender pt. godt, f.eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egen læge</li> <li>• Kontaktjordemoder/kendt jordemoder-team</li> <li>• Kontaktlæge i obstetrikken</li> <li>• Socialrådgiver</li> <li>• Sundhedsplejerske</li> <li>• Kontaktlæge i psykiatrien</li> <li>• Behandler i psykiatrien</li> <li>• Evt. spædbarnspsykiatrien (kontaktlæge + behandler)</li> <li>• Under indlæggelser: så få udskiftninger i plejepersonale som muligt</li> </ul> <p>Netværksmøder med forældrene og teamets medlemmer afholdes efter behov i graviditeten, og/eller før udskrivelsen fra barselsafsnittet.</p> |                                                                                                                                                                                                 |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | Ved tegn på psykisk destabilisering, kan det være relevant at sygemelde mater, mhp. at partner kan overtage barselsorloven.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |
| <b>Konsultations Jordemoder</b> | <p>Fast specialjordemoder/kendt jordemoder-team, med særlige kompetencer vedr. psykiske og sociale problemstillinger.</p> <p>Det anbefales, at der afsættes ekstra tid pr. konsultation, og mulighed for at booke ekstra tider ved behov.</p> <p>Udover almindelige obstetriske kontroller, anbefales særligt fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykisk tilstand/tegn på tilbagefald</li> <li>• Prænatal tilknytning</li> <li>• Sociale situation</li> <li>• Plan for fødsel</li> <li>• Plan for puerperium, inkl. amning og søvn</li> <li>• Plan for prævention</li> <li>• Henvielse til antenatalt besøg af shpl</li> </ul>                                                                 | <p>Evt. barselsbesøg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultationsjordemoderen er som regel den obstetriske fagperson der kender kvinden bedst</li> </ul> |
| <b>Obstetriker</b>              | <p>Pt. ses tidligt i graviditeten, med særligt fokus på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinrådgivning (i samråd med psykiater)</li> <li>• Kontakt til psykiatrien (regionsfunktion); henvise hvis pt. ikke allerede er henvist</li> <li>• Individuel plan for opfølgning under graviditeten, ud fra det samlede forløb og evt. komorbiditet</li> </ul> <p>Ved opfølgende konsultationer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på fysisk og psykisk tilstand</li> <li>• Plan for fødsel</li> <li>• Plan for puerperium, inkl. amning og søvn</li> <li>• Plan for prævention</li> <li>• Ambulante notater/epikrise til praktiserende læge mhp. orientering om udviklingen.</li> </ul> | <p>Stuegang under barselsindlæggelsen ved behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt til psykiatrien ved behov</li> <li>• Epikrise</li> </ul>          |
| <b>Ultralyd</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Almindelige 1. og 2. trimesterscanninger</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                         |

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yderligere scanninger, f.eks. mhp. tilknytning, efter individuel vurdering.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Socialrådgiver</b>                                 | <p>Ved behov for underretning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejde underretning</li> <li>• Brobygger ml. sygehus og socialforvaltning</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Psykiater/psyk. behandler</b>                      | <p>Behandling af gravide med svær psykisk sygdom er en regionsfunktion. Hvis kvinden allerede er tilknyttet en psykiatrisk afdeling med hovedfunktion, kan den fortsatte håndtering evt. varetages på hovedfunktionsniveau, efter aftale og rådgivning fra regionsfunktionen., jf. Specialeplanen i psykiatri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorering af psykofarmakologisk beh. (effekt og evt serummonitorering)</li> <li>• Plan for puerperiet, særligt</li> <li>• Medicindosering, serummonitorering</li> </ul> | Om muligt, tilsyn på barselsafsnittet af behandler.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Barselspersonale</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Såvel første- som flergangsfødende tilbydes indlæggelse, mhp.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Støtte af den tidlige familiedannelse</li> <li>• Ammeetablering/laktationshæmning</li> <li>• Søvnstøtte</li> <li>• Observation af mors psykiske tilstand</li> <li>• Observation af barnet mhp. evt. seponeringssymptomer/medicinpåvirkning</li> <li>• Observation og støtte af mor-barn-relation</li> <li>• Kontakt til sundhedsplejerske med henblik på tidligt besøg i hjemmet</li> <li>• Sikre plan for prævention</li> </ul> |
| <b>Sundheds-plejerske</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere kontakt under graviditeten.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evt. besøg under barselsophold</li> <li>• Hjemmebesøg hurtigt efter udskrivelsen.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Spædbørnspsykiatri el. kommunale familietilbud</b> | Kontakt til familien allerede i graviditeten mhp. at etablere kontakt samt plan for opfølgning post partum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Opmærksomhed på forældre/barn-relationer og barnets trivsel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## REFERENCER

Alcantarilla L et al. Risk factors for relapse or recurrence in women with bipolar disorder and recurrent major depressive disorder in the perinatal period: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2023 Dec; 26 (6):737-754

Bedre psykiatri. Demografiske og socio-økonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien. Bedre Psykiatri/Sundheds- og ældreministeriet; 2018

Bodén. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: populationbased cohort study. *BMJ*. 2012; 345: e7085.

Bostwick. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia. *Pharmacotherapy*. 2009 Jan;29(1):64-73

Bøttcher. Fødselspsykose. Statusartikel. *Ugeskr Læger* 2021;183:V01210020

Bedre Psykiatri. Demografiske og socio-økonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien. Bedre Psykiatri/Sundheds- og ældreministeriet 2018

Diav-Citrin. Pregnancy Outcome Following In Utero Exposure to Lithium: A Prospective, Comparative, Observational Study. *Am J Psychiatry* 171:7, July 2014. [ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org) 785

DSOG. Psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende (DSOG, DPS og Dansk farmakologisk selskab) 2022

Fabre. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in women with schizophrenia: a national population-based cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe* 10 (2021) 100209

Frayne. Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic. 2019 (1432 – 0711 (Electronic)).

Friedman. Postpartum Psychosis. *Current Psychiatry Reports* (2023) 25:65–72

Hastie. Maternal lithium use and the risk of adverse pregnancy and neonatal outcomes: a Swedish population-based cohort study. *BMC Medicine*. 2021; 19:291

Heuckendorff. Risk of adverse perinatal outcomes in infants born to mothers with mental health conditions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021; 100:2019–2028.

Jablensky. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. 2005 (0002-953X (Print))

Jones. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014; 384: 1789-99

Kananen. Quetiapine and other antipsychotic medications during pregnancy: a 15-year follow-up of a university hospital birth register. *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 77, 2023 - Issue 7

Laursen TM, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One* 2013 Jun 24;8(6): e67133

Lee. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. 2010 (1573-2517)

Liu. Quetiapine treatment in the third trimester and neonatal morbidities. *AJOG Research Letter* Volume 5, Issue 6100942, June 2023

Mei-Dan. Perinatal outcomes among women with bipolar disorder; a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212 (3):367e1-8

Mohamed. Effects of bipolar disorder on maternal and fetal health during pregnancy: a systematic review *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023; 23:617

Molenaar. Management of lithium dosing around delivery: An observational study. *Bipolar Disorders*. 2021; 23:49-54

Männistö. Maternal psychiatric disorders and risk of preterm birth. 2016 (1873-2585) (Electronic)).

Molenaar et al. Management of Lithium dosing around delivery. *Bipolar disorders* 2021; 23:49-54

Munk-Olsen et al. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:189-195

Nguyen. Obstetric and neonatal outcomes of pregnant women with severe mental illness at a specialist antenatal clinic. 2012 (1326-5377)

NHS 2023: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-partum-psychosis/>

Ranning. Children of parents with serious mental illness: With whom do they grow up? A prospective, population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Volume 55, Issue 11p953-961 November 2016.

Roberts 2018: Qualitative exploration of the effect of a television soap opera storyline on women with experience of postpartum psychosis. *B J Psych Open*. 2018;4(2):75-82

Sit. Abnormal screening for gestational diabetes, maternal mood disorder, and preterm birth. 2014 (1399-5618)

Starzer. Prognosen for skizofreni. *Ugeskr Læger* 2024;186.

Tang. Adverse perinatal pregnancy outcomes in women with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 262 (2023) 156-167.

Taylor et al. Predictors of severe relapse in pregnant women with psychotic or bipolar disorders. *Journal of Psychiatric Research* 104 (2018) 100-107.

Torfs et al. Early Postnatal Outcome and Care after in Utero Exposure to Lithium. A Single Center Analysis of a Belgian Tertiary University Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug; 19(16): 10111

Vigod. Maternal schizophrenia and adverse birth outcomes: what mediates the risk? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020 May;55(5):561-570

Wesseloo. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 173:2, February 2016

Wisner. Bipolar disorder and psychotropic medication: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *J Affect Disord*. 2019; 243:220-5.

## AKUTTE PSYKIATRISKE TILSTANDE HOS GRAVIDE OG BARSLLENDE

**Penneførere (tovholder er fremhævet):** Elisabeth Graae, **Anne Raabjerg Kruse**, Kirsten Marie Schjøtt, Poul Videbech

### SKS-koder / ICD-10 diagnoser

***I henhold til DSOG kodevejledning sættes diagnosen O993B kun på, når en patient er i medicinsk behandling eller har en diagnose stillet af psykiater eller klinisk uddannet psykolog (specialpsykolog)***

### Søvnforstyrrelser

F510 Ikke-organisk søvnløshed

G470 Insomni

G472 Forstyrret søvnrytme

G479 Søvnforstyrrelse UNS

### Vrangforestillinger og hallucinationer

F23 Akutte og forbigående psykoser

F28 Andre ikke-organiske psykoser

F302 Manisk enkeltepisode med psykotiske symptomer

F323 Depressiv enkeltepisode af svær grad med psykotiske symptomer

---

## INDLEDNING

Symptomer på psykisk sygdom kan opstå pludseligt, og nogle gange i svær grad, op til eller lige efter fødsel. Der kan være tale om symptomer blandt kvinder, som ikke har haft psykisk sygdom tidligere. Der kan også være tale om forværrede eller nyopståede symptomer blandt kvinder med aktuel eller tidligere psykisk sygdom. Akutte psykiske symptomer i tæt relation til fødsel eller lige efter fødsel kan vanskeliggøre håndtering og behandling, på grund af simultant behov for at håndtere den obstetriske situation.

Symptomerne på akut psykisk sygdom kan være mangeartede. Afhængig af sværhedsgrad og symptom kan følgende overordnede tiltag overvejes:

- Aflastning (af kvinden og familien generelt, aktivering af netværk)
- Sikring af søvnen

- Ammeophør
- Farmakologiske tiltag
- Kontakt til psykiatrisk afdeling
- Vurdering af sikkerhed for mor og barn
- Underretning til kommunen

I det følgende omtales disse symptomer/tilstande:

- Søvnforstyrrelser
- Vrangforestillinger og hallucinationer
- Svære affektive symptomer
- Angst og dissociative tilstande
- Funktionelle anfald - FDS (Functional Dissociative Seizures)/PNES (Psychogenic Non-Epileptic Seizures)
- Suicidal adfærd og impulser
- Selvskadende adfærd og impulser

## SØVNFORSTYRRELSE

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Styrke</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Søvnforstyrrelser forsøges først håndteret non-farmakologisk.                                                                                                                                                                                                                                  | D             |
| Ved manglende effekt af non-farmakologiske tiltag kan farmakologiske tiltag tages i brug f.eks.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tbl. zolpidem 10 mg eller tbl. Zopiclon 7,5 mg ved indsovningsbesvær <i>eller</i></li> <li>• Tbl. oxazepam 15 mg ved gennemsovningsbesvær</li> </ul> | D             |
| Quetiapin anvendes som udgangspunkt ikke til patienter uden underliggende psykotisk lidelse. Undtagelsesvis kan Quetiapin anvendes efter konferering med psykiater                                                                                                                             | D             |
| Melatonin bør ikke anvendes under graviditet eller amning                                                                                                                                                                                                                                      | D             |

## BAGGRUND

Det er velkendt at søvnen er påvirket i 3. trimester og de første måneder post partum (Wilkerson 2018). De store hormonelle ændringer, som sker umiddelbart efter fødslen, kan påvirke søvnen (Wilkerson 2018). Ligeledes kan søvnen forstyrres af det nyfødte barn, amning, smerter etc. For nogle kvinder vil der være tale om decideret insomni (søvnløshed). Insomni er defineret ved en subjektiv fornemmelse af vanskelighed ved at falde i søvn eller fastholdelse af søvnen (Christensen 2018), dette selvom kvinden ikke vækkes af sit barn for at amme etc. Akut insomni kan være et symptom på begyndende psykisk sygdom - eller en trigger heraf (Carr 2023). Insomni kan således forudgå opblussen af angst, depression og, i særdeleshed, bipolar affektiv sindslidelse, hvor insomni i betydelig grad øger risikoen for postpartum psykose (Jairaj 2023; Carr 2023).

## HÅNDTERING

Baggrunden for søvnforstyrrelsen forsøges afklaret. Initielt bør søvnforstyrrelsen forsøges håndteret non-farmakologisk. Ved manglende effekt overvejes brug af hypnotika. Særligt ved akut insomni post partum gælder det om at få brudt insomnien hurtigst muligt, gerne ved flere indsatser på én gang, hvoraf hypnotika som regel også hurtigt tages i brug. Ligeledes kan psykiatrisk tilsyn være relevant.

### Non-farmakologiske tiltag

- Aflastning af kvinden - aktivering af netværk
- Fokus på ro og gode rammer for søvn (fx barnet kommer ud af stuen; ekstra rum til familien mhp. uforstyrret søvn for kvinden)
- Almindelige søvnhygiejniske råd (fx undgå kaffe til sovetid, tag et varmt bad før sengetid, læs i en bog etc.)
- Om nødvendigt plan for ingen amning om natten eller ammeophør
- **Det vil som regel ikke være hensigtsmæssigt at sove om dagen, hvis man har søvnforstyrrelse, fordi ens døgnrytme derved vil blive brudt op.**

### Farmakologiske tiltag

| Hypnotika                                                                                                                  |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Benzodiazepin-lign (Z-præparater)<br><b>Ved indsovningsbesvær</b>                                                          | Benzodiazepiner med lidt længere halveringstid<br><b>Ved gennemsøvningsbesvær</b> |
| Tbl zolpidem 10 mg (halveringstid 2-3 t)                                                                                   | Tbl oxazepam 15 mg (halveringstid 8-15 t)                                         |
| Tbl zopiclon 7,5 mg (halveringstid 5-7 t)                                                                                  | Tbl lorazepam 1 mg (halveringstid 10-20 t)                                        |
| Hypnotika bør som regel kun anvendes et par uger. Længere anvendelse skal være efter ordination af speciallæge i psykiatri |                                                                                   |

- Melatonin bør ikke anvendes under graviditet eller amning på grund af utilstrækkelige data (pro.medicin.dk)
- Quetiapin anvendes som udgangspunkt ikke til patienter uden underliggende psykotisk lidelse. Undtagelsesvis kan Quetiapin anvendes efter konferering med psykiater (Christensen 2018)

## REFERENCER

Carr C, Borges D, Lewis K, Heron J, Wilson S, Broome MR, Jones I, Di Florio A, Morales-Muñoz I. Sleep and Postpartum Psychosis: A Narrative Review of the Existing Literature. J Clin Med. 2023 Dec 7;12(24):7550. doi: 10.3390/jcm12247550. PMID: 38137618; PMCID: PMC10744103.

Christensen KS, Jørgensen MB, Jennum PJ, Christensen ST. Håndtering af insomni hos voksne i almen praksis. Sundhedsstyrelsen, Rationel farmakoterapi, nr. 8, 2018 Okt

Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. J Psychopharmacol. 2023 Oct;37(10):960-970. doi: 10.1177/02698811231181573. Epub 2023

Jul 29. PMID: 37515460; PMCID: PMC10612381.

Wilkerson AK, Uhde TW. Perinatal Sleep Problems: Causes, Complications, and Management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Sep;45(3):483-494. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.003. PMID: 30092923.

## VRANGFORESTILLINGER OG HALLUCINATIONER

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                          | <b>Styrke</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Psykotiske symptomer post partum kan opstå pludseligt og med hurtig udvikling. Der anbefales akut involvering af psykiater                                                                | D             |
| Kvindens og barnets sikkerhed skal vurderes. Kvinden bør ikke være alene med barnet ved udvikling af akutte psykotiske symptomer. Desuden skal man sikre overvågning mhp. selvmordsrisiko | D             |

### BAGGRUND

Vrangforestillinger og hallucinationer kan opstå meget pludseligt i dagene efter fødslen. Ved postpartum psykose er de ofte relateret til barnet. Ved akut opståede psykotiske symptomer kan situationen udvikle sig hurtigt. Psykiatrisk vagthavende kontaktes og baggrunden for symptomerne søges afklaret (Osborne 2018).

### VURDERING

#### Følgende differentialdiagnoser kan overvejes:

- Postpartum psykose
- Depression med psykotiske symptomer
- Delir
- Forgiftning (medicin eller euforiserende stoffer)
- Medicin-bivirkninger (fx morfin eller steroid)

#### Somatisk sygdom skal udelukkes og følgende undersøgelser overvejes:

- Objektiv undersøgelse inkl. BT, puls, temperatur og respirationsfrekvens
- Neurologisk undersøgelse
- Blodprøver (blodsukker, væsketal inkl hæmoglobin, infektionstal, levertal, thyreoideatal. Overvej B12 og folat på indikation)
- Urinstix
- Evt. EKG

- Evt. urinscreening for euforiserende stoffer
- Evt. MR- eller CT-cerebrum
- Evt. lumbalpunktur ved mistanke om fx autoimmun encefalitis eller neuroinfektion

**Psykotiske symptomer i puerperiet er en psykiatrisk specialistopgave.**

## HÅNDBTERING

- Forsøg at skabe ro omkring kvinden
- Undersøg om hun har sovet uafbrudt, gerne i nogle timer
- Rekvirér akut psykiatrisk tilsyn. **Kun undtagelsesvist, hvis det f.eks. forventes at tilstanden vil svinde på søvn, kan kvinden forblive på obstetrisk afdeling til medicinsk søvnbehandling og opfølgning ved psykiater.**
- Vurdér sikkerheden for barnet – er der risiko for at kvinden gør skade på barnet? Kvinden bør ikke være alene med barnet.
- Vurdér sikkerheden for kvinden – er hun selvmordstruet? Må kvinden være alene?

## REFERENCER

Osborne LM. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Sep;45(3):455-468. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.005. PMID: 30092921; PMCID: PMC6174883.

## SVÆRE AFFEKTIVE SYMPTOMER

| Kliniske rekommandationer                                                                                                                           | Styrke |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Svære affektive symptomer kan debutere pludseligt post partum og behandlingen er specialitopgave, der kræver involvering af speciallæge i psykiatri | D      |

## BAGGRUND

Depressive symptomer, emotionel labilitet og nedtrykthed kan være pludseligt indsættende, særligt i den tidlige postpartum periode. Skyldfølelse, selvbebrejdelse, følelse af mindreværd og tvivl på egne evner i et urimeligt omfang bør skærpe opmærksomheden på kvindens psykiske sundhed.

Ved svær depression kan der forekomme psykotiske symptomer og psykomotoriske forstyrrelser, fx katatone symptomer såsom immobilitet/stupor.

## VURDERING

### Karakteristiske symptomer på psykotisk depression hos depressive patienter (Kelstrup, Videbech 2021)

- Stemningskongruente eller inkongruente hallucinationer eller vrangforestillinger
- Høj grad af skyldfølelse
- Høj grad af psykomotorisk forstyrrelse, både hæmning og agitation, obs katatoni
- Ingen morgenforværring
- Højere grad af kognitiv påvirkning
- Flere somatiske gener og/eller tendens til hypokondri
- Høj grad af håbløshed
- Højt angstniveau
- Højere grad af søvnforstyrrelser

*Behandling af svær depression og psykotisk depression er en specialistopgave og kræver involvering af speciallæge i psykiatri*

### HÅNDTERING

- Fokus på søvn er essentielt. Er kvinden i søvnunderskud, vil risikoen øges for at affektive symptomer opstår og forværres.
- Opstart af antidepressiva har ingen betydning i den akutte fase, da fuld effekt først ses efter nogle uger.
- Psykotisk depression er en akut psykiatrisk tilstand, der behandles med ECT som førstevalg
- Til svær depression generelt anvendes TCA-præparater (dosis fastsættes efter koncentrationsmåling i blodet) eller ECT (Regional VIP Unipolar depression).

### REFERENCER

Kelstrup AM, Videbech P. Unipolar psykotisk depression. Ugeskrift for læger 2021 20 Sep <https://ugeskriftet.dk/videnskab/unipolar-psykotisk-depression>

VIP.regionh.dk (søg: Unipolar depression - udredning, behandling og rehabilitering af voksne & ECT-behandling)

### AKUT ANGST OG DISSOCIATIVE TILSTANDE

| Kliniske rekommandationer                                                                                                                                                                                                   | Styrke |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Angstanfald i relation til fødsel og barselsperiode håndteres primært ved beroligelse og nonfarmakologiske indsatser. Alternativt kan ved angstanfald overvejes benzodiazepiner (f.eks. oxazepam 15 mg eller diazepam 5 mg) | D      |

|                                                                                                                                                        |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Ved dissociation er farmakologisk behandling ikke indiceret. Efter nonfarmakologisk håndtering af angstsymptomerne vil dissociationen som regel aftage | D |
| Det anbefales, at man er særligt opmærksom på at tilbyde efterfødselssamtale til kvinder, der har oplevet svær angst eller dissociation under fødslen  | D |

## BAGGRUND

Akutte angstsymptomer og udvikling af dissociative tilstande peripartum kan være udfordrende og kan besverliggøre optimal håndtering af en eventuel akut obstetrisk situation (for eks. føtal bradykardi, der kræver hurtig afslutning af fødslen, aktiv pressefase mm). Ved akut angst og/eller dissociation peripartum påvirkes kommunikationen og samarbejdet med kvinden, samt hendes oplevelse af fødslen og den første mor-barn kontakt. Dette kan være meget traumatiserende for moderen og kan påvirke etablering af mor-barn relationer post partum (Choi 2016).

### Angst kan vise sig på forskellige måder, som f.eks.

- Akut angstanfald (panikangst)
- Generaliseret angst
- Akut fobisk angst
- Akutte dissociative tilstande

Angst udløses eller forværres ved bekymringer om frygtelige ting, der kan ske (med en selv eller familiemedlem).

Tankerne er typisk tilbagevendende og medfører opblussen i en i øvrigt vedvarende angst.

En del kvinder oplever tiltagende angst i dagene efter fødslen, og søvndeprivation er en væsentlig trigger.

I obstetrikken møder man typisk fobisk angst i form af angst for nåle eller for at se blod.

Som regel kender kvinden sin angst på forhånd, og det er en stor fordel, hvis hun søger hjælp for sin fobi i god tid inden fødslen, og er bevidst om mestringsstrategier.

## DISSOCIATIVE TILSTANDE

Dissociation er en ubevidst copingstrategi, som betegner en ændring i bevidstheden, der kan triggere af svær angst og traumatiske situationer. Dissociation optræder hyppigere blandt kvinder end blandt mænd, og debuterer ofte før 30-års alderen. Hos nogle er tendensen til at dissociere tilbagevendende, som en dissociativ lidelse (Mikkelsen 2022; Videbech 2023). I obstetrikken opleves grader af dissociation hos omkring 10% af fødende kvinder (Zambaldi 2011; Choi 2016).

### Dissociation kan optræde i forskellige former:

- **Depersonalisation** – en 'ud af kroppen-oplevelse', fornemmelse af at være på afstand af egen krop og kropssensationer
- **Derealisation** – at omgivelserne opleves uvirkelige eller kulisseagtige
- **Somatoform dissociation** – som oplevelse af pludselig ændring af sanser eller bevægelser – syn, hørelse, følesans, eller endog krampes (PNES er en form for dissociation – se særskilt afsnit)
- **Dissociativ amnesi** – beskriver 'huller' i hukommelsen for en periode. Kvinden kan reagere tilsyneladende rationelt og samlet, men kan slet ikke erindre, hvad der er foregået

---

## VURDERING

### Et akut angstanfald (panikangst)

- **Er præget af fysiske symptomer som:**
  - muskelspændinger og deraf følgende smerter
- **Derudover aktiveres det sympatiske nervesystem, der forårsager symptomer som:**
  - hjertebanken, accelereret hjerterefrekvens
  - svedtendens
  - skælven eller rysten
  - fornemmelser af åndenød/kvælning, kvalme
  - brystmerter eller ubehag
  - svimmelhed, utilpashed og svaghed
  - summen i hænder, fødder og læber (pga. hyperventilationsinduceret hypocapni)
  - kuldegysninger eller varmekølelse
  - frygt for at miste kontrollen eller blive skør
  - frygt for at dø
  - kvalme, evt. diarré
  - evt. derealisering eller depersonalisering

**Ved dissociation** oplever personalet at kontakten med kvinden er læderet – hun virker 'fjern', trukket ind i sig selv og pludselig ændret.

---

## HÅNDTERING AF AKUT ANGST

Behandling af angst er langvarig og primært psykoterapeutisk, men i den akutte fase må man forsøge at berolige og "grounde" med følgende

### Nonfarmakologiske interventioner:

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ord</b>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Forklar med rolig stemme hvad der sker. Sig "vi passer på dig"</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Berøring</b>                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hold kvinden i hånd</li> <li>Læg en rolig hånd på hendes skulder</li> <li>Understreg nærværet; at personalet er der for hende og anerkender at hun er bange</li> <li>Vis at du er rolig og har styr på situationen</li> </ul>                                                                                                                                          |
| <b>Fokus-øvelser</b><br><b>Støtter bevidst fokus på NU-et via sanserne</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fokuser aktivt på omgivelsernes detaljer</li> <li>Prøv at vejlede kvinden til at fokusere på åndedrættet</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Aktiverende, konkrete øvelser</b><br><b>Modvirker mental fjernhed og kropslig følelsesløshed</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prøv at opfordre kvinden til at lave en bestemt bevægelse eller til at genånde i en plasticpose, særligt hvis hun hyperventilerer. Ud over at hun får noget at fokusere på, kan det sidste øge CO<sub>2</sub>-niveauet, så paræstesiene forsvinder. Dog kan det omvendt højne panikfølelsen, hvis det foregår uden hendes aktive Kooperation og forståelse.</li> </ul> |

#### Eventuel farmakologisk behandling:

- Benzodiazepiner (f.eks. oxazepam 15 mg eller diazepam 5 mg) kan lindre angsttilstande. Dog husk at et panikangstanfald varer typisk max. 30 min, så pillen når måske knapt at virke, før anfaldet ville være gået over af sig selv.
- Ved akut, fobisk angst, kan benzodiazepiner være indiceret – f.eks. ved sectio hos en kvinde med svær nåleangst.
- Farmakologisk behandling er mest relevant som behandling af længerevarende generaliseret angst, som i puerperiet ofte til dels er triggeret af søvndeprivation. I disse tilfælde er søvn (gerne farmakologisk indiceret) naturligvis en væsentlig del af behandlingen.

## HÅNDTERING AF DISSOCIATION

Ved dissociation er farmakologisk behandling ikke indiceret. Efter nonfarmakologisk håndtering af angstsymptomerne (se tidligere i teksten) vil dissociationen som regel aftage.

## OPFØLGENDE HÅNDTERING

Der er velbeskrevet sammenhæng mellem dissociation og udvikling af PTSD – således også ved dissociation under fødsel (Thiel 2020). Det anbefales, at man er særligt opmærksom på at tilbyde efterfødselssamtale til kvinder, der har oplevet svær angst eller dissociation under fødslen.

## REFERENCER

Choi KR, Seng JS Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. J Midwifery Womens Health; 2016 Jan-Feb;

61(1): 68-76

Mikkelsen et al: <https://psykologeridanmark.dk/2022/05/hvad-er-dissociation/> 2022

Thiel F & Dekel F. Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. Archives of women's health, Volume 23, pages 189-197, (2020)

Videbech et al. Psykiatri - En lærebog i voksnes psykiske sygdomme. FADLs forlag 2023

Zambaldi et al. 2011. Dissociative experience during childbirth. Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology, vol 32, issue 4

## FUNKTIONELLE ANFALD - FDS (FUNCTIONAL DISSOCIATIVE SEIZURES)/PNES (PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES)

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                          | <b>Styrke</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Et krampeanfald hos en gravid kvinde efter graviditetsuge 20, skal håndteres som et eklamptisk anfald indtil andet er bevist                                                                              | D             |
| Ved tegn på FDS (hvor eklampsi og epilepsi er udelukket) håndteres situationen ved at være tilstede, bevare roen og skabe tillid hos kvinden og de pårørende til at situationen håndteres hensigtsmæssigt | D             |

### BAGGRUND

FDS er en funktionel anfaldslidelse. Anfaldene kan ligne epileptiske anfald til forveksling. Der er tale om anfaldsvise forandringer i adfærd, uden at der kan påvises en tilgrundliggende hjernesygdom. Betegnelsen er synonym med (psykogene) non-epileptiske anfald (PNES/NES), funktionelle anfald og dissociative anfald.

Årsagen til FDS er ukendt. Tidligere mente man at lidelsen skyldtes konversion, altså en overførelse af indre psykiske konflikter til fysiske symptomer, men i dag er det almindeligt anerkendt, at der ikke altid forekommer en identificerbar udløsende årsag. FDS-anfald er lige så belastende som epileptiske anfald, og personen har ikke viljemæssig kontrol over anfaldene - det er altså ikke noget personen gør bevidst (1).

FDS ses hyppigt i 20-30-årsalderen, men kan forekomme i alle aldre. Psykiatrisk komorbiditet forekommer hyppigt:

- depression (op til 85%)
- angst (op til 50%)
- personlighedsforstyrrelser (op til 50%)
- mental retardering og posttraumatisk belastningsreaktion (op til 50%)

Fysisk og psykisk belastning eller traume er ofte relateret til anfald og det skønnes at ca. 50% af unge kvinder med FDS har været udsat for seksuelt overgreb. Mange patienter med FDS har dog ingen

psykiatrisk komorbiditet og har ikke været udsat for voldsomme hændelser eller langvarig stress. Ca. 15% af personer med epilepsi har ud over deres epilepsi også funktionelle anfaldsfænomener ("funktionel overbygning") (1).

## VURDERING

FDS kan ligne både fokale anfald med og uden bevidsthedspåvirkning og generaliserede toniske-kloniske anfald, men der er typisk tydelige kliniske forskelle (se tabel nedenfor).

Vigtigste differentialdiagnoser til FDS hos gravide efter graviditetsuge 20 er naturligvis eklampsi, hvis der er tale om tonisk-kloniske anfald, men ellers epilepsi, dissociation og angstanfald.

### Hyppige kliniske forskelle mellem funktionelle og epileptiske anfald (fra Dansk Neurologisk Selskab)

| Klinisk fund                               | FDS*                                                                                                                                           | Epileptisk anfald                                                           |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Varighed                                   | Kan være meget langvarigt (flere minutter/timer)                                                                                               | Kort, ved eklampsi som regel 1-2 minutter                                   |
| Øjne                                       | Oftest lukkede<br>Kan ikke åbnes af andre                                                                                                      | Åbne<br>Ved GTK* (som ved eklampsi) ses dilaterede pupiller uden lysrespons |
| Motoriske fænomener                        | Varierende, grove<br>Overvægt af bevægelser svt. overkrop og bækken                                                                            | Stereotype, rytmiske                                                        |
| Karakteristika af anfald                   | Broget anfaldsbeskrivelse med manglende stereotypi                                                                                             | Stereotype                                                                  |
| Omstændigheder                             | Forekommer ofte når vidner er tilstede, ikke ud af søvn og sjældent i situationer, hvor anfald vil bringe patienten i fare (fx under svømning) | Kan forekomme når og hvor som helst                                         |
| Vokalisering                               | Kan forekomme under og efter anfald                                                                                                            | Indledningsvist "epileptisk skrig" kan forekomme                            |
| Autonome fænomener                         | Takykardi, hyperventilation                                                                                                                    | Cyanose, takykardi                                                          |
| Urin- og/eller ekskretafgang               | Sjældent                                                                                                                                       | Ved GTK*                                                                    |
| Postiktale fænomener                       | Hurtig opvågning                                                                                                                               | Postiktal konfusion, træthed, hovedpine                                     |
| Skader (blå mærker, blødninger, frakturer) | Sjældent                                                                                                                                       | Forekommer især ved GTK*                                                    |
| Hukommelse                                 | Hukommelse fra før, under og lige efter anfaldet                                                                                               | Amnesi, særligt under og efter anfald (postiktal fase)                      |
| Biokemi                                    | Forhøjet laktat og/eller leukocytose i akutfasen kan forekomme                                                                                 | Forhøjet laktat og/eller leukocytose i akutfasen kan forekomme              |

\*GTK: generaliseret tonisk klonisk anfald.

\*FDS: Functional dissociative seizure

## HÅNDTERING

Ofte kender patienten til at hun har tilbøjelighed til disse anfald før hun kommer til obstetrikeren.

Som obstetiker bør man ikke 'udfritte' kvinden detaljeret om evt. tilgrundliggende traumer, idet man risikerer at re-traumatisere hende, hvilket kun giver mening hvis man har hende i terapi. Man kan dog godt spørge til, om hun har oplevet noget, hun kan have brug for hjælp til at bearbejde. I så fald kan obstetrikere henvise til denne hjælp og være opmærksom på om der er behov for særlige hensyn, f.eks. særlig opmærksomhed på tildækning eller lignende.

**Et krampeanfald hos en gravid kvinde efter graviditetsuge 20, skal håndteres som et eklamptisk anfald indtil andet er bevist:**

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Undgå at patienten kommer til skade</b>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Venstre sideleje</li></ul>                                                                                                                                                    |
| <b>Fokus på vitale værdier</b>                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• ABC-gennemgang</li><li>• Prioriter tidlig A-gas og stor PVK</li></ul>                                                                                                         |
| <b>Giv krampebehandling</b>                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• 1.Valg: magnesiumsulfat (MgSO<sub>4</sub>): bolus á 5 gr = 20 mmol i 100 ml isoton NaCl iv over 10 min.</li><li>• 2.Valg: diazepam 10 mg rektalt (kan gentages x 1)</li></ul> |
| <b>Tilkald anæstesen</b>                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Medvurdering og hjælp</li><li>• Luftvejshåndtering</li></ul>                                                                                                                  |
| <b>Efter stabilisering af kvinden, vurder den obstetriske situation</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Føtal hjertelyd</li><li>• Eventuelle tegn på nært forestående fødsel</li></ul>                                                                                                |

Ved overbevisende tegn på FDS (dvs. at eklampsi og epilepsi er udelukket, og evt. at kvinden på forhånd er kendt med FDS):

- Bevar roen i situationen
- Pårørende med god forståelse og erfaring med patientens anfald kan være en god støtte
- Pårørende med en uhensigtsmæssig tilgang kan forværre symptomerne. Fokus på at skabe ro for de pårørende og tillid til at situationen håndteres
- Prioritering i samtalen med kvinden skal være at skabe tillid, og IKKE at lede efter mulige traumer og andre potentielle årsager til symptomerne
- Sæt beskrivende ord på symptomerne, men lad det være op til patienten at tage stilling, for eksempel:
  - "Du har et anfald nu"
  - "Sådanne symptomer kan opstå som reaktion på belastninger"
  - "Sådanne anfald kan være kroppens måde at slå fra, når man er under voldsomt pres eller udsættes for svære ting"
- Det er vigtigt at forstå, at patienten ikke frembyder anfaldene med vilje

---

## REFERENCER

Dansk Neurologisk Selskab. Den nationale neurologiske behandlingsvejledning (<https://nnbv.dk/fds-funktionelle-dissociative-anfald/>)

## SUICIDAL ADFÆRD OG IMPULSER

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                            | <b>Styrke</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Hvis patienten vurderes suicidal truet, sikres sikkerhed for kvinden (og barnet) og handleplan udarbejdes akut i samarbejde med psykiatrien | D             |

---

## VURDERING

Screening af selvmordsrisiko/basal risikovurdering kan foretages ved nedenstående 8 spørgsmål.

Afhængigt af situationen må det afvejes om spørgsmålene stilles direkte, eller om det er mere hensigtsmæssigt at de til en vis grad søges besvaret ud fra et klinisk skøn.

1. Har patienten aktuelt selvmordstanker?
2. Har patienten aktuelt selvmordsplaner?
3. Fremstår patienten i væsentlig grad forpint og i væsentlig grad præget af håbløshed og sortsyn, ude af stand til at angive grunde til fortsat at leve?
4. Er patienten præget af svær impulsivitet eller agitation?
5. Har patienten på noget tidspunkt i sit liv forsøgt selvmord?
6. Fremstår patienten utroværdig, når det kommer til at tage afstand fra selvmordshandlinger?
7. Er der for nyligt sket væsentlige ændringer i patientens livsomstændigheder eller psykiske tilstand?
8. Er der tegn på, at pårørende har udtrykt bekymring for, at patienten vil forsøge selvmord?

---

## HÅNDTERING

Handlingsmæssige konsekvenser drages på baggrund af risikovurdering mhp. at forebygge selvmord. Hvis patienten vurderes suicidaltruet udarbejdes handleplan akut i samarbejde med psykiatrien. Denne kan bestå af en sikkerhedsplan, pårørendeinddragelse, indlæggelse, ordination af observationsfokus og -frekvens, skærmning og naturligvis forholdsregler vedrørende et evt. spædbarn.

---

## REFERENCER

I det følgende link gennemgås selvmordsforebyggelses-retningslinjens 1-2-3:

<https://www.fagperson.psykiatrien.rm.dk/om-os/kvalitet/patientsikkerhed/retningslinje-for-selvmondsrisikovurdering/>

## SELVSKADENDE ADFÆRD OG IMPULSER

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                        | <b>Styrke</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Ved tegn til tidligere selvskade eller kendskab til impulser om selvskade, bør dette italesættes på en indføleende, ikke anklagende måde                | D             |
| I samtalen kan kvinden hjælpes ved at fokusere på hendes alternative handlemuligheder til følelsesregulering/strategi når trangten til selvskade opstår | D             |
| Hvis kvinden har aktuelle tanker om eller trang til selvskade, eller ved tegn på nylig selvskade, er det relevant at henvise til psykiatrien            | D             |

---

## BAGGRUND

Selvskade udløses af svære følelser hos patienten og forårsager ofte svære følelser hos omgivelserne. Patienten vil som regel have brug for, at man handler roligt og velovervejet og hverken under- eller overreagerer. Tvang bør så vidt muligt undgås, men kan i meget sjældne og alvorlige tilfælde være nødvendigt.

---

## VURDERING

Oftentimes vil berøringsfladen med selvskade i obstetrisk regi være, at der opdages tegn til tidligere selvskade eller opnås kendskab til impulser/tanker om selvskade. Opdages det at patienten har ar, der kunne tyde på selvskadende adfærd (de kan sommetider være påført afdækkede steder på kroppen, inderlår osv.), bør det italesættes på et passende tidspunkt på en indføleende, professionel og ikke anklagende måde, ved at lade hende vide, at man har set det.

Hvis kvinden har aktuelle tanker om eller trang til selvskade, eller ved tegn på nylig selvskade, er det relevant at henvise til psykiatrien. Hvis selvskaden lyder som et overstået kapitel, bør patienten informeres om at nogen får opblussen af disse tanker og følelser i graviditeten - og hvis hun oplever det, kan hun fra obstetrisk regi henvises til psykiatrien.

## HÅNDTERING

- Der tilstræbes en neutral og professionel holdning, dvs. at patienten hverken mødes med fordømmelse eller øget omsorg
- Kommuniker respektfuldt, tydeligt, i korte sætninger og roligt stemmeleje (1)
- Validér de svære følelser eller behov, der ligger bag de selvskadende impulser/handlinger, samtidig med at prøve at hjælpe patienten til at forebygge/ophøre selvskaden:

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tilbyd alternative handlemuligheder til følelsesregulering                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bokse i en pude</li><li>• Gå en tur med pårørende</li><li>• Tale med nogen</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| "Vikariér" for patientens midlertidigt svigtende mentalisering. Reflektér i patientens påhør over selvskadens funktion og udløsningsfaktorer til selvskade eller tanker herom | <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>"Det ser ud til at du har været selvskadende. Det må have været en rigtig voldsom periode for dig?"</i></li><li>• <i>"Fik du noget hjælp til at håndtere det?"</i></li><li>• <i>"Har du stadig tanker om- eller trang til at gøre det?"</i></li><li>• <i>"Hvad kan gøre, at du får de tanker? Og hvad gør du, når tankerne er dér?"</i></li></ul> |

Forsøg ikke at "handle" på egne svære følelser (fx med magt forsøge at stoppe den selvskadende adfærd, fordi det er svært at se på).

**Tvang:** Hvis der vurderes, at patienten er til fare for sig selv eller andre, anvendes "røde papirer" (fareindikation). Se nærmere nedenfor.

## REFERENCER

VIP.regionh.dk (søg: Selvskade på døgnafsnit i Voksenpsykiatri)

## TVANG OG DOBBELTINDLÆGGELSE

**Pennefører: Eleonora Cvetanovska**

| Kliniske rekommandationer                                                                                                                                                                                                                                 | Styrke |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Der bør etableres lokale tværfaglige arbejdsgange/samarbejdsaftaler mellem psykiatriske og obstetriske afdelinger, med henblik på tættere samarbejde i tilfælde af akut psykisk forværring ved koeksisterende obstetriske komplikationer og tæt på fødsel | D      |

I tilfælde af akut psykisk forværring under graviditet og i barselsperioden, kan der fremkomme udfordringer ved at etablere samarbejde med psykiatrien og indlæggelse på psykiatrisk afdeling, især hvis der også er behandlingskrævende obstetriske tilstand eller kvinden er tæt på fødsel. Det er derfor nødvendigt at kende til regler for tvangsbehandling og dobbeltindlæggelse på somatiske afdelinger.

**Somatisk afdeling er i dette tilfælde obstetrisk afdeling.**

**Tvangsbehandling af dobbeltindlagte patienter i somatikken:** Iht. Psykiatrilovens §13 kan en patient, der opfylder kriterierne for frihedsberøvelse, tvangsbehandles for en somatisk sygdom, hvis patienten ikke samtykker til behandling af en sygdom, der udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Der kan henvises til §10 om Tvangstilbageholdelse, der kun må finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- a. udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller
- b. den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Hvis patienten ikke er indlagt på et psykiatrisk afsnit, men på en somatisk (obstetrisk) afsnit, er det en forudsætning, at der forinden er udfærdiget lægeerklæring om tvangsindlæggelse og at patienten dobbeltindlægges.

**Dobbeltindlæggelse:** Patienten er både indlagt i psykiatrisk og somatisk (obstetrisk) afsnit, hvilket kan optræde ved følgende scenarier (kriterie a-c forudsætter patienten er psykotisk):

- a. Patienten er indlagt i somatisk (obstetrisk) afdeling, og modsætter sig nødvendig somatisk (obstetrisk) behandling.
- b. Patienten er indlagt i psykiatrisk afsnit, og modsætter sig nødvendig somatisk (obstetrisk) behandling, som ikke kan foregå i psykiatrisk regi.
- c. Patienten er frihedsberøvet iht. Psykiatrilov og modtager eventuelt psykiatrisk tvangsbehandling. Patienten opholder sig i psykiatrisk afsnit, og har brug for somatisk (obstetrisk) behandling, som patienten ønsker at modtage frivilligt.

### **Ved behov for tvangsindlæggelse (på "røde papirer"):**

Obstetrisk bagvagt (i dagtid overlæge) konfererer med psykiatrisk bagvagt (i dagtid overlæge).

Evt. kontakt til politiet.

De røde papirer søges frem på nettet: *Lægeerklæring rød*. Se derudover Appendix i denne guideline med de "røde papirer"

<https://politi.dk/-/media/mediefiler/landsdaekkende-dokumenter/blanketter/sundhed/laegeerklæring-roed.pdf>

Politiets lægeerklæring fremkommer; printes ud og udfyldes.

- Indtil psykiateren ankommer, og hvis der vurderes at patienten er i risiko for selvmord, må hun ikke efterlades alene på stuen.

- Ved akut psykisk forværring efter fødslen skal en barslende patient aldrig efterlades alene med det nyfødte barn.

**Hvis en somatisk (obstetrisk) læge finder, at der er indikation for tvangsindlæggelse:**

| Intet behov for obstetrisk/somatisk behandling og patienten kan overflyttes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Patienten kan ikke overflyttes pga behov for obstetrisk/somatisk behandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstetriker udfylder den relevante lægeerklæring (ovenstående link)</li> <li>• Politiet tilkaldes for at ledsage patienten til psykiatrisk modtagelse</li> <li>• I sådanne tilfælde er der ikke indikation for bestilling af psykiatrisk tilsyn, derimod foretages direkte oprettelse af tvangsindlæggelse efter aftale med vagthavende psykiater</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut psykiatrisk tilsyn bestilles</li> <li>• Aftales foreløbige akutte tiltag i ventetiden på fremmøde af psykiater</li> <li>• Psykiatrisk læge tilser i disse tilfælde patienten ved fremmøde</li> <li>• Indikationen for akut psykiatrisk tilsyn vil oftest være vurdering af patienter, hvor anvendelse af tvangsbehandling efter Psykiatrilovens paragraf 13 overvejes (dobbelvindlæggelse, tvangsbehandling af legemlig lidelse). Det forudsætter, at patienten ikke er omfattet af reglerne i Sundhedslovens paragraf 18 (patienter, som varigt mangler evnen til at give informeret samtykke) eller samme lovs paragraf 19 (patienter som har et øjeblikkeligt behandlingsbehov for at forbedre overlevelsesmulighederne)</li> <li>• Såfremt patienten skal dobbeltindlægges, er det vigtigt at psykiatrisk læge dokumenterer tilsyn separat fra psykiatrisk AOP, som skal udfærdiges på den nyoprettede psykiatrisk (dobbel)indlæggelseskontakt</li> </ul> |

- Efter flere utilsigtede forløb, herunder med tragisk udkom (selvmord i barselsperioden) blev der udarbejdet samarbejdsaftale mellem regionhovedstadens psykiatri og obstetriske afdelinger med henblik på tættere samarbejde i tilfælde af akut psykisk forværring, ved koeksisterende obstetriske komplikationer og tæt på fødsel (Regional VIP Samarbejdsaftale for Reg H psykiatri og obstetriske afdelinger). Denne aftale kan eventuelt bruges som inspiration under indsats for udvikling og forbedring af samarbejdet mellem psykiatrien og obstetrikken nationalt.

## REFERENCER

Tvangsindlæggelse - Lægehåndbogen på Sundhed.dk

VIP.Region.dk Regionale dokumenter: Tvangsbehandling af patienter på somatisk afdeling - dobbeltindlæggelse og brug af fast vagt (voksne og børn)

VIP.Region.dk Regionale dokumenter: Samarbejdsaftale for Region Hovedstadens psykiatri og obstetriske afdelinger

## RISIKO FOR PSYKOSE/FORVÆRRING AF PSYKISK TILSTAND VED ORDINATION AF CABERGOLIN (DOSTINEX) ELLER BETAMETASON (BETAPRED) UNDER GRAVIDITET

Oplæg fra Anna Sophie Okkels, I læge og Lene Høimark, Overlæge

Klinisk farmakologisk enhed, Aarhus Universitetshospital

| Kliniske rekommandationer                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Styrke |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Generelt er cabergolin veltålt i forbindelse med behandling af ammestop/hæmning. De fleste bivirkninger er milde. Sparsomt data indikerer at cabergolinbehandling muligvis kan udløse psykotiske/maniske episoder hos tidligere psykisk raske mødre eller forværre psykotiske symptomer hos mødre med kendt psykisk sygdom | D      |
| Generelt kan glukokortikoider som betamethason øge risikoen for forværring af psykiatrisk sygdom og psykose, særligt ved behandling med høje doser. Der er ikke data på psykose/forværring af psykisk sygdom ifm. kortvarig højdosis behandling af kvinder ved partus praematurus imminens                                 | D      |
| For begge lægemidler gælder, at man ved prædisponerede patienter, bør udvise forsigtighed og opveje fordele og ulemper inden behandling                                                                                                                                                                                    | D      |

## BAGGRUND

### Cabergolin

Cabergolin er et syntetisk sekalealkaloid og ergolinderivat med stærke og langvarige prolaktinhæmmende egenskaber. Cabergolin er en dopaminagonist som har central virkning via D2-receptor stimulering i hypofysens laktotropiske celler og dermed hæmmer cabergolin selektivt udskillelse af adenohipofysehormonet prolaktin[1]. Det anvendes blandt andet ved hyperprolaktinæmi, parkinsons-sygdom og antipsykotika-induceret prolaktin elevation, men også til amme hæmning/stop.

Psykotiske lidelser er registreret som bivirkning af ikke kendt hyppighed i produktresuméet. Desuden er det anført, at det bør anvendes med forsigtighed ved psykotiske og psykiske lidelser i anamnesen. Jf EMA er denne forsigtighedsregel anført på baggrund af få tilfælde af psykotiske symptomer observeret efter administration af cabergolin til laktationshæmning ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu))

Cabergolin kan muligvis øge risikoen for og forværring af psykiatriske lidelser hos kvinder, der er prædisponeret for eller har en anamnese med skizofreni, bipolar affektiv lidelse eller postpartum psykose. Dette er baseret på nuværende konsensus om at psykose blandt andet udløses af dysregulering i den dopaminerge aktivitet i hjernen (og typisk behandles med medicin med dopaminantagonistisk virkning). Dertil er der sparsomme data, der muligt viser en association med psykotiske episoder hos sårbare individer i forbindelse med cabergolin behandling (Snellen 2016).

Et systematisk review (2016) undersøgte om D2 receptor agonister (cabergolin og bromkriptin) til behandling af amme hæmmning/stop er associeret med postpartum psykose. Studiet identificerede 8 case reports, 3 case series og et pharmacovigilance studie. Cabergolin blev kun brugt i 2 case reports (N=2). Studiet konkluderede at D2 agonister ser ud til at øge risikoen for psykose i både tidl. psykisk raske mødre og mødre kendt med psykisk sygdom (skizofreni, bipolar affektiv lidelse og postpartum psykose). Det gælder dog særligt for bromkriptin. Data var af lav kvalitet, mest kasuistikker og samt et enkelt studie (Snellen 2016).

Et nyere systematisk review (Harris 2020) undersøgte rapporterede bivirkninger ifm. med postpartum amme hæmmning med cabergolin. Blandt 8 randomiserede kontrollerede forsøg og 9 kohorte og ikke-randomiserede forsøg, med i alt 757 kvinder, blev 108 bivirkninger registreret i 96 kvinder. De fleste benigne, ingen psykiatriske bivirkninger blev registreret. Reviewet kommenterede dog på 4 kasuistikker (6 patienter) der adresserer den psykiatriske population. I en kasuistik var cabergolin behandling startet efter at 4 kvinder var diagnosticeret med postpartum psykose. Dette medførte ikke forværring af deres psykiske tilstand eller andre bivirkninger (Baeza Pertegaz 2002; Gahr 2011). I 2 kasuistikker (n=2) opstod der psykosesymptomer efter opstart af cabergolin behandling (Salinas 2013; Yüksel 2016). Cabergolin blev seponeret og symptomkontrol opstod efter opstart af antipsykotisk medicin.

**Der er ved gennemgang af diverse produktresumeeer for cabergolin registreret forskelligheder i anført kontraindikation. For cabergolin TEVA 0,5 mg er psykose i anamnesen eller risiko for postpartum psykose anført som kontraindikation. Dette kan ikke genfindes for andre cabergolin præparater (andre doser, producenter eller for Dostinex).**

### **Betamethason (Betapred)**

Betametason er et syntetisk glukokortikoid. 0,6 mg betamethason har samme antiinflammatoriske aktivitet som 5 mg prednisolon. På afdeling for kvindesygdomme og fødsler bruges det ved partus præmaturus imminens til respiratorisk distress syndrom (RDS)-profylakse (edoc.rm.dk partus præmaturus imminens). Der gives jf. retningslinjer 12 mg i.m. som gentages efter 24 timer (i alt 24 mg). Betapred® er ikke længere markedsført i Danmark, men er en farmaceutisk specialitet på udvalgte afdelinger i sygehusregi (jf. sygehusapoteket AUH). Jf. produktresumé (Diprophos) er det anført, at det er velkendt at kunne medføre psykiske forstyrrelser, hvorfor man bør udvise forsigtighed ved behandling af patienter med emotionel ustabilitet og psykotiske tendenser (produktresumé.dk). Eufori, humørsvingninger, insomnia er registreret som almindelige bivirkning (1-10%). Alvorlig depression til psykotiske manifestationer og personlighedsændringer er anført som sjældne bivirkning (produktresumé.dk). For Betapred (imed.se) specifikt er anført psykotisk lidelse, angst, irritabilitet og aktivering af tidligere psykisk sygdom som bivirkning af ukendt hyppighed. Jf. Meylers er psykose og andre psykiske forværringer rapporteret (Dubovsky 2012). Jf. Uptodate er der for betamethason behandling ifm. for tidlig fødsel ikke anført maternelle psykiatriske bivirkninger (Uptodate, cabergolin).

---

I litteraturen er det velkendt at glukokortikoider kan medføre psykiske bivirkninger (Ross 2012). Pathogenesen bag kortikosteorid-udløst neuropsykiske symptomer er dårligt forstået. Men en af mekanismerne menes at være at glukokortikoider kan nedsætte serotonerg aktivitet og øge dopaminerg aktivitet i hjernen (Warrington 2006). Der er manglende randomiserede kontrollerede forsøg og dertil er der stor variation i symptomerne, fra milde til moderate symptomer (agitation, angst, hypomani, insomnia, irriterabilitet, labilitet) til svære affektiv lidelse og psykose, som i flere studier er dårligt registreret (Lewis 1983). Det estimeres ud fra 1 stor meta-analyse (1983) at svære psykiske bivirkninger forekommer hos omkring 5 % af patienter i kortikosteroid behandling [18]. Incidensen angives dog med stor variation i litteraturen. Denne variabilitet reflekterer sandsynligvis, at der i studierne er stor variabilitet i definitionen af de neuropsykiske bivirkninger, dertil er der store variationer i steroid-dosis og længde på behandling. Sidst, er patientpopulationen og de underliggende årsager til behandlingen med stor variation (Ross 2012).

Der kunne ikke fremfindes studier på psykiske bivirkninger hos gravide kvinder, der i forbindelse med partus præmaturus imminens får højdosis betamethason behandling. Det har derfor ikke været muligt at kvantificere risikoen for forværring af eksisterende psykisk sygdom eller udvikling af psykose hos kvinder med kendt psykisk sygdom ved kortvarig højdosis betamethason. Det er dog velkendt at risikoen for neuropsykiske bivirkninger stiger ved øget steroid-dosis (Ross 2012; Warrington 2006).

---

## REFERENCER

Baeza Pertegaz, I., J.M. Goikolea Alberdi, and E. Parellada Rodón, Is cabergoline a better drug to inhibit lactation in patients with psychotic symptoms? *J Psychiatry Neurosci*, 2002. 27(1): p. 54.

Bilal, L. and C. Ching, *Cabergoline-induced psychosis in a patient with undiagnosed depression*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2012. 24(4): p. E54.

Chang, S.C., C.H. Chen, and M.L. Lu, Cabergoline-induced psychotic exacerbation in schizophrenic patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2008. 30(4): p. 378-80.

Dayan-Schwartz, A., et al., The efficiency of cabergoline vs pyridoxine for lactation inhibition-a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2024. 230(5): p. 561.e1-561.e8.

Dubovsky, A.N., et al., The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics*, 2012. 53(2): p. 103-15.

edoc.rm.dk, *partus præmaturus imminens. Fælles obstetrisk retningslinje*

EMA, *cabergoline - ændringer for betingelse af markedsføringstilladelse* - <https://www.ema.europa.eu>

FDA.gov, *produktresumé - dostinex* -

[https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2011/020664s011lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/020664s011lbl.pdf).

Gahr, M., M.A. Kölle, and R.W. Freudenmann, Disorganized schizophrenia does not deteriorate with dopamine agonists cabergoline and bromocriptine used for ablactation. *Pharmacopsychiatry*, 2011. 44(2): p. 74.

Gupta, P., et al., Treatment complexities in psychosis associated with cabergoline treatment in patients having pituitary prolactinomas. *Asian J Psychiatry*, 2018. 31: p. 129-132.

Harris, K., et al., Safety of Cabergoline for Postpartum Lactation Inhibition or Suppression: A Systematic Review. *J Obstet Gynaecol Can*, 2020. 42(3): p. 308-315 [imeds.se, betpred - betamethason](https://www.imeds.se/betapred) - <https://www.imeds.se/betapred>.

Lewis, D.A. and R.E. Smith, Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature. J Affect Disord, 1983. 5(4): p. 319-32.

Meylers, *Meylers side effects of drugs* - dostinex - produktresume.dk, betamethason - diprophos - <https://produktresume.dk> produktresume.dk, dostinex - cabergolin - <https://produktresume.dk/AppBuilder/search?q=%22Dostinex+%28Orifarm%29%2C+tabletter+0%2C5+mg.doc%22>.

Ross, D, Cetas J. Steroid psychosis: a review for neurosurgeons. J Neurooncol 2012; 109(3): 439-47

Salinas Botrán, A., D. Urgelés Puértolas, and E. Peregrin Abad, [Postpartum psychosis associated with cabergoline]. Med Clin (Barc), 2013. 140(1): p. 45-6.

Snellen, M., et al., Pharmacological lactation suppression with D2 receptor agonists and risk of postpartum psychosis: A systematic review. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2016. 56(4): p. 336-40.

uptodate, cabergolin - [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=cabergoline&source=search\\_result&selectedTitle=3%7E36&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H3894215431](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=cabergoline&source=search_result&selectedTitle=3%7E36&usage_type=default&display_rank=2#H3894215431).

Warrington, T.P. and J.M. Bostwick, *Psychiatric adverse effects of corticosteroids*. Mayo Clin Proc, 2006. 81(10): p. 1361-7.

Yang, Y., et al., *Is Cabergoline Safe and Effective for Postpartum Lactation Inhibition? A Systematic Review*. Int J Womens Health, 2020. 12: p. 159-170.

Yüksel, R.N., et al., *Cabergoline-induced manic episode: case report*. Ther Adv Psychopharmacol, 2016. 6(3): p. 229-31.

## STIGMATISERING HOS GRAVIDE OG BARSLENDE MED PSYKISK SYGDOM

**Penneførere (tovholder er fremhævet): Jo Glud Hjerrild, Morten Lebech, Annika Læbo Rasmussen**

| Kliniske rekommandationer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Styrke |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Brug åbent sprogbrug: <i>Hold tonen respektfuld og spørg åbent ind</i></li><li>2. Vær åben for at psykiske lidelser rammer bredt og kan komme til udtryk på mange forskellige måder: <i>Tag derfor udgangspunkt i den enkelte person, du sidder overfor, og vær nysgerrig på deres situation og behov</i></li><li>3. Uddan dig selv og dit personale: <i>Fx 5 min på morgenkonference om inkluderende sprogbrug, forskellige diagnoser eller en decideret temadag</i></li><li>4. Brug "person-first" sprogbrug: <i>Sig fx "person med skizofreni" frem for "personen er skizofren"</i></li><li>5. "Speak up" når du møder stigmatiserende adfærd: <i>Dine kollegaer kan i god tro komme til at bidrage til stigmatisering</i></li><li>6. Hjælp til at minimere selvstigmatisering hos din patient: <i>Hvilken historie fortæller personen om sig selv og den psykiske lidelse?</i></li><li>7. Hav en opmærksomhed på at patientens oplevelse af stigmatisering kan have negative konsekvenser for behandlingsforløbet (mindre tilbøjelighed til at opsøge hjælp og berette om symptomer/symptomforværring)</li></ol> | D      |

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 8. Erkend at vi alle kan have fordomme og forsøg at erkende dine egne, da det er en forudsætning for at modvirke dem<br>9. Vær varsom med at afskrive symptomer som psykiatiske symptomer: <i>Forskning peger på, at læger på akutenheder i somatikken kan misfortolke somatiske symptomer, som tegn på psykisk sygdom. Konsekvensen kan være, at diagnosticering og behandling forsinkes</i><br>10. Del de gode erfaringer blandt kollegaer |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Inspireret af Landsindsatsen "En af os"

## INTRODUKTION

Stigmatisering er en social proces, hvor marginaliserede mennesker dømmes, associeres med negative kvaliteter, andetgøres, devalueres og diskrimineres af majoritetsgrupper/mennesker i mere magtfulde positioner på baggrund af uvidenhed og fordomme (Papish et al. 2013; Knaak et al. 2017).

Stigmatisering foregår både intrapersonelt (selvstigmatisering), interpersonelt (mellem mennesker) og på strukturelt niveau (love, institutioner, systemer). Også i sundhedssystemet opstår stigmatisering på alle niveauer - altså, selvstigmatisering som patient, stigmatisering af patienter fra de sundhedsfagliges side og fra sundhedssystemets side (dette for eksempel i hvorledes ressourcer prioriteres, hvad der forskes i mv.) (Knaak et al. 2017)

Stigmatisering kan foregå af alle minoriserede grupper og konsekvenserne for de minoriserede kan være sammenlignelige trods forskellige årsager til stigmatisering. Det vil sige, at fokus på reducere af stigmatisering potentielt vil være gavnligt for både LGBTQIA+ patienter, minoritetsetniske patienter, patienter med høj vægt, patienter med handicap og patienter med psykiatiske diagnoser. Desuden er der en a priori større risiko for, at minoriserede patienter har en psykiatrisk diagnose i kraft af den minoritetsstress de er udsat for (Graugaard and Frisch 2023; Hatzenbuehler and Pachankis 2016). Vi bør derfor stræbe efter ikke at bidrage til stigmatisering generelt, men særlig relevant for denne guideline, undgå at bidrage til stigmatisering af patienter med en psykisk lidelse i somatikken/obstetrikken.

## BAGGRUND

Studier viser, at sundhedsprofessionelles holdninger til mennesker med psykisk sygdom i høj grad er lig den almene befolknings (Papish et al. 2013; Knaak et al. 2017). En vigtig, og for patienterne afgørende, faktor er dog, at den almene befolkning ikke har den samme magt over mennesker med psykisk sygdoms liv og sundhed som sundhedsprofessionelle har.

Når det i litteraturen berettes, at sundhedsprofessionelle har en oplevelse af at have sparsom viden om psykisk sygdom, at de føler sig utrygge ved patienterne og opfatter dem som "besværlige" kan dette meget vel være årsagen til, at patienter som lider af psykisk sygdom rapporterer, at de ofte føler sig devalueret, afvist og umenneskeliggjort af sundhedsprofessionelle, og at de oplever at få dårligere behandling, når de er fysisk syge (Knaak et al. 2017; Sølvhøj et al. 2019). Desuden viser amerikanske studier, at negative holdninger til patienter med psykisk sygdom har en ugunstig effekt på klinisk beslutningstagen (Stone et al. 2019).

Stigmatisering har potentiale til at forstyrre kognitionen og interpersonelle relationer hos den stigmatiserede, samt kan give øget forekomst af stressreaktioner, angst og depression (Hatzenbuehler and Pachankis 2016; Rosenthal et al. 2015).

Således er stigmatiserede patienter med psykiatriske diagnoser altså både belastede af deres psykiske sygdom, men også af stigmatiseringens påvirkning af det sociale liv, kognition og psyke. Stigmatiseringen betyder også, at patienter med psykisk sygdom er mere tilbageholdende med at informere behandlere om deres psykiske sygdom og er mindre tilbøjelige til at være hjælpsøgende (Knaak et al. 2017).

---

## KONSEKVENSER

Generelt har mennesker med en psykisk lidelse højere dødelighed end baggrundsbefolkningen (Nordentoft et al. 2013). Stigmatiserede patienter tilbydes generelt mindre eller begrænset behandling sammenlignet med andre patienter. Stigmatisering kan resultere i minoritetsstress, depression og angst hos de minoriserede patienter samt gøre, at de har mindre tillid til systemet og er mindre adhærente til behandlinger (Rosenthal et al. 2015; Stepanikova and Kukla 2017; Powell et al. 2022).

**I obstetrisk sammenhæng** er stigmatisering en selvstændig risikofaktor for at udvikle perinatal depression (Powell et al. 2022; Masters et al. 2024), måske i særlig grad, hvis den gravide kommer fra en lav socioøkonomisk baggrund (Stepanikova and Kukla 2017). Multiple studier angiver desuden øget oplevelse af stigmatisering/diskrimination i obstetrisk sammenhæng som en barriere for at søge hjælp fra sundhedsvæsenet (Dolman et al. 2013; Kingston et al. 2015; Jones 2019; Manso-Córdoba et al. 2020). Stigmatisering og frygt for at miste forældrerettigheder rapporteres desuden som barrierer ift. at oplyse om sværhedsgraden af problemer (herunder stofforbrug) over for sundhedspersoner (Johnson-Agbakwu et al. 2014) og som en barriere mod, at deltage i tilbud målrettet kvinder med psykisk lidelse (Irvine et al. 2021). Et dansk kvalitativt studie, der undersøgte otte førstegangsfødendes oplevelse af at blive fulgt i "sårbart team", peger desuden på, at dét at blive inviteret til et målrettet tilbud også kan medføre selvstigmatisering og tvivl på egne forældreverner (Jakobsen and Overgaard 2018).

---

## TILTAG

Uddannelse af det somatiske/obstetriske sundsfaglige personale i både kommunikation, videnskabsbaseret kendskab til psykiske sygdomme, tværkulturelle præsentationer af psykisk sygdom, stigmatisering og kontaktbaseret undervisning med stigmatiserede grupper, lader til at kunne reducere stigmatiserende holdning samt forbedre perinatal psykisk helbred hos patienterne (Papish et al. 2013; Webb et al. 2023; Pescosolido et al. 2021; Iturralde et al. 2021). Desuden er det nærliggende at opfordre til et øget fokus på inkluderende og/eller neutralt sprogbrug over for både patienter og kollegaer for at undgå at bidrage til stigmatisering.

---

## REFERENCER

Dolman, Clare, Ian Jones, and Louise M Howard. 2013. "Pre-Conception to Parenting: A Systematic Review and Meta-Synthesis of the Qualitative Literature on Motherhood for Women with Severe Mental Illness." *Archives of Women's Mental Health* 16 (3): 173-96. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>.

Graugaard, C, and M Frisch. 2023. "(049) Project SEXUS - Baseline Findings from a Nationwide Cohort Study on Sexual Behavior and Health in Denmark." *The Journal of Sexual Medicine* 20 (Supplement\_1).

<https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad060.047>.

Hatzenbuehler, Mark L., and John E. Pachankis. 2016. "Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications." *Pediatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>.

Irvine, Adrienne, Catherine Rawlinson, William Bor, and Elisabeth Hoehn. 2021. "Evaluation of a Collaborative Group Intervention for Mothers with Moderate to Severe Perinatal Mental Illness and Their Infants in Australia." *Infant Mental Health Journal* 42 (4): 560-72. <https://doi.org/10.1002/imhj.21922>.

Iturralde, Esti, Crystal A Hsiao, Linda Nkemere, Ai Kubo, Stacy A Sterling, Tracy Flanagan, and Lyndsay A Avalos. 2021. "Engagement in Perinatal Depression Treatment: A Qualitative Study of Barriers across and within Racial/Ethnic Groups." *BMC Pregnancy and Childbirth* 21 (1): 512. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03969-1>.

Jakobsen, Sara Pihl, and Charlotte Overgaard. 2018. "'They'll Be Judging Us': A Qualitative Study of Pregnant Women's Experience of Being Offered Participation in a Supportive Intervention." *Midwifery* 61 (June): 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.017>.

Johnson-Agbakwu, Crista E, Tara Helm, Amal Killawi, and Aasim I Padela. 2014. "Perceptions of Obstetrical Interventions and Female Genital Cutting: Insights of Men in a Somali Refugee Community." *Ethnicity & Health* 19 (4): 440-57. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.828829>.

Jones, Aubrey. 2019. "Help Seeking in the Perinatal Period: A Review of Barriers and Facilitators." *Social Work in Public Health* 34 (7): 596-605. <https://doi.org/10.1080/19371918.2019.1635947>.

Kingston, Dawn E, Anne Biringer, Amy Toosi, Maureen I Heaman, Gerri C Lasiuk, Sheila W McDonald, Joshua Kingston, Wendy Sword, Karly Jarema, and Marie-Paule Austin. 2015. "Disclosure during Prenatal Mental Health Screening." *Journal of Affective Disorders* 186 (November): 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.003>.

Knaak, Stephanie, Ed Mantler, and Andrew Szeto. 2017. "Mental Illness-Related Stigma in Healthcare: Barriers to Access and Care and Evidence-Based Solutions." *Healthcare Management Forum*. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>.

Manso-Córdoba, Silvia, Sarah Pickering, Miguel A Ortega, Ángel Asúnsolo, and Diana Romero. 2020. "Factors Related to Seeking Help for Postpartum Depression: A Secondary Analysis of New York City PRAMS Data." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249328>.

Masters, Claire, Jessica B Lewis, Ashley Hagaman, Jordan L Thomas, Rogie Royce Carandang, Jeannette R Ickovics, and Shayna D Cunningham. 2024. "Discrimination and Perinatal Depressive Symptoms: The Protective Role of Social Support and Resilience." *Journal of Affective Disorders* 354 (June): 656-61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.039>.

Nordentoft, Merete, Kristian Wahlbeck, Jonas Hällgren, Jeanette Westman, Urban Ösby, Hassan Alinaghizadeh, Mika Gissler, and Thomas Munk Laursen. 2013. "Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden." *PLoS ONE* 8 (1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>.

Papish, Andriyka, Aliya Kassam, Geeta Modgill, Gina Vaz, Lauren Zanussi, and Scott Patten. 2013. "Reducing the Stigma of Mental Illness in Undergraduate Medical Education: A Randomized Controlled Trial." *BMC Medical Education* 13 (1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-141>.

Pescosolido, Bernice A, Andrew Halpern-Manners, Liying Luo, and Brea Perry. 2021. "Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996-2018." *JAMA Network Open* 4 (12): e2140202. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>.

Powell, Adeya, Trace Kershaw, and Derrick M Gordon. 2022. "Double Impact: A Dyadic Discrimination Model for Poor, Minority, and Pregnant Couples." *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine* 99 (6): 1033-43. <https://doi.org/10.1007/s11524-022-00682-y>.

Rosenthal, Lisa, Valerie A Earnshaw, Tené T Lewis, Allecia E Reid, Jessica B Lewis, Emily C Stasko, Jonathan N Tobin, and Jeannette R Ickovics. 2015. "Changes in Experiences with Discrimination across Pregnancy and Post partum: Age Differences and Consequences for Mental Health." *American Journal of Public Health* 105 (4): 686-93. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301906>.

Sølvhøj, Ida Nielsen, Amalie Oxholm Kusier, Pia Vivian Pedersen, and Maj Britt Dahl Nielsen. 2019. "Holdninger i Det Somatiske Sundhedsvæsen Til Mennesker Med Psykisk Sygdom."

Stepanikova, Irena, and Lubomir Kukla. 2017. "Is Perceived Discrimination in Pregnancy Prospectively Linked to Postpartum Depression? Exploring the Role of Education." *Maternal and Child Health Journal* 21 (8): 1669-77. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2259-7>.

Stone, Elizabeth M., Lisa Nawei Chen, Gail L. Daumit, Sarah Linden, and Emma E. McGinty. 2019. "General Medical Clinicians' Attitudes Toward People with Serious Mental Illness: A Scoping Review." *Journal of Behavioral Health Services and Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09652-w>.

Webb, Rebecca, Nazihah Uddin, Georgina Constantinou, Elizabeth Ford, Abigail Easter, Judy Shakespeare, Agnes Hann, et al. 2023. "Meta-Review of the Barriers and Facilitators to Women Accessing Perinatal Mental Healthcare." *BMJ Open* 13 (7): e066703. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066703>.

### Supplerende litteratur:

"Holdninger i det somatiske sundhedsvæsen til mennesker med psykisk sygdom", Ida Nielsen Sølvhøj, Amalie Oxholm Kusier, Pia Vivian Pedersen og Maj Britt Dahl Nielsen, litteraturstudie, SDU på vegne af landsindsatsen En Af Os, 2019.

"Facing Stigma and Discrimination as Both a Racial and a Sexual Minority Member of the LGBTQ+ Community", Lenore Arlee, LCSW, LADC, Robyn Cowperthwaite, MD, Britta K. Ostermeyer, MD, MBA, FAPA

"Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS", 2019, Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J. B., & Graugaard, C.

## GENERELLE EMNER FOR GRAVIDITETS- OG BARSELSFORLØB MED PSYKISK SYGDOM

TVÆRFAGLIGT TEAM, TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

**Penneførere (tovholder er fremhævet): Eleonora Cvetanovska, Merete Hein**

| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                   | <b>Styrke</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Der anbefales at samle den nødvendige faglighed og ekspertise omkring gravide og barslende med psykosociale udfordringer i tværfaglige team med henblik på at kvalificere indsatsen for målgruppen | D             |

## BAGGRUND

Vigtigheden af forebyggelse af graviditets- og fødselskomplikationer for niveau 3 og 4 gravide samt en reduktion af ulighed i sundhed indebærer en etablering af en særlige indsats for de sårbare og socialt udsatte gravide og deres problematikker, er oftest multifacetterede (SST 2022, Afsnit om sårbare og socialt udsatte gravide)

I det forebyggede arbejde er tillid og tæt samarbejde mellem kvinden og de forskellige fagpersoner og myndigheder nødvendigt.

Med det formål at kvalificere indsatsen for målgruppen anbefaler Sundhedsstyrelsen at samle den nødvendige faglighed og ekspertise i tværfaglige team.

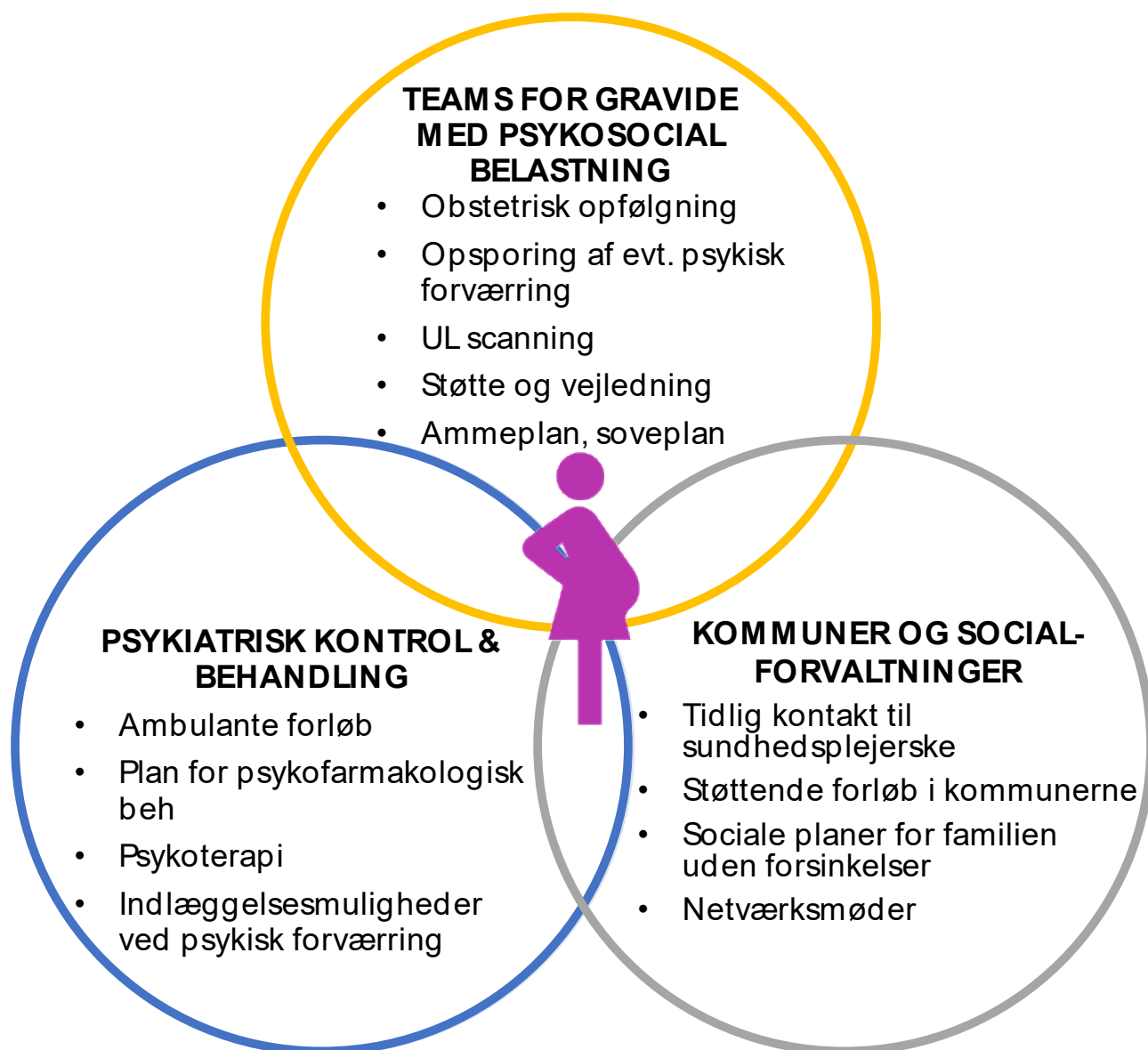
## OPBYGNING AF TVÆRFAGLIGE TEAMS OG SAMARBEJDE

Tilbuddene til gravide med psykosociale belastninger varierer meget, fra region til region, både i forhold til sammensætning og navngivning. De fleste steder er der dog tale om tværfaglige enheder eller teams, hvor de gravide henvises af deres praktiserende læge. Disse tværfaglige teams består typisk af obstetrikere og jordemødre med interesse indenfor socialobstetrik og psykiatriske sygdomme. Derudover er socialrådgivere ofte en del af teamet, og i nogle tilfælde også psykologer.

Enhederne har ofte et tæt samarbejde med en række andre sundheds- og kommunale aktører, herunder lokale psykiatriske afdelinger, børneafdelinger, sundhedsplejersker, praktiserende læger, psykiatere og andre speciallæger, socialforvaltningen, familieambulatorier, rusmiddelcentre, centre for seksuelt misbrugte, indvandremedicinske klinikker samt lokale frivillige og mentorer.

Udover gravide med alvorlige psykologiske belastninger og/eller psykisk sygdom, varetager de specialiserede enheder også omsorgen for gravide med svære sociale vilkår, psykisk syge barnefædre, gravide med begrænsede ressourcer eller udviklingshæmning, samt meget unge gravide. Det er fagligt fornuftigt at samle ekspertisen for sårbare gravide, både for at sikre den bedst mulige behandling af den enkelte patient og for at optimere samarbejdet med relevante institutioner og enheder.

Det er dog vigtigt at sprede kendskab til- og dele erfaringer fra forløb med disse grupper gravide. Dette vil forhindre, at ansvaret for omsorgen ikke hviler på for få personer, som ellers kan føre til, at patienterne hverken tilses i tide eller får den bedst mulige behandling, både for psykiatriske og obstetriske tilstande. Derudover vil det mindske risikoen for faglig træthed blandt det involverede personale.



## REFERENCER

Royal College of Psychiatrists (September 2021) Perinatal mental health services: recommendations for the provision of services for childbearing women

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg (SST 2022, Afsnit om sårbare og socialt udsatte gravide) <https://www.psykiatri-regionh.dk/om-hospitalet/udvikling/viafamily2/Sider/For-familier.aspx>

## UNDERRETNING

**Penneførere (tovholder er fremhævet): Eleonora Cvetanovska, Merete Hein**

| Kliniske rekommandationer | Styrke |
|---------------------------|--------|
|---------------------------|--------|

|                                                                                                                                                                                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Der skal altid vurderes, hvorvidt der er behov for underretning ved svær psykisk sygdom under en graviditet eller efter fødsel iht. indskærpet underretningspligt for alle involverede fagpersoner | D |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

Ifølge Barnets Lov §133 (Januar 2024):

Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage, at:

Et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte efter denne lov

Et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte efter denne lov på grund af de kommende forældres forhold

**Underretningspligten er en personlig pligt. Enhver er forpligtet til at reagere og handle på sin egen bekymring. Det er strafbart ikke at overholde sin underretningspligt.**

**Der skal altid underrettes ved ny bekymring, uanset om det er gjort tidligere, og uanset om man er bekendt med, at der er en aktiv sag i kommunen.**

**Der skal også underrettes ved uændret eller fortsat bekymring, hvis der tidligere er underrettet, og man ved, at kommunen har vurderet underretningen og ikke har iværksat tilstrækkelig støtte. Det kan betyde, at der skal laves flere underretninger i løbet af graviditeten.**

*Der er ingen formkrav, men underretningen bør om muligt indeholde følgende (se også Appendix med skabelon for dokument, der eventuelt kan anvendes):*

- Overskrift "Underretning"
- Oplysning om den gravide/barslende kvinde: Navn, cpr. nr., adresse, tlf. nr.
- Oplysning om afsender (fagperson eller afdeling), dvs. i hvilken sammenhæng er der opnået kendskab til kvinden/familien og til de observationer og bekymringer, der beskrives.
- Objektiv beskrivelse af iagttagelser og observationer samt eventuel vurdering, der giver årsag til bekymringer. Jo mere konkret jo bedre. Der må kun videregives oplysninger, som er relevante for kommunens vurdering. Det skal klart fremgå, hvor oplysningerne stammer fra – er det egne observationer eller oplysninger fra tredjepart.
- Oplysninger om hvor meget kontakt den, der underretter har til den gravide/familien.

Det skal fremgå, om familien er informeret om, at der sendes en underretning, og om familien har fået en kopi af underretningen (det bør som hovedregel være tilfældet). Er det ikke muligt at gennemgå underretningen eller er der andre grunde til, at det ikke er gjort, skal det dokumenteres i journalen.

**Ved mistanke om vold mod børn fra forældremyndighedsindehaveres side skal forældrene IKKE orienteres om underretning.**

- Dato og underskrift.
- Underretningen kan underskrives af to fagpersoner. I svært belastede psykosociale forløb, hvor der vurderes at der kan opstå truende eller voldelige adfærd fra den gravide/barslende eller hendes familiemedlemmer, kan man underskrive underretningen med afdelingen/teamet som underskriver.

Underretningen sendes til kvindens bopælskommune.

## REFERENCER

## PRÆNATAL TILKNYTNING OG DEN FØRSTE MOR-BARN RELATION VED PSYKISK SYGDOM

**Penneførere (tovholder er fremhævet):** Eleonora Cvetanovska, **Emma Sofie Hoegsted**, Veronica Tovar Poulsen, Elisabeth Thal Rønneberg

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                                                                                 | <b>Evidensgrad</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Gravide med psykiske lidelser har øget risiko for tilknytningsvanskelighed både prænatalt og post partum                                                                                                                                 | 2b                 |
| Multiparitet, tidligere psykiske diagnoser, psykiske symptomer i graviditeten og belastninger som manglende partner støtte, kan være med til at påvirke negativt både den prænatale tilknytning, samt mor-barn tilknytning efter fødslen | 2b                 |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>Styrke</b>      |
| I graviditetsforløb med tidligere eller aktuell psykisk sygdom anbefales støttende samtaler med jordemoder/psykoterapeut mhp. udvikling og støtte af prænatal tilknytning                                                                | B                  |
| Barslende kvinder med psykisk sygdom skal støttes i udvikling af den postnatale mor-barn tilknytning, da dette forebygger utryk tilknytningsudvikling hos barnet                                                                         | B                  |

### BAGGRUND

En af de basale forudsætninger for spædbarnets overlevelse er, at der udvikles en tilknytningsrelation til forældrene, dvs. et varigt følelsesmæssigt bånd til en omsorgsperson, som skal beskytte barnets sikkerhed. Kvaliteten af det tidlige forældre-barn relation er central for barnets fysiske og mentale helbred og udviklingsmuligheder, herunder for dets kognitive, sociale og emotionelle funktion (Rosenblum 2009).

Tilknytningsmønsteret hos barnet kan blive påvirket og er beskrevet som utrygt-desorganiseret hos børn, der har forældre med psykiske mentale udfordringer som svær stress, angst, depression, skizofreni, bipolar affektiv lidelse samt personlighedsforstyrrelse (Lyons-Ruth 2008).

Prænatal tilknytning er et relativt nyt forskningsfelt og dækker over det følelsesmæssige bånd, som en gravid kvinde udvikler til sit ufødte barn og ses ofte som en vigtig del af den psykologiske og følelsesmæssige forberedelse til moderskabet.

Denne tilknytning udvikler sig i løbet af graviditeten, og forskellige faktorer kan spille en rolle, som følgende:

- Angst, depression eller stress under graviditeten kan hæmme udviklingen af prænataltilknytningen.
- Graviditetsoplevelsen, fysiske forhold, komplikationer og hvordan moderen oplever sin graviditet (ønsket eller uønsket) kan påvirke den maternelle tilknytning.

- Forventninger til moderskabet: kvinders forventninger og følelser om at blive mor, hendes tidligere erfaringer og familiestøtte kan enten styrke eller svække denne tilknytning.

---

## RESUME AF EVIDENS

Gravide med depressionssymptomer har øget risiko for tilknytningsvanskeligheder både prænatalt og post partum. Der er i litteraturen fundet sammenhæng mellem depressionssymptomer i graviditeten og udfordringer med tilknytning (Zhang 2021). Et systematisk review understøtter betydningen af prænatal tilknytning, da der er positiv association med den postnatale tilknytning med barnet (Trombetta 2021). Reviewet foreslog, at regelmæssige screenings- og forebyggende programmer i starten af graviditeten hos gravide med risiko for forstyrret tilknytning, kan styrke den prænatale tilknytning og indirekte forældre-barn-forholdet efter fødslen.

Et kohortestudie (Macedo da Rosa 2020) fandt, at gravide med lav eller ingen støtte fra partner fik den laveste tilknytningsscore efter fødslen.

Et dansk kohortestudie (Erthman 2021) inkluderede 1328 gravide, fulgt ved 1. og 2. svangrekontrol og fandt at multiparitet, dårlig fysisk form, ingen fysisk aktivitet i graviditeten, depressionssymptomer og anamnese med tidligere psykisk sygdom var i øget risiko for lav tilknytningsscore.

En svensk undersøgelse af tidlig tilpasning til moderskab (Koubaa 2008) viste, at signifikant flere kvinder med spiseforstyrrelser end kontroller, rapporterede tilpasningsproblemer til moderskabet 3 mdr. efter fødslen (92% vs. 13%). Ligeledes var problemer med at made barnet rapporteret væsentligt højere, og 50% af kvinder med spiseforstyrrelse kom efter fødslen i kontakt med sundhedsvæsenet pga. depression og andre psykiske helbredsproblemer (kontrolmødre kun 10%).

---

## STØTTE AF DEN PRÆNATALE TILKNYTNING OG DEN FØRSTE POSTNATALE MOR-BARN RELATION, I DET KLINISKE ARBEJDE

Jordemødre og barselspersonale er i en naturlig position for at tilbyde og have fokus på udvikling af prænatal tilknytning, samt begyndende postnatal mor-barn relation (Stoodley 2023). Der anvendes forskellig tilgang til at støtte prænatal tilknytning. Det vigtigste er, at der dannes trygge rammer under samtalen, for eksempel i jordemoderkonsultationen, for at det er nemt for kvinden at skabe tillid til jordemoderen og fortælle om, hvordan hun har det følelsesmæssigt under graviditeten. Det er vigtigt at have fokus på at støtte prænatal tilknytning uanset hvilket omsorgsniveau den gravide er visiteret til. Uddannelse i NBO (Newborn Behavioral Observations) til relevant personale kan hjælpe i udvikling af kompetencer til at støtte mødre i tilknytning/relationsdannelse og at dette kliniske arbejde bliver bedre implementeret og formaliseret. NBO er en spædbarnsfokuseret, relationsstøttende metode til at styrke vordende og nye familiers transition fra graviditet til virkeligheden med spædbarnet i et relationelt perspektiv. NBO-metoden er udviklet af psykolog Kevin Nugent på Bostons Childrens Hospital og Harvard University og anvendes i mange lande verden over. Den er simpel og meget effektiv til at støtte den tidlige relationsdannelse, der har stor betydning for barnets trivsel og udvikling.

Gravide med psykisk sygdom er i højrisiko gruppe for tilknytningsvanskeligheder både præ- og postnatalt og det er derfor vigtigt at opspore dem, mhp. tidlige specialiserede forebyggende indsatser (Stenstrup og Højland 2017). Gravide og mødre med depression eller angst er mindre opmærksomme på

behovet for hhv. prænatal tilknytning samt fysisk og emotionel stimulation af deres nyfødte barn. Dette kan bidrage til udvikling af utryk tilknytning mellem moderen og barnet, som kan føre til mindre optimal og langsommere udvikling hos den nyfødte (Hernandez 2018). Efter fødslen er det vigtigt, at der fortsat er øget fokus på forældre-barn relationsdannelse og tilknytning, under opfølgning ved sundhedsplejerske, egen læge eller i evt. forløb i spædbarnspsykiatrisk regi (eller andre tilsvarende tilbud).

---

## REFERENCER

- Ertmann RK, Bang CW, Kriegbaum M, Væver MS, Kragstrup J, Siersma V, Wilson P, Lutterodt MC, Smith-Nielsen J. What factors are most important for the development of the maternal-fetal relationship? A prospective study among pregnant women in Danish general practice. *BMC Psychol.* 2021 Jan 4;9(1):2
- Hernandez M et al. Pregnant women with depressive and anxiety symptoms read, talk, and sing less to their fetuses. *J. Affect Disord.* 2018 Mar 15; 229: 532-537
- Høifødt RS, Nordahl D et al. Newborn behavioral observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: result from the Northern Babies longitudinal study (NorBaby). *BMC Psychiatry.* 2020 Jun 15; 20: 300
- Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2008 Jul;41(5):405-10
- Lyons-Ruth k og Jacobvitz. Attachment disorganisation: genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy and PR Shaver (Editor). *Handbook of attachment, theory, research and clinical applications*; 2<sup>nd</sup> edition. 2008, p 666-697. Guilford
- Macedo da Rosa, Scholl C, Ferreira L, Trettim J, et al. Maternal-fetal attachment and perceived parental bonds of pregnant women. *Early Hum Dev* 2021 Mar;154
- Rosenblum K, Dayton C et al. Infant social and emotional development: emerging competence in a relational context. *Handbook of infant mental health.* 2009, p. 80-104. Guilford
- Stenstrup C og Højland AC. Tilknytning, prænatal tilknytning og familiedannelse – en relationel proces. *Tidsskrift for jordemødre* 9/2017
- Stoodley C, McKellar L et al. The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: a scoping review. *BMC Psychology* 11, Article nr. 71 (2023)
- Tommaso T, Giordano M, et al. Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Front Psychol* 2021 Mar 17
- Zhang L, Wang L et al. The mediating role of prenatal depression in adult attachment and maternal-fetal attachment in primigravida in the third trimester. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Apr 16;21(1):307

## EFFEKT AF FOSTER ULTRALYDSSCANNING PÅ PRÆNATAL TILKNYTNING

**Pennefører: Merete Hein**

| <b>Resume af evidens</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>Evidensgrad</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Visualisering af fostret ved ultralyd kan bidrage til prænatal tilknytning hos gravide med tilknytnings vanskeligheder, angst og bekymringer i graviditeten                                                                | 2                  |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                           | <b>Styrke</b>      |
| Fosterultralydsscanning i 3. trimester bør ikke udføres rutinemæssigt mhp. prænatal tilknytning hos gravide med psykisk sygdom, men kan overvejes hos udvalgte gravide med depression og angst, efter individuel vurdering | B                  |

## BAGGRUND OG RESUME AF AKTUEL EVIDENS

Dårligt psykisk helbred er associeret med reduceret prænatal tilknytning.

Gravide med psykisk sygdom kan have det sværere ved at udvikle en følelsesmæssig forbindelse til sit barn (Austin 2017).

Rutinemæssig ultralydsscanning i graviditeten betragtes generelt som en positiv graviditetsoplevelse, som også skaber bonding, da den giver de forventede forældre mulighed for at skabe et mentalt billede af deres ufødte barn (Walsh 2020).

Et nyt review undersøgte, hvordan kommende forældres oplevelse og prænatale tilknytning påvirkes af ultralyd. Her fandt man, at graviditetsscanninger kan fremme prænatal tilknytning. Ud over at give beroligelse vedrørende sundheden af deres ufødte barn, giver scanninger også et visuelt billede, som forældrene kan engagere sig i og bruge til tilknytning. Under en scanning er det vigtigt, at sonograferne fortolker billederne på en måde, der bliver forståeligt for forældrene (Skelton 2024).

Fraset ovennævnte studie, har der været begrænset evidens for en positiv effekt af rutinemæssige ultralydsscanninger på graviditetsrelateret angst og prænatal tilknytning. Dette er kun blevet antydnet i kvalitative studier og i observationsstudier uden kontrolgruppe. De få gennemførte forsøg har ikke kunnet finde en effekt. Desuden har de fleste studier fokuseret på ultralydsscanninger i de første to trimestre og blev udført i 1980'erne og 90'erne, hvor rutinemæssig ultralydsteknologi var relativt nyt. Dette begrænser generaliserbarheden af tidligere fund.

Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) kan bruges til vurdering af effekten af f.eks. scanning i graviditeten. I et studie på 160 kvinder randomiseret til hhv 2D og 3D/4D UL (men ingen kontrolgruppe) fandtes der signifikant "før og efter" effekt af ultralydsscanning af fosteret, men der fandtes ikke forskel i mindskning af bekymring og stress mellem brugen af 2D og 3D/4D. I review af 13 studier af psykologiske forhold vurderede 8 af dem tilknytning, og ej heller her fandtes forskel mellem 2D og 3D/4D (Austin 2017; Baillie 1999; De Jong-Pleii 2013; Fletcher 1983; Kovacevic 1993; Michelacci 1988).

Et Hollandsk studie (Alhusen 2008) undersøgte forholdet mellem en rutinemæssig ultralydsscanning i tredje trimester og graviditetsrelateret angst samt vurderede om der var en effekt på prænatal tilknytning til barnet. Undersøgelsens population var på 1275 lav risiko gravide som deltog i et pragmatic cluster-randomized trial og besvarede spørgeskema om "pregnancy-specific anxiety" (PRAQ-R) og mor-barn bonding (MAAS - Maternal Antenatal Attachment Scale) før og efter 3 trimester rutine ultralydsscanning. Resultat af undersøgelsen fandt ingen effekt af ultralydsscanning i tredje trimester på graviditetsrelateret angst og prænatal tilknytning, dog viste det sig, at de gravide med udtalte depressions- eller angst symptomer og kvinder som var meget glade for ultralydsscanning i tredje trimester, scorede lidt lavere på

graviditetsrelateret angst end kvinder med lav eller ingen depressionssymptomer. De konkluderer, at der kan være en effekt på prænatal tilknytning hos gravide med psykiske udfordringer - såsom depression eller angst symptomer, samt at gravide med depressionssymptomer sent i graviditeten kan formentlig have gavn af visualisering af fosteret som led i styrkelse af moder-barn-tilknytningen.

## REFERENCER

Alhusen, J.L.A. (2008). Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. JOGNN, 37(3):315-328.

Austin MP, Highet N. Mental health care in the perinatal period. Australian clinical practice guidelines. Melbourne center of perinatal excellence 2017

Baillie C, Hewison J, Mason G. Should ultrasound scanning in pregnancy be routine? J Reprod Infant Psychol. 1999;17(2):149-157.

De Jong-Pleij EA, Ribbert LS, Pistorius LR, Tromp E, Mulder EJ, Bilardo CM. Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. Prenat Diagn. 2013 Jan;33(1):81-8.

Fletcher JC, Evans MI. Maternal bonding in early fetal ultrasound examinations. N Engl J Med. 1983; 308:392-393. 20.

Kovacevic M. The impact of fetus visualization on parents' psychological reactions. Pre Perinat Psychol J. 1993; 8:83-93.

Michelacci L, Fava GA, Grandi S, Bovicelli L, Okianix C, Tkombini G. Psychological reactions to ultrasound examination during pregnancy. Psychother Psychosom. 1988; 50:1-4. Skelton E, Webb R et al. The impact of antenatal imaging on parent experience and prenatal attachment: a systematic review. Journal of reproductive and infant psychology 2024, Vol 42, NO. 1, 22-44

Villeneuve C, Laroche C, Lippman A, Marrache M. Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. Can J Psychiatry. 1988;33(6):530-536. Walsh TB. Your baby is so happy, active, uncooperative: How prenatal care providers contribute to parents' mental representations of the baby. Midwifery 2020; 83, 1-8

Westerneng M, de Jonge A, van Baar AL, Witteveen AB, Jellema P, Paarlberg KM, Rijnders M, van der Horst HE. Birth. 2022 Mar;49(1):61-70

The effect of offering a third-trimester routine ultrasound on pregnancy-specific anxiety and mother-to-infant bonding in low-risk women: A pragmatic cluster-randomized controlled trial.

Zlotogorski Z, Tadmor O, Duniec E, Rabinowitz R, Diaman Y. Anxiety levels of pregnant women during ultrasound examination: coping styles, amount of feedback and learned resourcefulness. Ultrasound Obstet Gynecol. 1995;6(6):425-429

## AMNING OG SØVN VED PSYKISK SYGDOM

**Pennefører: Julia Kilian**

| Resume af evidens | Evidensgrad |
|-------------------|-------------|
|-------------------|-------------|

|                                                                                                                                                                                                                                     |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Overordnet set har amning en beskyttende effekt for udvikling af psykiske symptomer hos moderen efter fødslen                                                                                                                       | 2a-3a         |
| Mødre med psykisk sygdom er i en særlig risikogruppe for ikke at få et vellykket ammeforløb. Færre opstarter amning, flere har kortere ammeperiode og afbryder amning tidligere end anbefalet, sammenlignet med psykisk raske mødre | 2a-3a         |
| Ammestop kan være nødvendig hos nogle mødre med psykisk sygdom, af hensyn til sygdommens sværhedsgrad og/eller psykofarmakologisk behandling, hvor amning ikke anbefales                                                            | 2a-3a         |
| <b>Kliniske rekommandationer</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>Styrke</b> |
| Amning kan anbefales til mødre kendt med psykisk sygdom, efter individuel rådgivning, afhængigt af evt. medicinsk behandling                                                                                                        | B             |
| Der anbefales sundhedsfaglig, individualiseret ammevejledning til mødre og deres pårørende fra graviditeten indtil postpartum perioden, med afklaring af eventuelle kontraindikationer for amning, familiens ønsker og behov.       | B             |
| Der bør udarbejdes en tydelig plan for amning til tiden efter fødslen, hvor relevante faggrupper (for eks. farmaceut, psykiater, pædiater, obstetrikere) inddrages ved behov                                                        | B             |
| Der er behov for særlig psykisk og faglig støtte ved ønske om ammestop, hvor der skal rådgives om ikke-medicinsk og medicinsk nedregulering af mælkeproduktionen                                                                    | B             |

## BAGGRUND

Sundhedsstyrelsen anbefaler amning som "den sundeste næring for det nyfødte barn" og som "har betydning for en lang række helbredsmaessige forhold hos både mor og barn" (SST 2023). En stor metaanalyse påviste at amningen beskytter mod diarré, luftvejsinfektioner, mellemørebetændelse og på længere sigt nedsætter risikoen for tandfejlstillinger, udvikling af diabetes mellitus type 2 og overvægt hos barnet (Victoria 2016). Moderens risiko for brystkræft reduceres relevant, derudover sænkes risikoen for diabetes, ovariecancer og forekomst af fødselsdepression (Victoria 2016). Der er indtil videre ikke tegn på en sammenhæng mellem amning og senere udvikling af psykisk sygdom hos barnet (Bugaeva 2023).

### Psykisk sygdom har indflydelse på et ammeforløb

Ammevarigheden er kortere blandt kvinder med kendt psykisk sygdom sammenlignet med psykisk raske kvinder (OR = 0.48, 95% CI = 0.26-0.88, vedrørende fuldamning ved 3 mdr. post partum) (Kim 2022).

## AMNING HOS MØDRE MED DEPRESSION

- Færre kvinder kendt med depression og angst opstarter amning (Kim 2022).
- Udvikling af postpartum depression fører hyppigere til ammestop og afkorter ammevarigheden (Dias 2015).
- Amningen lader til at have en medierende rolle: blandt kvinder kendt med depression er der en øget risiko for kortere ammevarighed, hvad dermed øger risikoen for postpartum depression (Dias 2015).

- Når der opleves udfordringer undervejs i et ammeforløb, påvirker dette moderens psyke negativt og øger risikoen for udvikling af postpartum depression (Yuen 2022). Her har tidlig indsats med fokuseret ammevejledning afgørende betydning for at forebygge psykisk forværring. Hvis der vurderes, at amning har negative konsekvenser for kvindens psykiske tilstand, kan delvis amning eller ammestop overvejes og kvinden støttes i dette.

---

## **AMNING HOS MØDRE MED ANGST**

- For kvinder med angst udviklet post partum er det påvist at 1) deres self efficacy (tro på egne evner) nedsættes, 2) der opleves flere ammeudfordringer og 3) modermælken sammensætning påvirkes negativt (Fallon 2016).

---

## **AMNING HOS MØDRE MED SPISEFORSTYRRELSE**

- Der ikke fundet forskel på forekomsten af ammeopstart og ammevarigheden mellem kvinder med spiseforstyrrelse og raske kvinder (Martínez-Olcina 2020).
- Dog tyder undersøgelserne på, at kvinder med spiseforstyrrelser hyppigere oplever emotionelle udfordringer og negative oplevelser ved amning end raske kvinder (Kaß 2021).
- Desuden har kvinder med en god kropsopfattelse højere sandsynlighed for eksklusiv amning efter fødslen, sammenlignet med kvinder med kropsbekymringer (Morley-Hewitt 2020).

---

## **AMNING HOS MØDRE MED SVÆRE PSYKISKE SYGDOMME, HVOR DER ER ØGET RISIKO FOR PSYKOSE (SE OGSÅ RELEVANT AFSNIT I DENNE GUIDELINE)**

- Sammenhængende søvn og bevaret døgnrytme er den vigtigste enkeltfaktor i forhold til at forebygge forværring af psykisk tilstand, når der er tale om svære psykiske lidelser med risiko for psykoze (skizofreni, bipolar affektiv lidelse, svær depression). Det er således afgørende og helt centralt at have et målrettet klinisk fokus på udarbejdelsen af en individuel søvn/ammeplan, gældende umiddelbart efter fødslen ift. at forebygge gennembrud af svær psykisk lidelse post partum.
- Hvis fuld mælkeproduktion skal opretholdes, bør der ikke holdes ammepause i mere end seks timer. Man kan derfor anbefale op til seks timers ammepause hen over aften/nat mhp. sammenhængende søvn til en mor med en svær psykisk lidelse ift. alene at forebygge gennembrud af psykisk sygdom. (Det er naturligvis muligt at holde længere ammepause, men så forventes det at påvirke mælkeproduktionen) (Wambach 2019).
- Såfremt man klinisk observerer tiltagende psykiske symptomer post partum, bør det første man sikre være en forlænget ammepause i op mod 8 timer, evt. med ordination af sovemedicin, for at sikre at mors psykiske tilstand ikke forværres yderligere. Der kan i en periode drøftes delvis amning, alternativt skal man helt overveje ammestop og støtte moderen i det, hvis hun selv ønsker det (se afsnit vedr. ammestop).
- Man anser det for vigtigere for barnets trivsel og udvikling at have en mor, der er psykisk velbefindende og stabil, end at det bliver ammet fuldt (Baker 2023).

---

## **POSITIVE EFFEKTER AF AMNING PÅ MODERENS MENTALE HELBRED EFTER FØDSLEN**

- Eksklusiv (fuld) amning nedsætter signifikant risikoen for postpartum depression (PPD) (OR = 1.89, 95% confidence interval [CI]: 1.50-2.39, dvs. 89% højere odds for PPD) (Alimi 2022).
- Der er beskrevet en stærk sammenhæng mellem amning og et reduceret stress-respons (dvs. lavere ACTH-, cortisol- og glucose-niveauer hos ammende kvinder), som fører til færre symptomer på depression og angst (Tucker 2022). Denne effekt bliver yderligere forstærket ved øget fokus på hud-mod-hud i dagene efter fødslen (Tucker 2022).
- Amning styrker mødrenes self efficacy og selvtillid, som er vigtige beskyttende faktorer mod depression (Tucker 2022).
- Moderens ønske om amning og om hun havde tegn på depression i graviditeten har stor betydning for depressionsrisiko.
- Mødre uden depression i graviditeten, som ønsker at amme og lykkes i det, har laveste risiko for postpartum depression. Derimod har mødre som ønsker at amme og ikke lykkedes i det, størst risiko for udvikling af postpartum depression og tilhører dermed en særlig risikogruppe (Borra 2015).
- Amningen har indflydelse på moderens og barnets søvnrytme, da amning forebygger udvikling af fatigue og dermed nedsætter risikoen for depression. Flere undersøgelser peger på, at mødre som fuldammer om natten i gennemsnit sover 2,6 timer mere per nat, end mødre som giver flaske (Hughes 2018, Doan 2014).
- Denne søvn er til gengæld også betydende for moderens mælkeproduktion, da prolaktinproduktionen øges i faser med dyb søvn (Blyton 2022). Her er der modstridende resultater omkring rollen af samsøvning (i samme seng eller samme rum), hvor det endnu ikke er afklaret, hvorvidt samsøvning har indflydelse på udvikling af depressive symptomer hos moderen (Barry 2024).

---

## HVORDAN SKAL KVINDER I RISIKOGRUPPEN VEJLEDES?

Det kan være en svær balance at finde det rette spor, da mange kvinder møder forskellige holdninger hos dem, de plejer at søge råd hos:

- *"amning beskytter, så kæmp for det"*
- *"som du har det kræves det aflastning – stop amning"*
- *"du må ikke amme på de psykofarmaka du bruger"*

Det er vigtigt at fokusere på sundhedsfaglig og individuel vejledning kontinuerligt fra graviditeten til postpartum perioden, som påviseligt nedsætter symptomer på depression og angst samtidig med at øge ammefrekvensen og -varigheden (Pezley 2022).

---

## FORSLAG FOR VEJLEDNING OG STØTTE OMKRING AMNING, NÅR MODEREN HAR PSYKISK SYGDOM

- Fokus på familiens egne behov uden at møde dem med stigmatisering har en central betydning.
- Fokus på, allerede i graviditeten, at afsætte tid til at afklare forestillinger omkring barnets ernæring efter fødslen og hvordan familien bedst kan støttes i deres beslutning.
- Fokus på behov for individuelle amme-og-søvn-planer - helst i samråd med de relevante fagpersoner (ammevejleder, obstetriker/pædiater, psykiater, evt. farmakolog).
- Ved brug for aflastning er ammestop ikke altid den oplagte løsning, da forskning viser at ammestop ikke nødvendigvis giver mere søvn (se under Positive effekter). Her er det mere

hensigtsmæssigt at lægge en plan for familien med faste aftaler omkring hviletider til moderen og forsyning af barnet i den tid.

- Amning er tit muligt selvom moderen er i psykofarmakologisk behandling. Det skal afklares allerede i graviditeten om (og hvordan) amning kan lade sig gøre, så familien og barselspersonalet har en fast plan de kan forholde sig til (Billings 2024).
- Ved behov for akut indlæggelse af den barslende kvinde i psykiatrisk regi kan amning vedligeholdes – det er indtil videre sjældent muligt at medindlægge barnet, men kan tit komme på besøg i afdelingen. Udmalkning kan beskytte produktionen.

---

## AMMESTOP

- Blandt nogle kvinder kan det være relevant at drøfte ammestop, hvis amningen har for store konsekvenser for kvindens psykiske tilstand eller hvis kvinden ikke ønsker at amme. Det er vigtigt at støtte kvinden i hendes beslutning.
- Nogle gange kan amning blive en trussel for tilknytningen til barnet, især når den tætte kontakt ikke opleves som rar for moderen og barnet og dermed bliver konfliktskabende og truende for moderens mentale trivsel. I disse situationer er det afgørende at støtte moderen i, at det ikke udelukkende er amningen, der skaber et tæt bånd til barnet. En god relation kan også opbygges ved tæt kontakt, når der gives flaske (Linde 2020).

---

## VED BESLUTNING OM AT STOPPE AMNING VED PSYKISK SYGDOM

- Bliver brystet ikke stimuleret og tømt, vil der ske en naturlig nedregulering i produktionen (SST 2023)
- Hvis dette forgår gradvist, sker det uden større udfordringer (SST 2023)
- Ved brat afbrydelse kan der ske mælkeophobning med risiko for udvikling af mælkestase og senere brystbetændelse. Derfor anbefales at tidlig ammestop sker under faglig vejledning fra eks. sundhedsplejerske eller jordemoder
- Ved ønske om hurtigt ammestop, er der medicinske muligheder i form af dopaminagonister som cabergolin (dostinex). Man bør dog være opmærksom på risiko for psykisk forværring og psykose (Snellen 2016). Se nærmere om denne risiko i separat afsnit i denne guideline.
- ***Der anbefales altid at overveje alternativer til medicinsk ammeafbrydelse blandt kvinder i høj risiko for udvikling af svær psykisk sygdom***
- Det er vigtigt at informere kvinderne om muligheden for genetablering af amning efter et eventuelt tidligere ammestop.

---

## REFERENCER

Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med.* 2022 Apr;17(4):290-296. doi: 10.1089/bfm.2021.0183. Epub 2021 Dec 29. PMID: 34964664.

Baker N, Bick D, Bamber L, Wilson CA, Howard LM, Bakolis I, Soukup T, Chang YS. A mixed methods systematic review exploring infant feeding experiences and support in women with severe mental illness. *Matern Child Nutr.* 2023 Oct;19(4): e13538. doi: 10.1111/mcn.13538. Epub 2023 Jun 5. PMID: 37276241; PMCID: PMC10483956.

- Barry ES, D'Souza L. Maternal depressive symptoms and mother-infant cosleeping (including room sharing and bedsharing): a systematic review. *J Clin Sleep Med*. 2024 Sep 1;20(9):1517-1533. doi: 10.5664/jcsm.11164. PMID: 38648117; PMCID: PMC11367717.
- Billings H, Horsman J, Soltani H, Spencer RL. Breastfeeding experiences of women with perinatal mental health problems: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 Sep 6;24(1):582. doi: 10.1186/s12884-024-06735-1. PMID: 39242552; PMCID: PMC11380431.
- Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res*. 2002 Dec;11(4):297-303. doi: 10.1046/j.1365-2869.2002.00315.x. PMID: 12464097.
- Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J*. 2015 Apr;19(4):897-907. doi: 10.1007/s10995-014-1591-z. PMID: 25138629; PMCID: PMC4353856.
- Bugaeva P, Arkusha I, Bikaev R, Kamenskiy I, Pokrovskaya A, El-Taravi Y, Caso V, Avedisova A, Chu DK, Genuneit J, Torbahn G, Nicholson TR, Baimukhambetova D, Mursalova A, Kolotilina A, Gadetskaya S, Kondrikova E, Zinchuk M, Akzhigitov R, Boyle RJ, Guekht A, Munblit D. Association of breastfeeding with mental disorders in mother and child: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2023 Oct 16;21(1):393. doi: 10.1186/s12916-023-03071-7. PMID: 37840122; PMCID: PMC10577970.
- Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015 Jan 15;171:142-54. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.022. Epub 2014 Sep 28. PMID: 25305429.
- Doan T, Gay CL, Kennedy HP, Newman J, Lee KA. Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month post partum. *J Clin Sleep Med*. 2014 Mar 15;10(3):313-9. doi: 10.5664/jcsm.3538. PMID: 24634630; PMCID: PMC3927438.
- Fallon V, Groves R, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact*. 2016 Nov;32(4):740-758. doi: 10.1177/0890334416662241. Epub 2016 Sep 26. PMID: 27565200.
- Hughes O, Mohamad MM, Doyle P, Burke G. The significance of breastfeeding on sleep patterns during the first 48 hours post partum for first time mothers. *J Obstet Gynaecol*. 2018 Apr;38(3):316-320. doi: 10.1080/01443615.2017.1353594. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29022404.
- Kaß A, Dörsam AF, Weiß M, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Oct;24(5):693-708. doi: 10.1007/s00737-021-01103-w. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33830375; PMCID: PMC8492580.
- Kim S, Park M, Ahn S. The Impact of Antepartum Depression and Postpartum Depression on Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Nursing Research*. 2022;31(5):866-880. doi:10.1177/10547738211053507
- Linde K, Lehnig F, Nagl M, Kersting A. The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*. 2020 Feb;81:102592. doi: 10.1016/j.midw.2019.102592. Epub 2019 Nov 30. PMID: 31830673.
- Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, Martínez-Rodríguez A. Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Jul 15;56(7):352. doi: 10.3390/medicina56070352. PMID: 32679923; PMCID: PMC7404459.
- Morley-Hewitt AG, Owen AL. A systematic review examining the association between female body image and the intention, initiation and duration of post-partum infant feeding methods (breastfeeding vs bottle-

feeding). J Health Psychol. 2020 Feb;25(2):207-226. doi: 10.1177/1359105319833744. Epub 2019 Mar 15. PMID: 30873876.

Pezley L, Cares K, Duffecy J, Koenig MD, Maki P, Odoms-Young A, Clark Withington MH, Lima Oliveira M, Loiacono B, Prough J, Tussing-Humphreys L, Buscemi J. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. Int Breastfeed J. 2022 Sep 5;17(1):67. doi: 10.1186/s13006-022-00501-9. PMID: 36064573; PMCID: PMC9446548.

Snellen M, Power J, Blankley G, Galbally M. Pharmacological lactation suppression with D2 receptor agonists and risk of postpartum psychosis: A systematic review. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2016 Aug;56(4):336-40. doi: 10.1111/ajo.12479. Epub 2016 Jun 14. PMID: 27297803

Sundhedsstyrelsen (2023). Amning. Lokaliseret den 3. oktober 2024 på <https://www.sst.dk/da/Borger/En-sund-hverdag/Kost/Amning>

Tucker Z, O'Malley C. Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review. Cureus. 2022 Sep 15;14(9):e29199. doi: 10.7759/cureus.29199. PMID: 36258949; PMCID: PMC9572809.

Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. PMID: 26869575.

Wambach K, Riordan J. Breastfeeding and human lactation. Sixth edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2019. ISBN-13 978-1284151565

Yuen M, Hall OJ, Masters GA, Nephew BC, Carr C, Leung K, Griffen A, McIntyre L, Byatt N, Moore Simas TA. The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review. J Womens Health (Larchmt). 2022 Jun;31(6):787-807. doi: 10.1089/jwh.2021.0504. Epub 2022 Apr 18. PMID: 35442804.

## KODNING

Da guideline er omfattende, er SKS-kodning opsummeret i hvert afsnit fremfor samlet i starten af guideline.

## REFERENCELISTE

Referencerne er skrevet ind i teksten som første forfatters efternavn og årstal.

Alfabetisk referenceliste er skrevet efter hvert afsnit (i afsnit akut psykiatri efter hvert emne), med henblik på bedre muligheder for hurtigere overblik over litteratur for separate emner.

## APPENDIKSER

## APPENDIKS 1: COI (CONFLICT OF INTEREST)

Vibe Gedsø Frøkjær har været oplægsholder for H. Lundbeck, Jans Cilag, Gedeon-Richter og Ferring Pharmaceuticals. Derudover har hun været konsulent for Sage Therapeutics og rådgiver bestyrelsen for Sundhedsdonationer i forbindelse med uddeling af forskningsmidler.

Poul Videbech er konsulent for Sundhedsstyrelsen, uden betydning for deltagelsen i denne guideline

De andre forfattere benægter interessekonflikter indenfor emnet Psykiatriske sygdomme i relation til graviditet, fødsel og barselsperiode

## APPENDIKS 2: LITTERATURSØGNING PÅ LITHIUM OG NEONATAL MORBIDITET

- Inkluderer kun artikler på engelsk
- Original litteratur skal være tilgængelig online gennem AU library
- Eksponering for lithium hos den nyfødte er sket under graviditet (og ikke gennem modermælk ved amning)
- Outcome, som opstår i graviditeten, er ikke medtaget (herunder GDM, LGA, polyhydramnios, misdannelser, præterm fødsel)
- Der er søgt på Pubmed + kæde søgning i litteraturlister af reviews

Søgestreng på Pubmed

| Dato       | Søgestreng                                                                                                                                                          | Antal fund  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 28-11-2024 | ((("Lithium"[Mesh]) OR (lithium)) AND (((("Infant, Newborn"[Mesh]) OR ("Intensive Care, Neonatal"[Mesh])) OR (neonat*))) AND ((("Morbidity"[Mesh]) OR (morbidity))) | 54          |
| 28-11-2024 | ((("Lithium"[Mesh]) OR (lithium)) AND (((("Infant, Newborn"[Mesh]) OR ("Intensive Care, Neonatal"[Mesh])) OR (neonat*)))                                            | Pubmed: 463 |

### ORIGINAL LITTERATUR

Newport et al, 2005 (DOI: 10.1176/appi.ajp.162.11.2162)

- 10 mor-barn-par, lav vs høj lithium eksponering
- Øget forekomst af neonatal CNS og neuromuskulær komplikationer i høj lithium gruppe
- Længere indlæggelsestid på neonatal afdeling i høj lithium gruppe
- Lavere APGAR score efter 1 min i høj lithium gruppe
- Flere respiratoriske komplikationer i høj lithium gruppe

Hastie et al, 2021 (DOI: 10.1186/s12916-021-02170-7)

Munk-Olsen et al, 2019 (DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30180-9)

Heinonen et al, 2023 (DOI: 10.1186/s40345-023-00317-4)

- 25 mor-barn-par, lav vs høj lithium eksponering

- Flere neonatale komplikationer i høj lithium eksponeringsgruppe sammenlignet med lav: CNS symptomer (nervøsitet, uro, sløvhed), gulsot, respiratoriske symptomer (apnø, behov for CPAP og/eller ventilation), renale symptomer (øgede plasmakreatininniveauer) og thyroidea symptomer (øgede niveauer af thyroxin)

Bodén et al, 2012 (DOI: 10.1136/bmj.e7085)

Torfs et al, 2022 (DOI: 10.3390/ijerph191610111)

Frayne et al, 2018 (DOI: 0.1080/0167482X.2017.1337743)

- 35 mødre, 19 nyfødte eksponeret ved fødselstidspunkt
- 42% på neonatal afdeling
- Indlæggelsesårsager: Respiratoriske problemer, formodet infektion, prematuritet, gulsot, opkast/fødeindtagelsesproblemer, hypoglykæmi

Sagué-Vilavella et al, 2022 (DOI: 10.1007/s00737-022-01234-8)

- 100 mødre, 53 lithium eksponerede
- Lavere APGAR score efter 1 og 5 min hos de lithium eksponerede

Chan et al, 2024 (DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116050)

Damer et al, 2024 (DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2024.06.015)

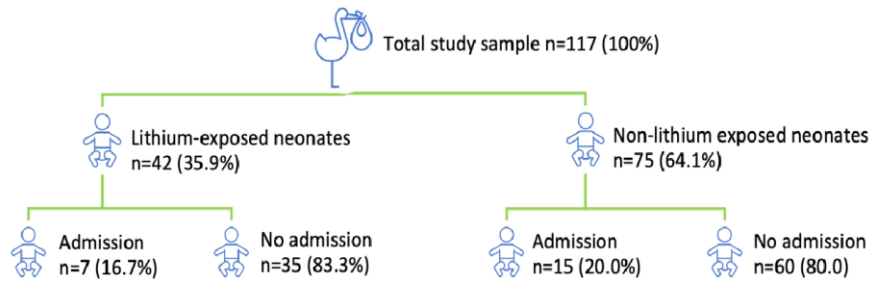
- Grupperer lithium med andre psykofarmaka, hvorfor en effekt af dette ikke kan udredes (N=215)

Imaz et al, 2024 (DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.140)

- 97 mødre med 111 graviditeter
- Hypotoni, hypertoni, tremor, sutte problemer, systolisk mislyd, respiratoriske problemer, cyanose, hepatomegali, hyperbilirubinæmi, hypoglykæmi, hudlæsioner, cefalohæmatom.
- Har tabel (Table 1) som beskriver udfald ift. monoterapi og polyterapi

Schonewille et al, 2023 (DOI: 10.1186/s40345-023-00306-7)

- Rapporterer denne figur, som et overblik over hvorfor de nyfødte kom på neonatal afdeling:



| Reasons for admission in lithium-exposed group (n=7)                                       | Psychotropic medication exposure   | Reasons for admission in non-lithium exposed group (n=15)                                                      | Psychotropic medication exposure               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <u>Prematurity</u>                                                                         |                                    |                                                                                                                |                                                |
| Prematurity and infection                                                                  | Lithium                            | Prematurity, hyperbilirubinemia                                                                                | Quetiapine                                     |
| Prematurity, hyperbilirubinemia, mild hypotonia, hypothermia and necrotizing enterocolitis | Lithium, nortriptyline, olanzapine | Prematurity, respiratory distress, feeding difficulties, hypothermia                                           | Aripiprazole                                   |
|                                                                                            |                                    | Prematurity, hyperbilirubinemia, exposure to labetalol intravenously, premature caesarean section              | Labetalol intravenously during delivery        |
| <u>Infectious</u>                                                                          |                                    |                                                                                                                |                                                |
| Infection                                                                                  | Lithium                            | Infection                                                                                                      |                                                |
| Mild hypotonia and antibiotics for suspected infection                                     | Lithium                            | Infection, intrapartum foetal distress                                                                         |                                                |
| Meningitis and hydrocephalus                                                               | Lithium                            | Infection                                                                                                      |                                                |
|                                                                                            |                                    | Infection, anaemia                                                                                             | Lamotrigine                                    |
| <u>Respiratory</u>                                                                         |                                    |                                                                                                                |                                                |
|                                                                                            |                                    | Respiratory distress, feeding difficulties                                                                     | Venlafaxine, quetiapine                        |
|                                                                                            |                                    | Transient tachypnoea of neonate                                                                                |                                                |
|                                                                                            |                                    | Dysmaturity, hypoglycaemia, transient tachypnoea of neonate, exposure to alcohol and cannabis during pregnancy |                                                |
| <u>Neurological</u>                                                                        |                                    |                                                                                                                |                                                |
|                                                                                            |                                    | Severe perinatal asphyxia after shoulder dystocia                                                              |                                                |
|                                                                                            |                                    | Hypotonia, hypocapnia (unexplained), feeding difficulties, respiratory distress                                | Clozapine, general anaesthesia during delivery |
|                                                                                            |                                    | Hypotonia, dyspnoea, perinatal asphyxia, hypoglycaemia                                                         |                                                |
|                                                                                            |                                    | Severe neonatal abstinence syndrome                                                                            | Olanzapine, quetiapine                         |
| <u>Other</u>                                                                               |                                    |                                                                                                                |                                                |
| Atrial flutter                                                                             | Lithium                            | Preventative monitoring for psychoactive medication exposure                                                   | Quetiapine, oxazepam                           |
| Choking accident                                                                           | Lithium                            |                                                                                                                |                                                |

In the table within Figure 1, each half row represents the reason for admission of a single neonate (7 in the lithium exposed group and 15 in the non-exposed group). In the column to the right, we present any psychotropic medication used by the mother. Furthermore, we categorized all reasons for admission to larger groups (prematurity, infectious, respiratory, neurological, and other).

Cohen et al, 2019 (DOI: 10.4088/JCP.18m12572)

- Lithium i monoterapi og polyterapi

Van der Lugt et al, 2012 (DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2011.09.013)

- 15 børn født af 10 mødre
- 10 børn viste tegn på neonatal toksicitet: 4 med luftvejssymptomer, 4 med kvalme og opkastning (opkastning, afvisning af ernæring), 2 hypoglykæmi, 1 hypotoni og 1 hyperbilirubinæmi.

Molenaar et al, 2020 (DOI: 10.1111/bdi.12955)

Molenaar et al, 2024 (DOI: 10.1176/appi.focus.23021031)

- 78 mødre med 100 graviditeter
- Ingen association mellem neonatal lithium niveau og Apgar score efter 1 minut og 5 min, pH i navlesnorsblod, indlæggelse på neonatal afdeling eller neonatale komplikationer

Reis et al, 2008 (DOI:

- 79 mødre eksponeret for lithium
- Lithium placeret i gruppe med andre antipsykotika under "other antipsychotics"
- Ikke flere med lav APGAR score, respiratorisk besvær, hypoglykæmi eller ikterus sammenlignet med gruppe med antipsykotika

Diav-Citrin et al, 2014 (DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.12111402)

- 183 graviditeter eksponeret for lithium
- 19,3% med neonatale komplikationer: Respiratoriske problemer, gulsot, takykardi, sløvhed, hypoglykæmi

---

## CASE REPORTS

Kozma et al, 2005 (DOI: 10.1002/ajmg.a.30501.)

- Temperatur instabilitet, bradykardi, takypnø, behov for sondeernæring, trikuspidal regurgitation, hypotoni, deprimeret moro og sutterefleks, færre bevægelser

Zegers et al, 2003 (DOI: 10.1007/s00431-003-1186-y)

- Hyalin membransygdom, grad 3 (=Infant Respiratory Distress Syndrome)
- Supraventrikulær takykardi
- Polyuri, neonatal diabetes insipidus

Arslan et al, 2016 (DOI: 10.1179/2046905515Y.0000000050)

- Nervøs med dårlig sutterefleks og problemer med at spise, indlæggelse på neonatal afdelingen

Rane et al, 1978 (DOI: 10.1016/S0022-3476(78)80527-7)

- Lav APGAR score, bradykardi, cyanose, systolisk mislyd, hjerte pulsationer over sternum

Connoley et al, 1989 (DOI: 10.5694/j.1326-5377.1990.tb120927.x)

- Hepatomegali, splenomegali, gulsot

Filténborg et al, 1982 (DOI: 10.1007/BF00442508)

- Bradykardi, cyanose, systolisk mislyd, APGAR score 7 efter 10 min, hepatomegali, pulmonal hypertension, hypothyroidisme, struma, hypoglykæmi

Stothers et al, 1973 (DOI: 10.1136/bmj.3.5873.233-b)

- Hypotoni, dårlig sutteevne, bradykardi

Frassetto et al, 2002 (DOI: 10.1345/aph.1C123)

- Neonatal struma, hypothyroidisme

Mizrahi et al, 1979 (DOI: 10.1016/S0022-3476(79)80610-1)

- Lav APGAR score ved fødsel, sløvhed, dårlig moro refleks, dårlig sutterefleks, hypotoni, respiratorisk distress, struma, hypoglykæmi, takypnø,

Morrell et al, 1983 (DOI: 10.1136/adsc.58.7.539)

- Lav APGAR score ved fødsel, apnø perioder, systolisk mislyd, hepatomegali, hypotoni, bradykardi, forlænget QT interval, polyuri, hypoglykæmi, paralytisk ileus

Tunnessen et al, 1972 (DOI: 10.1016/S0022-3476(72)80111-2)

- Cyanose, hypotoni, "floppy", systolisk mislyd, hypotermi

Wilson et al, 1983 (DOI: 10.1136/adsc.58.7.538)

- Takykardi, systolisk mislyd, atrieflimmer, 2:1/3:1 AV blok, kardiomegali, øget pulmonal vene modstand

Nars et al, 1977 (DOI: 10.1001/archpedi.1977.02120210102021)

- Respiratorisk distress syndrom
- Struma, hypothyroidisme

Pinelli et al, 2002 (DOI: 10.1067/mob.2002.123610)

- Nephrogen diabetes insipidus med polyuri, hypoglykæmi, kardiomegali, hyperbilirubinæmi
- Rapporterer nedenstående tabel:

**Table.** Level of evidence that supports the reported neonatal problems from maternal lithium therapy

| <i>Problem</i>                    | <i>Reference</i>                           | <i>Level of evidence</i>               |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| Ebstein's anomaly                 | Zalzstein et al (1990) <sup>33</sup>       | Case control series <sup>16</sup>      |
|                                   | Long and Willis (1984) <sup>34</sup>       | Case report <sup>17</sup>              |
|                                   | Allan et al (1982) <sup>35</sup>           | Letter <sup>18</sup>                   |
|                                   | Park et al (1980) <sup>32</sup>            | Case report <sup>28</sup>              |
|                                   | Jacobson et al (1992) <sup>10</sup>        | Prospective cohort study <sup>23</sup> |
|                                   | Austin and Mitchell (1998) <sup>29</sup>   | Meta-analysis <sup>4</sup>             |
|                                   | Moore et al (1995) <sup>2</sup>            | Expert opinion <sup>29</sup>           |
|                                   | Cohen et al (1994) <sup>8</sup>            | Cohort and case control <sup>10</sup>  |
|                                   | Krause et al (1990) <sup>24</sup>          | Case report <sup>15</sup>              |
| Poor respiratory effort/cyanosis  | Chapman (1989) <sup>26</sup>               | Literature review <sup>30</sup>        |
|                                   | Morrell et al (1983) <sup>15</sup>         | Case report <sup>13</sup>              |
|                                   | Filténborg (1982) <sup>11</sup>            | Case report <sup>31</sup>              |
|                                   | Arnon et al (1981) <sup>31</sup>           | Case report <sup>32</sup>              |
|                                   | Park et al (1980) <sup>32</sup>            | Case report <sup>28</sup>              |
|                                   | Mizrahi et al (1979) <sup>17</sup>         | Case report <sup>14</sup>              |
|                                   | Tunnessen and Hertz (1972) <sup>16</sup>   | Case report <sup>33</sup>              |
|                                   | Woody et al (1971) <sup>13</sup>           | Case report <sup>12</sup>              |
|                                   | Wilson et al (1983) <sup>37</sup>          | Case report <sup>34</sup>              |
| Rhythm disturbances               | Morrell et al (1983) <sup>15</sup>         | Case report <sup>13</sup>              |
|                                   | Filténborg (1982) <sup>11</sup>            | Case report <sup>31</sup>              |
|                                   | Park et al (1980) <sup>32</sup>            | Case report <sup>28</sup>              |
| Nephrogenic diabetes insipidus    | Arnon et al (1981) <sup>31</sup>           | Case report <sup>32</sup>              |
|                                   | Mizrahi et al (1979) <sup>17</sup>         | Case report <sup>14</sup>              |
|                                   | Morrell et al (1983) <sup>15</sup>         | Case report <sup>13</sup>              |
|                                   | Ang et al (1990) <sup>23</sup>             | Case report <sup>35</sup>              |
| Thyroid dysfunction               | Krause et al (1990) <sup>24</sup>          | Case report <sup>15</sup>              |
|                                   | Filténborg (1982) <sup>11</sup>            | Case report <sup>31</sup>              |
|                                   | Mizrahi et al (1979) <sup>17</sup>         | Case report <sup>14</sup>              |
|                                   | Nars and Girard (1977) <sup>20</sup>       | Case report <sup>24</sup>              |
| Hypoglycemia                      | Karlsson et al (1975) <sup>41</sup>        | Letter <sup>36</sup>                   |
|                                   | Krause et al (1990) <sup>24</sup>          | Case report <sup>15</sup>              |
|                                   | Morrell et al (1983) <sup>15</sup>         | Case report <sup>13</sup>              |
|                                   | Mizrahi et al (1979) <sup>17</sup>         | Case report <sup>14</sup>              |
| Hypotonia/lethargy                | Rane et al (1978) <sup>38</sup>            | Case report <sup>37</sup>              |
|                                   | Mizrahi (1979) <sup>17</sup>               | Case report <sup>14</sup>              |
|                                   | Filténborg (1982) <sup>11</sup>            | Case report <sup>31</sup>              |
|                                   | Tunnessen and Hertz (1972) <sup>16</sup>   | Case report <sup>33</sup>              |
|                                   | Silverman et al (1971) <sup>18</sup>       | Case report <sup>25</sup>              |
|                                   | Flaherty and Krenzlok (1997) <sup>19</sup> | Case report <sup>26</sup>              |
| Hyperbilirubinemia                | Woody et al (1971) <sup>13</sup>           | Case report <sup>12</sup>              |
| Large for gestational age infants | Connoley and Menahem (1990) <sup>22</sup>  | Case report <sup>27</sup>              |
|                                   | Jacobson et al (1992) <sup>10</sup>        | Prospective cohort study <sup>21</sup> |

## RELEVANTE REVIEWS

Khan et al, 2016 (DOI: 10.1007/s11920-015-0658-x)

- Neonatal sløvhed
- "Floppy baby-syndromet", kendetegnet ved cyanose og hypotoni
- Øget risiko for neurologiske og respiratoriske problemer hos nyfødte
- Neonatal hyperbilirubinæmi, hjerterytmeforstyrrelser, hypothyroidisme, diabetes insipidus
- Anbefaler monitorering 48 timer efter fødsel

Yonkers et al, 2004 (DOI: 10.1176/appi.ajp.161.4.608.)

- "Floppy baby-syndromet", kendetegnet ved cyanose og hypotoni
- Neonatal hypothyroidisme
- Neonatal nephrogen diabetes insipidus

Poels et al, 2018 (DOI: 10.1186/s40345-018-0135-7)

- Lavere APGAR score efter 1 min
- Højere frekvens af CNS og neuromuskulære komplikationer
- Længere varighed af hospitalsophold
- Flere på intensiv
- Nephrogen diabetes insipidus
- Gulsot
- Respirations problemer, hypotoni, sløvhed, dårlig drikkeevne, problemer med skjoldbruskkirtlen, cyanose, hypoglykæmi og polyuri
- Anbefaler indlæggelse på neonatal afdeling efter fødsel
- Rapporterer nedenstående tabel:

**Table 3 Neonatal outcome after lithium treatment during pregnancy: findings from clinical cohort studies**

From: [Lithium during pregnancy and after delivery: a review](#)

| Study                     | Design                          | Sample size                                                         | Findings                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jacobson et al. (1992)    | Prospective cohort study        | Exposed = 138<br>Controls = 148                                     | No difference in the rate of preterm birth<br>Higher birthweight in lithium exposed neonates                                                                                                                                                                                         |
| Troyer et al. (1993)      | Cohort study                    | Exposed = 60<br>Disease matched non-exposed = 290                   | Cohort of manic-depressive women: risk ratio for prematurity of 2.54<br>No difference in birthweight                                                                                                                                                                                 |
| Newport et al. (2005a, b) | Cohort study                    | Exposed = 24                                                        | Lower Apgar scores, longer hospital stays and higher rates of CNS and neuromuscular complications in infants with high lithium levels<br>No statistically significant association with preterm birth or low birth weight                                                             |
| Diav-citrin et al. (2014) | Prospective cohort study        | Exposed = 183<br>Disease matched non-exposed = 72<br>Controls = 748 | 2.3 times higher rate of preterm delivery in exposed group (13.7% versus 6.0%)<br>No differences in birth weight                                                                                                                                                                     |
| Frayne et al. (2017)      | Cohort study                    | Exposed = 19                                                        | Eight neonates admitted to a special care unit                                                                                                                                                                                                                                       |
| Munk-Olsen et al. (2018)  | Meta-analysis (six study sites) | Exposed = 727<br>Disease matched controls = 21,397                  | No association between lithium exposure in utero and preterm birth (OR 1.24, 95% CI 0.83–1.84), low birth weight (OR 0.98, 95% CI 0.72–1.35) or small for gestational age (OR 0.90, 95% CI 0.67–1.21)<br>A significant higher rate of neonatal admission (OR 1.62, 95% CI 1.12–2.33) |

OR odds ratio, CI confidence interval

Petersen et al, 2016 (DOI: 10.3310/hta20230.)

- Sundhedsteknologi vurderings rapport af NHS (National Institute for Health Research)
- "Floppy baby-syndrom" som tegn på lithium toksicitet karakteriseret ved sløvhed, dårlig sugerevne, takypnø, takykardi og respiratory distress syndrome

Altshuler et al, 1996 (DOI: 10.1176/ajp.153.5.592)

- "Floppy baby-syndrom" med cyanose og hypertonicitet

Iqbal et al, 2001 (DOI: 10.1081/CLT-100105159)

- Struma, hjertemislyd, dårlig sutteevne, dårlig griberefleks, fraværende moro refleks, overfladisk respiration, arytm, "floppy baby-syndromet" med hypotoni, sløvhed og cyanose

Callovin et al, 2024 (DOI: 10.3390/jcm13164872)

- Systematisk review med 28 studier.
- "Floppy baby-syndrom"

Dodd et al, 2006 (DOI: 10.2174/157488606775252692)

- "Floppy baby syndrom" med cyanose og sløvhed
- Thyroidea toksicitet

- Nephrogen diabetes insipidus
- "Grove funktionelle læsioner af kardiovaskulære, renale og neuromuskulære systemer"
- Øget pulmonal vaskulær modstand
- Hypotoni
- Dårlig trivsel
- Svag moro refleks

Cohen et al, 1989 (DOI: 10.1016/S0033-3182(89)72314-8)

- Neonatal toksicitet inklusiv cyanotiske tilstande, bradykardi, svækket respiration, T-bølge abnormiteter, "floppy baby" og nefrogen diabetes insipidus

Wichman et al, 2016 (DOI: 10.1007/s11920-015-0646-1)

- Nyfødte kan opleve sløvhed, hypoglykæmi, struma og muskelhypotonicitet
- Floppy baby syndrome
- Polydipsi og polyuri

Yonkers et al, 1998 (DOI: 10.2165/00023210-199809040-00002)

- Systolisk mislyd og slap muskeltonus
- Nefrogen diabetes insipidus
- Neonatal struma
- Trikuspidalklap regurgitation, pulmonal hypertension, hjertesvigt, arytmi

NICE guideline, 2020 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations>

- Hvis lithium anvendes i graviditeten, bør plasma lithium måles hver 4. uge og hver uge fra GA 35+0. Den gravide skal føde på hospitalet, hvor børnelæger kan være til stede ved behov. Under fødslen pauseres lithium og plasma lithium måles 12 timer efter sidste dosis.

## APPENDIKS 3: SKABELON UNDERRETNING

### **Skabelon underretning**

Hospital, dato

Att.

(Adresse på socialforvaltning)

#### **Underretning vedr. gravid, CPR \*\*\***

Jeg/Vi ønsker hermed at orientere jer om en gravid, jf Ifølge Barnets Lov §133

Kontaktoplysninger på familien:

(Navn, adresse, tlf)

Mit/Vores kendskab til familien beror på \*\*\* antal samtaler/kontroller.

Fødselstermin: \*\*\* (Beskriv evt. risiko for præterm fødsel)

*Objektiv beskrivelse af iagttagelser og observationer, samt evt. vurderinger, der giver anledning til bekymring:*

\*\*\*

(Det skal fremgå, om oplysningerne stammer fra egne observationer eller oplysninger fra tredjepart - f.eks. journalnotater fra tidligere eller pårørendes oplysninger)

(Navn på pt) har læst underretningen inden afsendelse og samtykket til, at den sendes.

Tak, om I indenfor seks dage vil bekræfte modtagelse af underretningen, jf Serviceloven § 155, samt vende tilbage med navn og kontaktoplysninger på sagsbehandler, hvis der iværksættes en børnefaglig undersøgelse.

I er velkomne til at kontakte mig/os for yderligere oplysninger, og jeg deltager gerne i et netværksmøde.

Med venlig hilsen

(navn jdm / læge)

Adresse/Telefon på Jordemoder konsultation eller Svangreambulatorium

Eller

Team for sårbare gravide/tidlig indsats

Adresse/Telefon på jordemoder konsultation eller Svangreambulatorium

## APPENDIKS 4: RØDE PAPIRER

### Lægeerklæring (Rød)

(Bemærk vejledning bagerst)

Til brug ved politiets bestemmelse om iværksættelse af tvangsindlæggelse på grund af **farlighed** af en person i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

# POLITI

På grundlag af en undersøgelse, som jeg har foretaget af

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Efternavn            | Fornavn(e)           | Personnummer         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gade/vej             | Nr.                  | Sal                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                      | Side                 | Postnr.              |
|                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                      | By                   | <input type="text"/> |

erklærer jeg herved, at pågældende er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed, og at det med henblik på behandling vil være uforsvarligt ikke at tvangsindlægge pågældende, fordi den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Formodet diagnose og patientens sindstilstand samt begrundelse for antagelsen om farlighed:

**Patienten har modsat sig Indlæggelse. Patienten er underrettet om den påtænkte tvang, om baggrunden for tvangsindlæggelsen, om formålet hermed, samt vejledt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden, jfr. lovens § 3, stk. 2 og § 31, stk. 1.**

Patientens sædvanlige læge er

|                      |                                                       |                            |
|----------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------|
| Efternavn            | Fornavn(e)                                            | Tlf.                       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>       |
| Gade/vej             | Nr.                                                   | Sal                        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>       |
|                      | Side                                                  | Postnr.                    |
|                      | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>       |
|                      | By                                                    | <input type="text"/>       |
| Patienten            | er ikke kendt af mig <input checked="" type="radio"/> | Undersøgelsen er afsluttet |
|                      | er kendt af mig <input type="radio"/>                 |                            |
|                      | Dato                                                  | Kl.                        |
|                      | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>       |

**Opmærksomheden henledes på, at tvangsindlæggelsen skal være gennemført inden 24 timer efter denne undersøgelse.**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Sted                 | Dato                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Underskrift og stempel

