

Svangerskapsomsorg

Eline Skirmisdottir Vik (jordmor PhD), Høgskulen på Vestlandet eline.skirmisdottir.vik@hvl.no
Aase Devold Pay (jordmor, PhD), Bærum sykehus aase.serine.devold.pay@vestreviken.no
Ingrid B. Moss Kolseth (gynekolog, PhD), OUS Ullevål ingridbenedicte@gmail.com
Ferenc Macsali (gynekolog, PhD), Haukeland universitetssjukehus ferenc.macsali@helse-bergen.no
Ingvild Hersoug Nedberg (jordmor, PhD), UiT Norges arktiske universitet ingvild.h.nedberg@uit.no
Bente Tennfjord Müller (jordmor), Trondheim kommune bente-tennfjord.muller@trondheim.kommune.no
Kari Løvendahl Mogstad (fastlege), Trondheim kommune kari.l.mogstad@gmail.com

Anbefalinger

- Gravide med et normalt svangerskap bør få tilbud om et basisprogram slik det er beskrevet i nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen utgitt av Helsedirektoratet
- Gravide bør følges opp etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå)
- Individuell vurdering av kvinner med tilstander som kan ha behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten
- For å forebygge nevrالرrdsdefekter anbefales alle gravide et tilskudd av folsyre gjennom det første trimesteret
- Gravide bør gis smittevernråd for å forebygge infeksjoner under graviditeten
- Gravide bør anbefales vaksiner i tråd med det som til enhver tid anbefales av Folkehelseinstituttet

Definisjoner

Friske kvinner med normale graviditeter og antatt friske fostre. Kvinner med høy risiko for svangerskapskomplikasjoner dekkes av andre kapitler i Veileder i fødselshjelp utgitt av Norsk gynekologisk forening (NGF).

Søkestrategi

Dette kapitlet i Veileder i fødselshjelp (NGF) følger norske og engelske retningslinjer (1-3), som inkluderer et brukerperspektiv og bygger på en kunnskapsbasert medisinsk litteraturgjennomgang.

Søkeord for app versjonen: svangerskapsomsorg, svangerskap, gravid, levevaner, seleksjon, differensiering

Med utgangspunkt i eksisterende basisprogram for svangerskapsomsorgen

Vår anbefaling er at gravide med et normalt svangerskap bør få tilbud om et basisprogram slik det er beskrevet i nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen utgitt av Helsedirektoratet (Hdir) (2).

Tabell 1. Oversikt over anbefalt innhold i svangerskapsomsorgen¹

Svangerskapsuke	Anbefalte undersøkelser og prøver	Anbefalte tilleggsundersøkelser ved behov
6-12	BT (blodtrykk) U-protein (urin-protein)	HbA1c (glykosylert hemoglobin A) Glukosebelastning i

	Hep B (hepatitt B) HIV Syfilis Hb (hemoglobin) SeFe (serumferritin) Blodtype og immunisering; blodtypeantistoff Vekt, dagens og førgravid vekt KMI kroppsmasseindeks Gjennomfør også preeklampsi risikovurdering (se kapittel Preeklampsi i retningslinje svangerskap)	svangerskapsuke 24 Gonoré Hepatitt C Klamydia MRSA (meticillinresistente stafylokokker) VRE (vankomycinresistente enterokokker) ESBL (extended spectrum betalactamase) Røde hunder (Rubella) ABU, undersøkelse for asymptomatisk bakteriuri (dyrkning) Genetisk veiledning og NIPT
11-14	Fosterdiagnostikk (tidlig ultralyd 11+0 – 13+6)	
17-19	Ultralyd	
24	BT (blodtrykk). U-protein (urin- protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hertelyden til fosteret (auskultere)	Glukosebelastning til kvinner som er utsatt for svangerskapsdiabetes Blodprøve av Rh-D negative gravide til føtal RHDtyping
28	BT (blodtrykk). U-protein (urin- protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hertelyden til fosteret (auskultere) Hb (hemoglobin)	Gi anti-D profylakse til gravid med Rh-D positivt foster
32	BT (blodtrykk). U-protein (urin- protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hertelyden til fosteret (auskultere)	
36 38 40	BT (blodtrykk). U-protein (urin- protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv Lytte på hertelyden til fosteret (auskultere) Fosterleie	Henvise til ultralydundersøkelse ved mistanke om sete- eller tverrleie
¹ Denne tabellen finnes i oppdatert og utvidet utgave i nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen utgitt av Helsedirektoratet (2).		

I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (Hdir) anbefales et basisprogram for å fremme helse og mestring hos den gravide, samt forebygge både under- og overbehandling av friske gravide. Basisprogrammet er veiledende og ikke uttømmende. Våre anbefalinger er ment som et supplement til basisprogrammet beskrevet i de nasjonale retningslinjene (Hdir).

Sikre god henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten

Vår anbefaling er at gravide bør følges opp etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og at oppfølging av gravide med spesiell risiko gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (4). Risiko kan oppstå i svangerskapet, eller basere seg på den gravides anamnese.

Bakgrunn for anbefaling: I perioden 2015-2017 hadde gravide i Norge i snitt fem konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten i løpet av svangerskapet (5). Ved å fremme god henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten minimerer vi risikoen for både over- og underforbruk av tjenesten (4). For å få til dette er vi avhengige av et godt tverrfaglig samarbeid mellom jordmødre og fastleger, samt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Våre anbefalinger for å sikre god henvisningspraksis tar utgangspunkt i føringer fra Helsedirektoratet (6) og Den norske legeforenings *Mer er ikke alltid bedre*-kampanje (7). I tråd med Samhandlingsreformen (8) bør helsehjelp utføres etter LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) (4).

Tabell 2. Gravide med økt risiko for komplikasjoner¹

Individuelt vurdere kvinner med tilstandersom kan ha behov for henvisning til spesialist eller fødepoliklinikk	Tidligere hendelser i forbindelse med svangerskap, fødsel og /eller barseltid
Alvorlig astma Alder eldre enn 38 år Autoimmun sykdom Arvelig sykdom i familien Diabetestype 1 og 2, svangerskapsdiabetes Erfaring med vold Epilepsi Flerlinger Fedmeoperert Hematologisk sykdom HIV eller hepatitt B-infeksjon Hjerte-/karsykdom Herpes genitalis Hyperemesis Kroppsmasseindeks(KMI) under 18,5 kg/m ² eller over 35 kg/m ² Kjønnsllestelse Skadelig bruk av legemidler Misbruk av alkohol og/eller illegale stoffer Nyresykdom Psykiske lidelser Sosiale faktorer Stoffskiftesykdom	Preeklampsi, HELLP-syndrom, eklampsi Fødselsdepresjon Blødning etter fødsel (atoni) Intrauterin fosterdød Preterm fødsel RhD-immunisering, andre irregulære antistoffer Spontanaborter (habituelle/gjentatte) Utfordrende amming Tidligere keisersnitt Foster med sykdom og utviklingsavvik Vekstavvik (stort eller lite barn) Traumatisk fødselsopplevelse

Vi anbefaler at helsepersonell konfererer med/henviser den gravide til spesialisthelsetjenesten ved følgende funn:

- **Gravide med kjente risikofaktorer for preeklampsi** bør vurderes på første svangerskapskonsultasjon. En oversikt over kjente risikofaktorer er listet i kapittel 8 (Preeklampsi) i nasjonal faglig retningslinje (Hdir). For oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten, se anbefalingene i kapitlene *Preeklampsi* og *Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi* i Veileder i fødselshjelp (NGF). Dersom det identifiseres risikofaktorer som gir indikasjon for ASA-profylakse i svangerskapet anbefaler vi at fastlege skriver resept og at kvinnen starter profylakse fra uke 12 og senest før svangerskapsuke 16.
- **Forhøyet blodtrykk i svangerskapet** (som bekreftes ved repetert måling etter for eksempel 15 minutter hvile): Se anbefalingene i kapitlene *Preeklampsi* og *Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi* i Veileder i fødselshjelp (NGF). Les forøvrig også kapittel 8 (Preeklampsi) i nasjonal faglig retningslinje (Hdir).
- **Høy KMI:** Oppfølging av gravide med høy KMI er beskrevet i kapittel 3 (Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving) i nasjonalt faglig retningslinjer (Hdir). Les forøvrig kapitlet *Adipositas i svangerskap og fødsel* i Veileder i fødselshjelp (NGF).
- **SF-mål:** I tråd med kapittel 2 (Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen) i nasjonal faglig retningslinjer (Hdir) anbefaler vi at verdier $\leq 2,5$ persentilen henvises til spesialisthelsetjenesten for videre utredning. Vi anbefaler ikke rutinemessig henvisning ved avflatende SF-mål. Det er ikke vist prediktiv effekt av avflatende målinger, når fødselsvekt er utfallet (9). Vi anbefaler ikke rutinemessig henvisning ved høyt SF-mål (10). SF-måling brukes i den alminnelige svangerskapsomsorgen som et screeningverktøy for å identifisere risiko for small-for-gestational-age.
- **Lite liv:** les kapitlet *Lite liv* i Veileder i fødselshjelp (NGF), og kapittel 10 (Fosteraktivitet) i nasjonal faglig retningslinje (Hdir). Kvinnen kan selv ta direkte kontakt med planlagt fødested ved spørsmål om lite liv.
- **Ekstrasystoler hos foster:** føtale rytmeforstyrrelser er ikke uvanlig, og får sjelden konsekvenser for svangerskap eller fødsel (11). Vi anbefaler derfor ikke rutinemessig henvisning ved enkeltstående observasjoner.

Vi anbefaler at gravide med anemi i utgangspunktet håndteres av primærhelsetjenesten. Les kapitlet *Anemi og graviditet* i Veileder i fødselshjelp (NGF) for utredning og behandling av gravide med anemi i primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre kan en lese om rutinemålinger i blodet til gravide i kapittel 5 (Rutinemålinger i blodet til gravide) i nasjonal faglig retningslinje (Hdir).

Fysiske og psykiske helseforhold som er assosiert med økt risiko for komplikasjoner er beskrevet i nasjonale retningslinjer (Hdir) (2). Individuelle vurderinger er nødvendig. Ved alvorlige psykiske lidelser anbefales det at den gravidens fastlege involveres i oppfølgingen (2). Det er viktig at klinikere er oppmerksomme på den stadige endringen i fødselspopulasjonen i Norge (12), og at de tar hensyn til ny kunnskap og sårbarhetsfaktorer når de vurderer risiko og behov for tverrfaglig samarbeid og/eller henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Forebygging av infeksjoner i svangerskapet (13-17)

Vår anbefaling er at helsepersonell bør gi gravide og de som planlegger graviditet følgende konkrete smittevernråd for å forebygge infeksjoner under graviditeten:

- Ved omgang med småbarn anbefales håndvask med såpe og varmt vann etter bleieskift, tørk av rennende nese hos barnet og etter mating.
- Unngå å dele bestikk, tannbørste eller mat med barnet.
- Unngå å putte barnets smokk i egen munn.
- Kyss gjerne barnet på kinn og panne, men ikke på munnen.

Vår anbefaling er at gravide anbefales vaksiner i tråd med det som til enhver tid anbefales av Folkehelseinstituttet (18). I tråd med Folkehelseinstituttets vaksinasjonsveileder for helsepersonell anbefaler vi at gravide tilbys vaksiner mot kikhoste, influensa og covid-19 (18).

Mat og drikke gravide bør unngå for å minimere risikoen for matbårne infeksjoner er beskrevet på [nettsidene til Helsenorge](#). Anbefalinger knyttet til forebygging av smittsomme sykdommer og screening for infeksjoner hos gravide kan leses i [kapittel 6 i nasjonal faglig retningslinje \(Hdir\)](#). Det finnes også et egne kapitler om infeksjoner i svangerskapet i Veileder i fødselshjelp (NGF).

Reiseråd til gravide

Gravide utsetter seg for en viss risiko ved å reise utenlands, særlig til tropiske strøk og ved reiser under primitive forhold. Norsk Helseinformatikk (NHI) har en oppdatert nettside med reiseråd til gravide (19). Nettsiden inkluderer informasjon om vaksinasjon, smitte fra mat og andre næringsstoffer, smitte gjennom myggstikk og flyreise.

Anbefalte tiltak vil variere i forhold til type reise, varighet og hvordan helsetilstanden til den gravide er.

Differensiering og seleksjon – Hvem skal føde hvor?

Svangerskapsomsorgen skal identifisere friske gravide/fødende og kvinner med risiko for komplikasjoner ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier og henvise til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov. Les [nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen](#) (Hdir) for oppdaterte føringer.

Referanser

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care, NICE guideline [NG201]. 2021.
2. Helsedirektoratet. Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. 2018.
3. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. 2010.
4. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. 2018.
5. Byhring HS, Balteskard L, Shu J, Mathisen S, Leivseth L, Steindal AH, et al. Helseatlas for fødselshjelp: Bruk av helsetjenester innen fødselshjelp i perioden 2015-2017. Helse Nord RHF; 2019.

6. Helsedirektoratet. Kommunale helse- og omsorgstjenesters ansvar og rolle. 2021. Siste faglige endring 05.02.2024. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/bioteknologi/fosterdiagnostikk/informasjon-om-fosterdiagnostikk-til-helsepersonell-i-svangerskapsomsorgen-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/omsorg-og-stotte-til-gravide-og-evt.partner-nar-det-avdekkes-uventet-informasjon-om-fosteret-eller-er-mistanke-om-sykdom-eller-utviklingsavvik-e.l/utdypende-informasjon/kommunale-helse-og-omsorgstjenesters-ansvar-og-rolle>
7. Den norske legeforening. Gjør kloke valg 2023. Tilgjengelig fra:
<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>
8. Omsorgsdepartementet H-O. Samhandlingsreformen–Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder Oslo. 2011.
9. Pay A, Frøen J, Staff A, Jacobsson B, Gjessing H. Prediction of small-for-gestational-age status by symphysis–fundus height: a registry-based population cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2016;123(7):1167-73.
10. Ekici, H., Okmen, F., Imamoglu, M., Imamoglu, G., & Ergenoglu, A. M. Fetal Arrhythmias: 10 Years' Experience and Review of the Literature. Available at SSRN 4084367.
11. Culliney KA, Parry GK, Brown J, Crowther CA. Regimens of fetal surveillance of suspected large-for-gestational-age fetuses for improving health outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(4).
12. Helsedirektoratet. Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. 2020.
13. Revello MG, et al. Prevention of primary cytomegalovirus infection in pregnancy. EBioMedicine, 2. 2015.
14. Adler SP, et al. Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus by changing behaviors: a randomized controlled trial. Pediatr Infect Dis J, 15. 1996.
15. Vauloup-Fellous C, et al. Does hygiene counseling have an impact on the rate of CMV primary infection during pregnancy? Results of a 3-year prospective study in a French hospital. J Clin Virol, 46. 2009.
16. Adler SP, et al. Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women. J Pediatr, 145. 2004.
17. Barber V, Calvert A, Vandrevalla T, Star C, Khalil A., Griffiths P., et al. Prevention of Acquisition of Cytomegalovirus Infection in Pregnancy Through Hygiene-based Behavioral Interventions: A Systematic Review and Gap Analysis. Pediatr Infect Dis J Vol. 39 Issue 10 Pages 949-954. 2020.
18. Folkehelseinstituttet. Vaksinasjon av gravide og ammende – veileder for helsepersonell (i Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell). 2023.
19. Norsk Helseinformatikk. Gravide på reise 2022. Tilgjengelig fra:
<https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselse/livsstil/smabarn-gravide-og-utenlandsreiser/gravide-pa-reise?page=1>.