

Svangerskapsomsorg

Aase Devold Pay (jordmor), OUS aaspay@ous-hf.no
Karoline Lund (fastlege) Trara Legekontor, Fredrikstad
Birgitte Sanda, Sørlandet sykehus - Kristiansand
Thorbjørn Steen, OUS - Ullevål
Sverre Sand (avtalespesialist), Oslo gynekologene
Katrine Dønvold Sjøborg, Sykehuset Østfold, Kalnes

Anbefalinger

Gravide med et normalt svangerskap bør få tilbud om et basisprogram med åtte konsultasjoner inkludert ultralydundersøkelse (sterk anbefaling)

Oppfølging av gravide med spesiell risiko bør gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (sterk anbefaling)

Konsultasjoner bør dokumenteres på Helsekort for gravide (sterk anbefaling)

Gravide bør få tilbud om en strukturert samtale om levevaner på første konsultasjon (sterk anbefaling)

Gravide bør få informasjon og samtale om et sunt og variert kosthold, folattilskudd og ved behov enkelte andre kosttilskudd (sterk anbefaling)

Vektøkningen hos gravide bør følges og tilpassede råd bør gis ved for lav eller for høy vektøkning (sterk anbefaling)

Gravide bør bli informert om fordelene ved daglig fysisk aktivitet og muskelstyrkende trening av bekkenbunnen (sterk anbefaling)

Friske gravide/fødende og kvinner med risiko for komplikasjoner bør identifiseres ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier og henvises til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnen og fosterets behov (sterk anbefaling)

Definisjoner

Friske kvinner med normale graviditeter og antatt friske fostre. Kvinner med høy risiko for svangerskapskomplikasjoner dekkes av andre kapitler i veilederen.

Søkestrategi

Norsk gynekologisk forenings anbefalinger følger norske og engelske retningslinjer⁽¹⁻³⁾, som bygger på en kunnskapsbasert medisinsk litteraturgjennomgang.

Anbefalingene er merket som sterke eller svake

En svak anbefaling indikerer at ulike valg kan være riktig for ulike brukere. Helse- og omsorgspersonell må vurdere sammen med brukeren/pasienten hva som er riktig å gjøre i den enkelte situasjon. Det blir tatt hensyn til den enkelte brukers verdier og preferanser. En sterk anbefaling indikerer at fordelene veier opp for ulempene. Det innebærer at brukere og helse- og omsorgspersonell i de fleste situasjoner vil mene at det er riktig å følge anbefalingen.

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

Basisprogram – anbefalt innhold i svangerskapsomsorgen

Nasjonal faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen ⁽²⁾ anbefaler et basisprogram (helsedirektoratet.no) for å fremme helse og mestring hos den gravide (tabell 1). Basisprogrammet er veiledende og ikke uttømmende. Individuelle behov vurderes. Programmet avvikes der det er faglige forsvarlig. Konsultasjoner dokumenteres på [Helsekort for gravide \(helsedirektoratet.no\)](#).

Tabell 1. Oversikt over anbefalt innhold i svangerskapsomsorgen

Uke	Anbefalte undersøkelser og prøver	Anbefalte tilleggsundersøkelser ved behov
6-12	BT (blodtrykk) U-Protein (urin-protein) Hep B (hepatitt B) HIV Syfilis Hb (hemoglobin) S-Ferritin (serumferritin) Blodtype og immunisering og blodtypeantistoff Vekt: dagens og førgravid vekt KMI (kroppsmasseindeks) ABU (asymptomatisk bakteriuri, dyrkning)*	HbA1c (glykosylert hemoglobin A) Gonoré Hepatitt C Klamydia MRSA (meticillinresistente stafylokokker) VRE (vankomycinresistente enterokokker) ESBL (extended spectrum betalactamase) Røde hunder (Rubella) Toksoplasmose Fosterdiagnostikk og genetisk veiledning
17-19	Ultralyd	
24	BT (blodtrykk). U-Protein (urin-protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret	Glukosebelastning til gravide med risiko for svangerskapsdiabetes** Blodprøve av Rh-D negative gravide til føtal RhD-typing
28	BT (blodtrykk). U-protein (urin-protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret Hb (Hemoglobin)	Gi anti-D profylakse til gravid med RhD-positivt foster
32	BT (blodtrykk). U-protein (urin-protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret	
36 38 40	BT (blodtrykk). U-protein (urin-protein) Vekt Symfyse-fundus mål Kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret	Ultralydundersøkelse ved mistanke om sete- eller tverrleie

*Den norske anbefalingen om universell screening for ABU følger anbefalingene til UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). I hvilken grad anbefalingen er kvalitetsvurdert og/eller tilpasset norske forhold er uklart.

**Helsedirektoratet har åpnet for revisjon av anbefalingen om glukosebelastning til gravide med risiko for svangerskapsdiabetes og vil revurdere hvilke gravide som skal anbefales screening (28.11.2019).

Basisprogrammet skal bidra til å definere friske gravide og kvinner med risiko for komplikasjoner. Anbefalingene i basisprogrammet gjelder for friske gravide.

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

- Forhøyet blodtrykk i svangerskapet (som bekreftes ved repetert måling etter for eksempel 15 minutter hvile): minst 140 mm kvikksølv i overtrykk og/eller lik eller høyere enn 90 mm kvikksølv i undertrykk, sammen med protein i urinen krever videre henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Lavt SF-mål: SF-verdier i området mellom 2,5 og 10-prosentilen kan være et tegn på begynnende veksthemning og bør sammen med kvinnens øvrige risikoprofil vurderes individuelt. Verdier under 2,5 prosentilen henvises til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.
- Lav Hb: Gravide med Hb < 11,0 g/dl i første og tredje trimester og Hb < 10,5 g/dl i andre trimester bør utredes for anemi i primærhelsetjenesten. For utredning og behandling av gravide med anemi i Spesialisthelsetjenesten, [se Veileder i fødselshjelp. Anemi og graviditet \(legeforeningen.no\)](#)
- Høy KMI: Gravide med KMI under 35 kg/m² uten samtidig tilstedeværelse av én eller flere psykiske lidelser eller somatiske tilstander følges i primærhelsetjenesten med råd om kost, tilskudd og fysisk aktivitet. Gravide med KMI over 35-40 kg/m² følges opp i spesialisthelsetjenesten. KMI grensen for oppfølging i spesialisthelsetjenesten kan variere mellom ulike helse foretak, følg lokale retningslinjer. Det foreslås henvisning til fødepoliklinikk i uke 24 (vurdering fostervekst og placentafunksjon), i uke 32 (også planlegging av fødsel), og i uke 36 (fostervekst, placentafunksjon, forløsningstidspunkt og metode). [Se også Adipositas og svangerskap/fødsel \(legeforeningen.no\)](#)
- Lite liv: Det er viktig at den gravide kjenner fosterets bevegelsesmønster. Det er endringer i dette bevegelsesmønstret som er grunnlaget for betegnelsen «lite liv» og henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Merknad [Aaspay1]: Sett inn kobling til kapittelet om Anemi og graviditet

Merknad [Aaspay2]: Sett inn kobling til kapittelet om Adipositas og svangerskap/fødsel

Oppfølging av gravide med risiko for komplikasjoner

Oppfølging av gravide med spesiell risiko bør gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tilstander med økt risiko for komplikasjoner er beskrevet i tabell 2.

Tabell 2. Gravide med økt risiko for komplikasjoner

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

*Vurder preeklampsirisiko, se kapittel om hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi.

Dersom preeklampsirisiko vurderes høy anbefales lavdose acetylsalisylsyre fra uke 12. Oppstart etter uke 16 anbefales ikke, da det ikke har vist å redusere preeklampsirisikoen. Behandling med Lavdose acetylsalisylsyre kan også startes opp utenfor spesialisthelsetjenesten.

Merknad [Aaspay3]: Sett in kobling kapittel om hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi

Kartlegge levevaner tidlig i svangerskapet

Helsepersonell anbefales å stille spørsmål om levevaner, deriblant alkohol- og andre rusmidler, kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og vold allerede ved første konsultasjon. Alkohol- og andre rusmidler frarådes i svangerskapet. Endring og motivasjon til endring er i nært tilknyttet tematikken og bør kartlegges. Der det er nødvendig må kvinnen få hjelp til endring. Helsedirektoratet har utgitt praktiske tiltak som kan benyttes i en [strukturert samtale om levevaner \(helsedirektoratet.no\)](#).

Tidlige kostholdsråd

Gravide kan i hovedsak få de samme kostrådene som resten av befolkningen, men noen kosttilskudd kan være nødvendige for å sikre inntak av næringsstoffer som er nødvendige for optimal utvikling hos fosteret. Dette vil avhenge av kvinnens kosthold. [Råd om kosthold og andre levevaner finnes på helsenorge.no](#). Gravid bør unngå matvarer som kan inneholde toksoplasma ([fhi.no](#)) og listeria ([fhi.no](#)). Matportalen har råd om [matvarer gravide bør være forsiktig med \(matportalen.no\)](#).

For å forebygge nevralkrøstdefekter anbefales alle gravide et tilskudd av folsyre på 400 mikrogram før svangerskapet finner sted og gjennom det første trimesteret. Tilskudd av jern

bør anbefales på bakgrunn av serumferritinmåling tidlig i svangerskapet. Ut i fra måleresultatene anbefaler Helsedirektoratet følgende råd:

- Serumferritin over 70 µg/L: Tilskudd ikke nødvendig
- Serumferritin 30–70 µg/L: Tilskudd av 40 mg jern per dag fra uke 18–20 og ut svangerskapet
- Serumferritin under 30 µg/L: Tilskudd av 60 mg jern per dag fra uke 18–20 og ut svangerskapet

Gravide uten serumferritinmåling, kan anbefales 40 mg jern per dag fra uke 18-20 og ut svangerskapet.

Anbefalt vektøkning i svangerskapet

Vektøkningen hos gravide anbefales å følges og tilpassede råd bør gis ved for lav eller for høy vektøkning. Ved vurdering av vektøkning i svangerskapet, tas det utgangspunkt i kvinnens vekt før graviditeten. Helsedirektoratet angir følgende vektøkning i svangerskapet som mest gunstig:

- normalvektige kvinner (KMI 18,5-24,9 kg/m²): 11,5 til 16 kilo
- undervektige kvinner (KMI < 18,5 kg/m²): 12,5 til 18 kilo
- overvektige kvinner (KMI 25-29,9 kg/m²): 7 til 11,5 kilo
- svært overvektige kvinner (KMI ≥ 30 kg/m²): 5 til 9 kilo.

Den anbefalte vektøkningen tilsvarer i 2. og 3. trimester omkring 0,5 kilo per uke for undervektige, 0,4 kilo per uke for normalvektige og 0,3 kilo per uke for overvektige. Dette er imidlertid gjennomsnittstall, og vektøkningen for den enkelte kvinne kan variere fra uke til uke og måned til måned.

Fysisk aktivitet

Kvinnen bør tidlig i svangerskapet informeres om fordelene ved fysisk aktivitet. Kvinner som ikke har vært fysisk aktive før svangerskapet, bør være i fysisk aktivitet av moderat intensitet og gradvis øke aktiviteten til minst 150 minutter i uken. Moderat intensitet tilsvarer aktiviteter som medfører raskere pust enn vanlig, for eksempel rask gange. Kvinner som har vært fysisk aktive før svangerskapet, bør fortsette å være fysisk aktive på omtrent samme nivå, eventuelt med tilpasninger. Det er lite kunnskap om hva som er øvre sikre grense for treningsintensitet i svangerskapet. "Supermosjonister" og eliteutøvere som trener gjennom svangerskapet bør gjøre dette i samråd med helsepersonell med kompetanse. Kvinnen anbefales kondisjon- og styrketrening med fokus på bekkenbunn, rygg – og kjerne muskulatur. Langvarig stillesitting bør begrenses. Det bør utvises forsiktighet ved aktiviteter med høy risiko for fall og støt mot magen.

For mer informasjon, kontraindikasjoner og tilstander som krever videre oppfølging, se [anbefaling om fysisk aktivitet i retningslinje for svangerskapsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#).

Merknad [Aaspay4]: Sjekk at kobling fungerer

Reiseråd til gravide

Gravide utsetter seg for en viss risiko ved å reise utenlands, særlig til tropiske strøk og ved reiser under primitive forhold. Folkehelseinstituttet har utgitt [reiseråd til gravide \(fhi.no\)](https://www.fhi.no) om smitte fra mat og andre næringsstoffer, smitte gjennom myggestikk, vaksinasjon og flyreise.

Merknad [Aaspay5]: Sjekk at kobling fungerer

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 ^(1, 4). Helsedirektoratet har utarbeidet spesifikke seleksjonskriterier for fødsler– hvem som kan føde på fødestue, hvem som kan føde på fødeavdeling eller hvem som bør føde på kvinneklinikk ⁽¹⁾. Seleksjonskriteriene er gjeldende for hele Helse-Norge, men de kan tilpasses lokale og geografiske forhold. Det er medisinsk forsvarlighet og trygghet for pasienten som er avgjørende for den lokale tilpasningen. Seleksjonskriterier for henholdsvis fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker er beskrevet i tabell 3.

Tabell 3. Seleksjonskriterier for fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker

Fødestue	Fødeavdeling uten neonatalavdeling	Fødeavdeling med neonatalavdeling	Kvinneklinikk (KK)
Frisk første- eller flergangs-fødende	Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklamsi	Insulinkrevende diabetes etter vurdering/samråd med KK	Diabetes mellitus (insulinkrevende) Preeklamsi (alvorlig)
Normalt svangerskap	Overvektige pasienter	Preterm fødsel ned til uke 35+0	Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon)
Foster i hodeleie	Undervektige pasienter	ved fødeavdeling uten neonatal-avdeling, ved fødeavdeling med neonatalavdeling vil grensen være	Vekstretardasjon
Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner	Estimert fostervekt > 4500 g	noe lavere, avhengig av neonatalavdelingens kompetanse	Flerlinger/vaginale tvillingfødsler
Tidligere normale svangerskap og fødsler	Trombofili med moderat risiko	noe lavere, avhengig av neonatalavdelingens kompetanse	Vaginale setefødsler, ytre vending
Spontan fødselsstart mellom uke 36+0 og 41+3 dager	Tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel	Oligohydramnion	Immunisering med betydning for barnet
	Induksjoner	Polyhydramnion	Alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre eller alvorlige revmatiske sykdommer eller kollagenoser
	Kvinner som er omskåret	Planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjoner på livmoren (individuell vurdering)	Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
	Førstegangs fødende > 35 år		Rusmiddelbruk under svangerskap
	Overtidig svangerskap		LAR-behandling
	Lite liv		HIV
	Langvarig vannavgang uten klar risiko for infeksjon		Trombofili med stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko
	Kostregulert diabetes		Svært overvektige kvinner
	Preterm fødsel ned til uke 35+0		

Referanser

1. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1877. Oslo2010. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>.

2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. IS-2660. Oslo; 2018.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies (NICE guideline CG62) 2008 (updated 2018) [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>].
4. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet — Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Feltkode endret