



Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen

Om retningslinjen

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660) erstatter versjonen IS-1179 utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2005. Anbefalinger om svangerskapsomsorgen fra ulike retningslinjer publisert av Helsedirektoratet de senere årene er samlet i denne oppdaterte versjonen.

Retningslinjen anbefaler et basisprogram for å fremme helse og mestring hos den gravide. Programmet skal bidra til å forebygge sykdom og identifisere gravide med behov for utvidet støtte, behandling og hjelp. Anbefalingene gjelder for friske gravide. Retningslinjen og Helsekort for gravide utfyller hverandre og gir en helhetlig oppfølging i svangerskapet.

Svangerskapsomsorgen er en tradisjonsrik tjeneste som er godt innarbeidet i den kommunale helse - og omsorgstjenesten. De fleste gravide slutter opp om tilbudet. Fastleger og jordmødre følger anbefalingene i stor grad. Helsekort for gravide benyttes som journal i de fleste svangerskap og gir en god oversikt over svangerskapet og dokumenterer konsultasjonene. Når kvinnen skal føde, gir Helsekort for gravide jordmor og lege en status over forløpet slik at det er mulig å gi kvinnen nødvendig helsehjelp.

Publikasjonsnummer

IS-nummer: IS-2735

ISBN: 978-82-8081-526-2

Målgrupper

Retningslinjen gjelder for helsepersonell i svangerskapsomsorgen som tilbyr tjenester til gravide, samt for gravide og deres familie. Den kommunale svangerskaps- og barselomsorgstjenesten utøves av fastleger, jordmødre og helsesykepleier i deler av barselomsorgen. Retningslinjen gjelder også for helsepersonell som yter svangerskapsomsorg til gravide i privat virksomhet. Andre målgrupper kan for eksempel være utdanningsinstitusjoner, barnevern, psykologer, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, frisklivssentraler og andre som yter tjenester til gravide.

Hensikt

Målet med retningslinjen er at anbefalingene bidrar til:

- at gravide opplever svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som helhetlig og trygg
- et faglig forsvarlig tilbud
- riktige prioriteringer
- mindre uønsket variasjon

Retningslinjen setter en standard for et faglig forsvarlig tilbud til gravide uten komplikasjoner og risiko. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende. Dersom helsepersonell velger tiltak som avviker fra gjeldende retningslinjer, skal dette dokumenteres i pasientens journal ifølge [pasientjournalforskriften § 8 h \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

Arbeidsprosess, organisering og metode

Arbeidet har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet fra mars 2017. Arbeidsgruppen har hatt en bred representasjon fra direktoratet og Folkehelseinstituttet. Mandatet til arbeidsgruppen var å digitalisere retningslinjen, utarbeide kortfattede tekster, redusere antall anbefalinger og inkludere relevante anbefalinger fra andre publiserte produkter fra direktoratet. Retningslinjen bygger på kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene fra den tidligere versjonen, IS-1179, og på samsvaret med retningslinjer fra andre land.

Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179 fra 2005 var utarbeidet etter en enhetlig metode med vekt på forskningsbasert kunnskap, brukermedvirkning, tverrfaglighet, tydelig og tilgjengelig

dokumentasjon og erfaring fra praksis. Flere av anbefalingene videreføres. Andre er godt implementert i praksis og trenger ikke lenger å synliggjøres som egne anbefalinger. Arbeidsgruppen har sett til retningslinjer fra andre land. Svangerskapsomsorgen i Norge praktiseres i stor grad som i land vi vanligvis sammenlikner oss med:

- Verdens helseorganisasjon: [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience \(who.org\)](https://www.who.org)
- Danmark: [Anbefalinger for svangreomsorgen \(sundhedsstyrelsen.dk\)](https://www.sundhedsstyrelsen.dk)
- Sverige: [Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa \(barnmorskeforbundet.se\)](https://www.barnmorskeforbundet.se)
- Storbritannia: [Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Følgende områder fra andre publiserte produkter fra direktoratet er inkludert i retningslinjen:

- [Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)
- [Helsekort for gravide med veiledning for utfylling \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)
- [Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Asymptomatisk bakteriuri \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)
- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)
- Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold. IS-2181. Helsedirektoratet, 2014.
- [Overtid i svangerskapet \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)
- RhD-testing av gravide og profylakse til kvinner med Rh-positivt foster. Helsedirektoratet, 2017.

Anbefalingene er merket som sterke, svake eller krav i lov eller forskrift

- Svake anbefalinger benytter «kan» eller «foreslås». 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 benytter "bør" eller "anbefales" og 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.
 - Hjelpeverbene «skal» eller «må» kan brukes der det vil være faglig uforsvarlig å gjøre noe annet enn anbefalt tiltak.
- Formuleringer med hjelpeverb «skal» eller «må» brukes på områder som er begrunnet ut fra lov eller forskrift, og er merket «Krav i lov eller forskrift».

Videreføring

Det viktigste å videreføre er en svangerskapsomsorg som fortsatt er preget av helhet og kontinuitet med forutsigbare pasientforløp. Utover basisprogrammet med åtte konsultasjoner, er tilbudet til gravide behovsprøvd slik at kvinner som trenger det får individuell og målrettet oppfølging. Oppfølging og faglig vurdering gjøres i samarbeid mellom fastlege, jordmor og/eller personell med annen kompetanse. Gravide skal oppleve lave terskler for kontakt med helsetjenesten. Den gravide og hennes partner skal vite hvem som har ansvar for henne i svangerskap, fødsel og barseltid, og hvem de kan kontakte når det oppstår behov for hjelp.

Nytt i denne versjonen

Retningslinjen er mindre detaljert og har færre anbefalinger. Det er større oppmerksomhet på levevaner hos gravide. Det er anbefalt mer veiledning og oppfølging i svangerskapet til de som trenger det. På denne bakgrunn er det ønskelig at gravide kommer tidlig til første konsultasjon. Fastlege og/eller jordmor bør derfor tilby første konsultasjon innen en uke etter at gravide har tatt kontakt med legekantor eller helsestasjon.

Retningslinjen har lagt [Nye Nordiske ernæringsanbefalinger \(norden.se\)](https://www.norden.se) til grunn for anbefalinger om ernæring og fysisk aktivitet. På denne bakgrunn er det anbefaling om jerntilskudd etter måling av serumferritin.

Anbefalinger fra Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes (2017) er inkludert. Flere kvinner vil få tilbud om glukosebelastning for å avdekke svangerskapsdiabetes hos førstegangsgravide eldre enn 25 år. For å avdekke udiagnostisert diabetes/hyperglykemi bør gravide ut fra visse kriterier få tilbud om en blodprøve for å måle langtidsblodsukkeret (glykosylert hemoglobin A, HbA1c) tidlig i svangerskapet.

RhD-negative gravide får oppfølging for å forebygge RhD-immunisering og komplikasjoner hos foster/barn. I svangerskapsuke 24 får RhD-negative gravide tilbud om å ta blodprøve til foster RHD-typing og ny screening for blodtypeantistoff. I svangerskapsuke 28 tilbys alle RhD-negative gravide som ikke er RhD-immuniserte og som bærer et RhD positivt foster, rutinemessig anti-D profylakse.

Alle gravide får tilbud om blodprøve for hepatitt B-undersøkelse som et ledd i [Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser \(hepatitter\) \(2016\)](#).

I tråd med retningslinje for svangerskapsomsorgen fra 2005 spør helsepersonell gravide om de kjenner fosteraktivitet. Det er nå presisert at helsepersonell bør informere den gravide om fosteraktiviteten.

For pasientrettet informasjon, se [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no).

Innholdsfortegnelse

[1 Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide](#)

[2 Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen](#)

[3 Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving](#)

[4 Graviditet og psykisk helse](#)

[5 Rutinemålinger i blodet til gravide](#)

[6 Forebygging av smittsomme sykdommer og screening for infeksjoner hos gravide](#)

[7 Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide](#)

[8 Preeklampsi](#)

[9 Svangerskapsdiabetes](#)

[10 Fosteraktivitet](#)

[11 Overtidig svangerskap](#)

1 Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide

1.1 Gravide skal få kunnskapsbasert informasjon og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet

I tråd med [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) skal helsepersonell sikre at kvinnen har forstått informasjonen som blir gitt. Gravide bør få kunnskapsbasert informasjon og få en reell mulighet å ta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet.

Fastlege og/eller jordmor skal sørge for at det er avsatt tilstrekkelig tid med kvalifisert tolk for kvinner med begrensede kunnskaper i norsk språk. Se [Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

Gravide kan finne informasjon her: [Gravid \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)

Begrunnelse

Undersøkelser har kartlagt gravides ønsker og behov [2] [3]. Disse kan sammenfattes slik: Gravide ønsker et ukomplisert svangerskap og fødsel, kontinuitet med samme helsepersonell og et helsepersonell med evne til å informere.

Delaktighet og medbestemmelse

Delaktighet og medbestemmelse er en pasientrettighet, nedfelt i [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no). Brukermedvirkning og samvalg forutsetter at helsepersonell utfører sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som er nedfelt i [helsepersonelloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

For å oppfylle lovkravet om delaktighet og medbestemmelse er det viktig for helsepersonell i svangerskapsomsorgen å være lydhøre og ta hensyn til kvinnes unike behov og gi informasjon om tilbudet i svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen [1] [4] [5] [6]. Hensikten er å styrke autonomi og mestring av morsrollen.

Lokal tilrettelegging av tjenesten på en brukervennlig måte kan bidra til å gi gravide og partner/familie medbestemmelse. Gravide skal oppleve en samordnet tjeneste og få vite hvem som skal yte de aktuelle tjenestene i fødsels- og barselomsorgen i helseforetaket og i det lokale tilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert psykisk helsetjeneste. Når fastlege, jordmor og helsestasjon ikke er tilgjengelig, skal gravide vite hvor de kan henvende seg for svangerskapsrelaterte forhold.

Gravide og familier med annen språk- eller kulturbakgrunn enn etnisk norsk

Det er et ledelsesansvar å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse i tjenestene i tråd med demografisk utvikling. Svangerskapsomsorgen må være kultursensitiv og legge til rette for familier med migrant- og innvandrerbakgrunn.

Tjenestene må tilrettelegges slik at samisk språk og kulturell bakgrunn ivaretas og at det ytes forsvarlige tjenester, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 fjerde ledd](https://lovdata.no) og [lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold § 3-5](https://lovdata.no).

Gravide har rett på informasjon om sin helsetilstand og om helsehjelpen som skal gis. Informasjonen skal være tilpasset individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) og [§ 3-5 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no). I tråd med dette skal det sikres at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt.

Kvalifisert tolk brukes ved behov. Ved bruk av tolk, vil det være behov for å utvide konsultasjonstiden. Se

mer i [Helsepersonell har ansvar for god kommunikasjon via tolk \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell-har-ansvar-for-god-kommunikasjon-via-tolk).

Praktisk

Gravide har ulik kunnskap og livserfaring, og informasjonsbehovet er individuelt. I samtalen med kvinnen og hennes partner kartlegges behovet for informasjon. Informasjonen må være god nok til at den gravide har tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse. Slike samtaler tilrettelegges individuelt for å imøtekomme kvinner og familier med særlige behov.

Informasjon om helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

- svangerskapsomsorgen i kommunen ved jordmor og/eller lege
- fødsels- og/eller foreldreforbereende kurs
- valg av fødested; kvinneklinikk, fødeavdeling, fødestue og hjemmefødsel
- barseltid i sykehus og tilbud i kommunen, hjemmebesøk av jordmor og helseyskepleier
- etterkontroll hos jordmor eller lege
- tilbudet i helsestasjonen, om oppfølging i sped- og småbarnstid

Erklæring av farskap/medmorskap

Hvis barnets mor og far er gift med hverandre ved fødselen, registreres han automatisk som barnets far i folkeregisteret. Dersom mor ikke er gift med barnets far, vil farskapet vanligvis fastsettes ved at moren oppgir navnet på faren, som så erklærer farskapet. Helsedirektoratet anbefaler at farskap erklæres under svangerskapet når foreldrene ikke er gift for å trygge barnet best mulig, blant annet av hensyn til retten til arv. Erklæring skal gjøres skriftlig på fastsatt blankett utarbeidet av NAV. Far må møte personlig og vise legitimasjon. Dette kan gjøres i en svangerskapskonsultasjon, hos NAV, på skattekontor, hos en dommer, eller i forbindelse med fødselen.

Informasjon og skjema til utfylling

- Lovpålagt plikt for jordmødre og leger i [helsepersonelloven § 35 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/lov/2008-06-17-35) om melding om fødsel
- Erklæring av farskap og medmorskap [barnelova §§ 3 og 4 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/lov/2008-06-17-35)
- [Fødselsmelding og farskaps-erklæring \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/fodselsmelding-og-farskaps-erklaring)
- [Farskap og morskap \(nav.no\)](https://nav.no/farskap-og-morskap)
- Bestilling av skjema for erkjennelse av farskap: nav@granada.no
- [Skjema for søknad om medmorskap \(signform.no\)](https://signform.no/skjema-for-soknad-om-medmorskap)

[Informasjon til gravide \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/informasjon-til-gravide)

Referanser

- [1] Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-corrected-june-2008-196748317>
- [2] Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, Gülmezoglu AM What matters to women; a scoping review to identify the processes and outcome of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women BJOG 2016 123 4 529 39
- [3] Sjetne IS, Holmboe O Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016 (PasOpp-rapporter) Folkehelseinstituttet. PasOpp-rapport nr. 2017:519. ISSN (elektronisk) 1890-1565. 2017 Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/2017/brukererfaringer-med-fodsels-og-barselomsorgen-i-2016-nasjonale-resultater/>
- [4] Anbefalinger for svangreomsorgen København, Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2013 Tilgjengelig

fra <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedse/anbefalinger-for-svangreomsorgen>

- [5] Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa SFOG. Interessegruppen för mödrahälsovård. Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med Mödrahälsovårdspsykologernas förening 2008/2016 Rapport nr 76 Tilgjengelig fra <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproductiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>
- [6] Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; IS-1179, 2005

2 Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen

2.1 Gravide med et normalt svangerskap bør få tilbud om et basisprogram med åtte konsultasjoner inkludert ultralydundersøkelse

Gravide bør få tilbud om et basisprogram med åtte konsultasjoner inkludert ultralydundersøkelse. Ved behov bør gravide få tilbud om ekstra oppfølging utover basisprogrammet.

Resultat av tester og konsultasjoner dokumenteres i [Helsekort for gravide \(helsedirektoratet.no\)](#). Gravide oppbevarer helsekortet selv og får kopi av prøvesvarene. Dokumentasjonen tas med til fødestedet.

[Se oversikt over anbefalte undersøkelser og innhold i konsultasjonene \(PDF\)](#). Oversikten finnes også i fanen «Praktisk».

Begrunnelse

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 [Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester \(lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten \(lovdata.no\)](#).
- Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a](#).
- I tråd med [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#) skal det sikres at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 regulerer kommunens plikt til å tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Bestemmelsen sier ikke noe om pasientens rettighet til slike tjenester. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, denne bestemmelsen speiles i kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Det gjelder også for forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1, denne fastslår også kommunens plikt og ikke pasientens rettighet.

Dokumentasjonplikten er hjemlet i [helsepersonelloven kapittel 8 \(lovdata.no\)](#) og [forskrift om pasientjournal \(lovdata.no\)](#). Konsultasjonene dokumenteres i [helsekort for gravide \(helsedirektoratet.no\)](#). Noen opplysninger, kan det med kvinnens samtykke, være hensiktsmessig å informere føde- og barselavdelingen direkte. Da kan sensitive opplysninger dokumenteres i kvinnens journal på sykehuset.

Målsetting med svangerskapsomsorgen

En kunnskapsbasert svangerskapsomsorg har som mål å bidra til en helsefremmende livsstil og å redusere sykkelighet og barne- og mødredødelighet [6] [42]. Tjenesten kan bidra til å fremme helse og mestring, forebygge smittsomme sykdommer og avdekke svangerskapsrelaterte komplikasjoner [1] [42]. Gravide med

økt risiko for å utvikle komplikasjoner i forbindelse med fødselen skal bli identifisert og henvises til å føde ved en institusjon med nødvendig kompetanse.

Fastlege og jordmor er primære ansvarspersoner for tjenesten i et tverrfaglig samarbeid med annet helse- og omsorgspersonell. Den gravide velger selv om hun ønsker å gå til fastlege eller jordmor. Begge kan samarbeide om oppfølgingen av gravide. Det helhetlige tilbudet skal styrke og bistå kvinnen og partner/familie i en viktig livshendelse. Målet er et sammenhengende og godt forløp innenfor basisprogrammets rammer.

Kontinuitet, helhetlig og individuell tilnærming

Verdens helseorganisasjon anbefaler minimum åtte kontroller av friske gravide, mot tidligere fire [42]. Basisprogrammet er et minimumstilbud som består av åtte konsultasjoner med rutineundersøkelse, inkludert tilbud om undersøkelse med ultralyd. Jordmor og fastlege gjør fortløpende vurdering av kvinnens behov for oppfølging i samarbeid med kvinnen. Tilbudet differensieres ut fra behovet. Av hensyn til kvinnen er det en fordel å bli fulgt opp av en og samme person (eller noen få) for å få en trygg relasjon til helsepersonellet. Særlig med tanke på sensitive temaer som tas opp i konsultasjonene.

Differensiert fødetilbud, tverrfaglig samarbeid, henvisning

Jordmor og fastlege kan samarbeide og henvide til hverandre ved behov for utfyllende kompetanse. Gravide med risikofaktorer, kroniske sykdommer og/eller mistanke om komplikasjoner har behov for henvisning og samarbeid med fødeavdeling, kvinneklinikk eller annen kompetanse. Et tverrfaglig samarbeid kan sikre faglig forsvarlig praksis slik at gravide får hjelp, støtte og behandling både med hensyn til fysiske, relasjonelle, obstetriske, sosiale og psykiske faktorer. Det bør være utarbeidet lokale planer for sårbare gravide i risikogrupper i tråd med nasjonale føringer.

Nasjonale faglige retningslinjer

- [Nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-det-helsefremmende-og-forebyggende-arbeidet-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/veileder-om-rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator)
- [Nasjonale faglige retningslinjer for hjemmefødsel, svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-hjemmefodselsvangerskap-fodselsog-barseltid-i-trygge-hender)
- [Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-nasjonale-faglige-retningslinjer-for-barselomsorgen)
- [Nasjonale faglige retningslinjer for spedbarnsernaering \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-spedbarnsernaering)

Praktisk

Basisprogram for gravide med normalt svangerskap

Basisprogrammet er veiledende og ikke uttømmende. Individuelle behov vurderes. Basisprogrammet kan avvikes der det er faglige begrunnelser. Tilbudet er gratis.

Første og/eller andre konsultasjon i første trimester

Gravide bør få tilbud om første konsultasjon så snart som mulig og senest en uke etter at hun henvender seg til fastlege eller jordmor for å avtale time. Hensikten med den første samtalen tidlig i svangerskapet er å identifisere behov for veiledning, støtte og for å oppmuntre til sunne levevaner. Helsepersonell bør legge vekt på forhold som kvinnen er opptatt av og ta hensyn til den sosiale og kulturelle konteksten til den aktuelle familien. For å lese mer om samtalen, se kapittel [Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving](#).

I løpet av første trimester omfatter konsultasjonen(e) i tillegg til levevaner også anamnese, screeningundersøkelser og generell forberedelse til foreldreskap, svangerskap, fødsel og amming. Samtale om amming bør starte ved første eller andre svangerskapskonsultasjon. Ammeveiledningen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravides kunnskap og eventuelt tidligere ammeerfaring. Veiledning og

informasjon om amming bør følge kriteriene for [Mor-barn-vennlig initiativ\(MBVI\)/Ammekyndig helsestasjon \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). For å bestemme svangerskapets varighet anbefales eSnurra som verktøy (metode). Se: [eSnurra \(esnurra.no\)](#).

Informasjon til gravide, se kapittel [Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide](#) og [helsenorge.no](#)

Henvising og tverrfaglig samarbeid

Jordmor og/eller fastlege har ansvar for å kartlegge gravide som kan få, eller har, komplikasjoner, psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. I svangerskapet er det en fortløpende vurdering om kvinnen har behov for enten ekstra konsultasjoner, involvering av annen kompetanse eller henvising. For valg av fødested gjelder seleksjonskravene i veilederen; [Kvalitetskrav til fødselsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#) [7]. Henviser også til helseforetakenes informasjon om fødetilbudet i egen region.

Legemiddelbruk

Vurder eventuelle legemidler som blir brukt i løpet av svangerskapet. Enkelte legemidler kan påføre foster/barn skade. På den annen side kan det medføre uheldige konsekvenser for mor og foster/barn dersom en tilstand ikke behandles tilstrekkelig.

- Ved bruk av beroligende og sovemidler, se [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Råd om legemidler og bruk kan søkes hos [RELIS \(relis.no\)](#).

Graviditet, arbeid og arbeidsmiljø

- [Faglig veileder for sykmeldere. Generelt om sykmelding ved graviditet \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Graviditet og arbeidsmiljø \(arbeidstilsynet.no\)](#)
- [Gravid medarbeider \(idébanken.org\)](#)

Anbefalte undersøkelser og prøver ved første/andre konsultasjon i første trimester

- blodtrykk, urin-protein (U-protein)
- hepatitt B, HIV, syfilis, hemoglobin (Hb), serumferritin (måles før utgangen av uke 15)
- blodtype, immunisering, blodtypeantistoff
- førgravid vekt for beregning av kroppsmasseindeks (KMI)
- urin til undersøkelse for asymptomatisk bakteriuri (ABU)

Vurdere behov og tilby tester

- [glykosylert hemoglobin A \(HbA1c\) \(Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen\)](#)
- [glukosebelastning i svangerskapsuke 24 \(Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen\)](#)
- gonoré, hepatitt B og C, klamydia, toksoplasmose
- meticillinresistente stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE), extended spectrum betalactamase (ESBL)
- røde hunder (Rubella)

Vurdere indikasjon for [fosterdiagnostikk og genetisk veiledning \(helsedirektoratet.no\)](#).

Gi informasjon om, og gi [tilbud om rutineundersøkelse med ultralyd \(helsedirektoratet.no\)](#).

Informasjon om [Bruk av folat \(helsedirektoratet.no\)](#)

Individuelt vurdere kvinner med tilstander som kan ha behov for henvising til spesialist eller

fødepoliklinikk

- alvorlig astma/allergi
- alder eldre enn 38 år
- autoimmun sykdom
- arvelig sykdom i familien
- diabetes type 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/m² eller over 35 kg/m²
- kjønnslemlestelse
- skadelig bruk av legemidler
- misbruk av alkohol og/eller illegale stoffer
- nyresykdom
- psykiske lidelser
- sosiale faktorer
- stoffskiftesykdom

Tidligere hendelser i forbindelse med svangerskap, fødsel og /eller barseltid

- blødning etter fødsel (atoni)
- foster med sykdom og utviklingsavvik
- fødselsdepresjon
- intrauterin fosterdød
- preeklampsi, HELLP-syndrom (H = hemolyse, EL = elevated liver enzymes, LP = low platelets), eklampsi
- preterm fødsel
- RhD-immunisering, andre irregulære antistoffer
- spontanaborter (habituelle/gjentatte)
- traumatisk fødselsopplevelse
- tidligere keisersnitt
- utfordrende amming
- vekstavvik (stort eller lite barn)

Svangerskapsuke 17-19

Ultralud for terminfastsettelse, organundersøkelse, identifisere flerlinger og morkakens plassering. For informasjon, se: [Veiledende retningslinjer for bruk av ultralud i svangerskapet Bruk av ultralud i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/veiledende-retningslinjer-for-bruk-av-ultralud-i-svangerskapet-bruk-av-ultralud-i-den-alminnelige-svangerskapsomsorgen-og-i-forbindelse-med-fosterdiagnostikk)

Helsedirektoratet anbefaler eSnurra som verktøy (metode) for å bestemme svangerskapets varighet, fødetid og fosteralder. Se: [eSnurra \(esnurra.no\)](https://www.esnurra.no).

Svangerskapsuke 24

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- om kvinnen daglig kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)

- samtale om fosteraktivitet
- blodprøve av RhD-negative gravide for føtal RHD-typing og blodtypeantistoffer
- [tilby glukosebelastning til kvinner som er utsatt for svangerskapsdiabetes \(Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes\)](#)
- **Måling av symfyse-fundus [8]:** Det er ikke unormalt med verdier i området mellom 2,5 og 10-percentilen. Det kan være et tegn på begynnende veksthemning og bør sammen med kvinnens øvrige risikoprofil vurderes individuelt. Verdier under 2,5 percentilen henvises til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.

Svangerskapsuke 28

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus, måle Hb (hemoglobin)
- om kvinnen daglig kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- gi anti-D profylakse til gravid med RhD-positivt foster

Svangerskapsuke 32

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- om kvinnen daglig kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- samtale om amming, inkludert anbefalinger om spedbarnsernæring, hva som kan forventes av et Mor-barn-vennlig sykehus: hud-mot-hud kontakt, at barnet får komme tidlig til brystet, og tidlig tegn på sult, praktisk/konkret informasjon om godt sugetak og god ammestilling, samt betydningen av å være sammen med barnet hele døgnet.

Svangerskapsuke 36

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- om kvinnen daglig kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- vurdere fosterleie, henviser til ultralydundersøkelse ved mistanke om sete- eller tverrleie
- spørre om bruk av tobakk og alkohol
- samtale om fødsel og barseltid

Svangerskapsuke 38

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- om kvinnen daglig kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- vurdere fosterleie, henviser til ultralydundersøkelse ved mistanke om sete- eller tverrleie
- samtale om fødsel og barseltid

Svangerskapsuke 40

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- om kvinnen daglig kjenner liv, og lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- vurdere fosterleie, henviser til ultralydundersøkelse ved mistanke om sete- eller tverrleie
- henviser til spesialisthelsetjenesten for overtidsvurdering

Bestilling av Helsekort for gravide og veiledning: [Helsekort for gravide, kontinuasjonark og veiledning \(helsedirektoratet.no\)](#)

Referanser

- [1] Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-corrected-june-2008-196748317>
- [42] WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience World Health Organization 2016 Tilgjengelig fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
- [7] Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1877. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- [8] Pay A, Frøen JF, Staff AC, Jacobsson B, Gjessing HK Prediction of small-for-gestational-age status by symphysis-fundus height: a registry-based population cohort study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology 2016 123 7 1167-73
- [6] Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; IS-1179, 2005

3 Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving

3.1 Gravide bør få tilbud om en strukturert samtale om levevaner på første konsultasjon og vurdere sammen med fastlege og/eller jordmor om det kan være behov for flere konsultasjoner og oppfølging utover basisprogrammet

I en samtale om levevaner er det viktig å respektere den gravides rett til selvbestemmelse. En åpen dialog er avgjørende for at gravide skal føle seg ivaretatt og forstått. Forslag til endringer bør komme fra kvinnen selv.

Begrunnelse

Svangerskapet er en god anledning til å endre vaner i en positiv retning. I et folkehelseperspektiv kan endring av levevaner fremme helse og forebygge sykdom. De fleste gravide er motiverte for å leve sunt og synes det er naturlig at jordmor eller fastlege spør om levevaner.

En systematisk oversikt så på effekt av å ha én ekstra samtale om levevaner i første trimester av svangerskapet [24]. To av studiene i oversikten beskrev intervensjoner knyttet til røykeslutt. En annen systematisk oversikt viste at veiledning om kosthold og fysisk aktivitet i svangerskapet kan bidra til å redusere mors vektøkning i svangerskapet [16]. Det mangler dokumentasjon på om én ekstra samtale i første trimester kan påvirke alkoholbruk, kostvaner eller fysisk aktivitet. Det er likevel sannsynlig at en slik samtale kan ha positiv effekt på levevaner dersom temaene for samtalen følges opp i senere konsultasjoner.

Praktisk

Struktur på samtalen

"Meny-agenda" er et verktøy for å strukturere samtalen. Verktøyet er omtalt i [Tidlig samtale om alkohol og levevaner - veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#). Fastlege/jordmor velger ut aktuelle temaer og skriver dette inn menyen. Så kan den gravide spørres om temaer hun ønsker å ta opp, temaene noteres og hun velger hvilket tema hun ønsker å starte med. Når et tema er avklart, oppsummeres det kvinnen har sagt, og en går videre til neste tema.

Temaer i samtale om levevaner i første konsultasjon

- Fysisk aktivitet
- Kosthold og kosttilskudd
- Psykisk helse
- Erfaringer med vold og seksuelle overgrep
- Legemidler
- Illegale rusmidler
- Røyk og snus
- Alkohol

Samtalemetode

[Motiverende intervju \(MI-samtale\) \(helsedirektoratet.no\)](#) er en effektiv samtalemetode for å bidra til endring av levevaner [25] [26].

Eksempel på dialog

Samtalen kan innledes med å be om tillatelse til å spørre om levevaner og til å gi informasjon: «Det er noe jeg ønsker å snakke med deg om. Det handler om... . Skal vi snakke om det nå, eller er det noe annet du vil snakke om først?»

Eksempel på å snakke om endring

I samtalen bør helsepersonell være varsom med å foreslå løsninger, være konfronterende eller overtalende, men heller la kvinnen bestemme selv. Lytt til, og spill det kvinnen sier. Utsagn som går i retning av å være motivert for en endring bør reflekteres i samtalen. Det er eksempler på «endringssnakk» på sidene om [motiverende samtale \(helsedirektoratet.no\)](#). Det kan stilles åpne spørsmål som kan bidra til å vurdere fordeler og ulemper ved for eksempel røyking eller snusbruk.

Eksempel på å gi bekreftelse på mestring

Still spørsmål om tidligere positive erfaringer med ulike endringer. Spør om hva som gjorde at hun lyktes. Oppsummer svarene og legg vekt på hvilke grep som ble gjort. Det handler om anerkjennelse, og respekt, og gir håp om at en kan klare å gjøre endring på andre områder også.

Er den gravide klar for endring?

Dersom den gravide har bestemt seg for å endre levevanene sine, kan fastlege/jordmor rette samtalen mot å styrke beslutningen. Eksempler på spørsmål:

- Hvordan tenker du at endringen best kan foregå?
- I hvilke situasjoner kan det bli særlig vanskelig å la være å drikke alkohol?
- Hva bekymrer deg ved det å ikke drikke alkohol?
- Hva kan du gjøre for å komme gjennom disse situasjonene?
- Hva er neste skritt for deg nå?

Samtalen kan avsluttes med en oppsummering og det kvinnen har svart. Legg vekt på utsagn som viser ønske om endring, kvinnens grunner for endring, troen på at endring er mulig og nødvendigheten av endring.

Referanser

- [16] Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW, Kunz R, Mol BW, Coomarasamy A, Khan KS Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence BMJ (Clinical research ed.) 2012 344 e2088
- [24] Mosdøl A, Denison E, Straumann GH Tidlig samtale om sunne levevaner for gravide.

Forskningsoversikt Folkehelseinstituttet 6/2016 Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/2016/tidlig-samtale-om-sunne-levevaner-for-gravide/>

- [25] Ivarsson Holm B MI - motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse - og omsorgssektoren. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2017
- [26] Barth T, Børtveit T, Prescott P Motiverende intervju. Samtaler om endring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2013

3.2 Gravide bør få spørsmål om røyking, bruk av snus og andre nikotinholdige produkter og ved bruk få tilbud om oppfølging for å slutte

Helsepersonell bør spørre gravide om tobakksvaner ved første konsultasjon og gi informasjon om at røyking og bruk av snus i svangerskapet gir helseisiko for både fosteret og mor. Jordmor og/eller fastlege bør tilby oppfølging og hjelp til å slutte eller redusere bruken.

Gravide bør unngå nikotin i alle former. Hvis avhengigheten er sterk og det er vanskelig å slutte, må nytten av nikotinlegemidler veies opp mot risikoen ved å fortsette å røyke eller snuse.

All bruk av nikotinlegemidler bør diskuteres med fastlege, se [Gravide og ammende: Legemidler til røykeavvenning \(helsedirektoratet.no\)](#)

Begrunnelse

Røyking i svangerskapet øker risikoen for redusert fostervekst, tidlig vannavgang, for tidlig fødsel, krybbedød, luftveisinfeksjoner og astma hos barnet i de første leveårene. Bruk av tobakk kan også føre til forliggende morkake og morkakeløsning, spontanabort og økt risiko for blodpropp [28]. Andelen gravide som røykte ved starten av svangerskapet falt [fra 25 til 5 prosent mellom 1999 og 2015 \(folkehelseinstituttet.no\)](#).

Det er holdepunkter for at **snusing i svangerskapet** gir økt sannsynlighet for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og dødfødsel. Kvinner som slutter å snuse tidlig i svangerskapet, har mindre fare for for tidlig fødsel [29]. Det er indikasjoner på at snusing kan føre til preeklampsi, leppe-/kjeve-/ganespalte, og økt risiko for pustestopp i nyfødtp perioden.

Snusing blant unge kvinner har økt, samtidig som røyking er redusert. [I alderen 25-34 år snuser 12 prosent av kvinnene daglig i 2017 \(ssb.no\)](#). Det mangler dokumentasjon på omfanget av snusbruk i svangerskap.

Praktisk

Gjennom dialog bør helsepersonell informere om hvilke fordeler det er for barnet og den gravides egen helse ved å slutte. Det viktigste for å lykkes med å bryte nikotinavhengighet, er den gravides egen motivasjon. Helsen og utviklingen til barnet har betydning når gravide bestemmer seg for å slutte.

Spørsmål om tobakk

- Hva liker du med å røyke?
- Hva liker du ikke med å røyke?
- Hva er ulempene?
- Hva er ulempene ved å slutte å røyke?
- Hva ville være fordelene ved å slutte å røyke?

Gevinster ved en røykfri graviditet og et røykfritt oppvekstmiljø for barnet

- øker sjansen for et normalt svangerskap
- gir barnet bedre vekst- og utviklingsmuligheter
- minsker faren for preterm fødsel
- minsker faren for spontanabort, og død i ukene rundt selve fødselen
- minsker faren for krybbedød
- minsker faren for at barnet får luftveissykdommer og astma
- gir bedre kondisjon, mer energi og overskudd
- minsker faren for alvorlig sykdom, se fanen "Begrunnelse"

Motiverende intervju

- [Motiverende intervju \(samtale\) \(helsedirektoratet.no\)](#) er en samtalemethode som har vist gode resultater i tobakksavvenning.
- I nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning er det [veiledning til de som er motiverte for å slutte \(helsedirektoratet.no\)](#)

Referanser

- [28] The Health Consequences of Smoking--50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General 2014
- [29] Helserisiko ved bruk av snus. Rapport Folkehelseinstituttet, ISBN: 978-82-8082-644-2 2014
Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/helserisiko-ved-bruk-av-snus-pdf.pdf>

3.3 Helsepersonell bør tilby gravide en samtale om alkohol og andre rusmidler og ved bruk gi tilbud om oppfølging for å slutte

Helsepersonell bør ha en samtale med gravide om alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler ved første konsultasjon. Bruk medfører risiko for medfødte skader hos barnet og bør unngås gjennom hele svangerskapet. Ved bruk av rusmidler bør den gravide bli tilbudt tilrettelagt hjelp til å slutte.

Begrunnelse

Bruk av alkohol i svangerskapet

Under svangerskapet kan bruk av alkohol føre til for tidlig fødsel, redusert fostervekst, økt risiko for spontanabort og medfødte skader og misdannelser. Fosterskader kan oppstå i alle faser av svangerskapet. Det er ingen sikker nedre grense for alkoholemengde eller noe trygt tidspunkt i svangerskapet for å unngå skader på fosteret [18] [27].

Alkoholbruk i begynnelsen av svangerskapet kan gi økt forekomst av avvik eller misdannelser i hjertet, nyrer, urinveier, forstyrrelser i immunforsvaret og nedsatt syn og hørsel hos barnet. Sentralnervesystemet er særlig utsatt fordi det utvikler seg gjennom hele graviditeten. Mulige skadevirkninger hos barnet kan være nedsatt konsentrasjon, lærevansker, dårlig hukommelse, nedsatt motorikk, manglende sosial fungering, og problemer knyttet til atferd, språk og matematikk.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) er en samlebetegnelse på fosterskader forårsaket av alkohol. I FASD inngår alle alvorlighetsgrader og typer av skader fra mindre intellektuelle svekkelser til fullt utviklet føtalt alkoholsyndrom (FAS). FAS er den mest alvorlige tilstanden og knyttes til omfattende alkoholbruk. Barn med FAS kan ha veksthemming, skader på sentralnervesystemet og karakteristiske trekk i ansiktet som glatt leppefure, smal overleppe og korte øyespalter. Problemer på grunn av FASD kan først komme til

uttrykk i småbarns- eller skolealderen.

Bruk av cannabis og andre illegale rusmidler i svangerskapet

Ved bruk av kokain, cannabis (fellesbetegnelse for marihuana og hasj), amfetaminer og illegale opioider er det økt risiko for morkakeløsning, fosterdød, redusert fostervekst, for tidlig fødsel, pusteproblemer hos den nyfødte, krybbedød og senere konsentrasjons- og atferdsvansker [27]. Ved bruk av illegale opioider oppstår ofte uttalte behandlingstrengende abstinenssymptom etter fødselen hos barnet.

Det er relativt lite kunnskap om langtidsvirkninger hos barnet etter eksponering for de enkelte narkotiske stoffer i mors liv [31]. Psykososiale utfordringer, somatiske lidelser og mors bruk av flere rusmidler under og etter graviditeten gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om virkningen av de enkelte stoffene på barnet.

Vanedannende legemidler

Bruk av beroligende og sovemidler som rusmidler kan gi både redusert fostervekst og abstinenssymptomer hos barnet etter fødsel. Se: [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet \(helsedirektoratet.no\)](#)

Lovbestemmelser

Ved bruk av rusmidler har helsepersonell opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten dersom «det er grunnlag for å tro at den gravide misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade», jf. [Lov om helsepersonell § 32 \(lovdata.no\)](#).

Den kommunale helse - og omsorgstjenesten kan fatte vedtak om at en gravid som bruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade kan tas inn på institusjon uten samtykke, jf. [Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester mm \(lovdata.no\) i §10-3](#). Men før tvang, må frivillighet forsøkes gjennom samarbeid med øvrige instanser/helse- og omsorgspersonell for å kunne tilby et individuelt tilrettelagt behandlings- og oppfølgingstilbud ved behov.

Praktisk

Samtale om alkohol

I utgangspunktet er det ønskelig at kvinnen slutter å drikke alkohol når hun prøver å bli gravid. Det er ikke mulig å oppgi en trygg nedre grense for alkoholinntak uten fare for skader hos fosteret. Mange graviditeter er ikke planlagte og en del gravide har drukket alkohol før de visste at de var gravide. Hvis kvinnen er bekymret, fordi hun har drukket, er det beste hun kan gjøre å avstå fra alkohol resten av svangerskapet. Kartlegging av alkoholbruk i svangerskapet kan gjennomføres ved hjelp av et screeningverktøy (se under).

Screening- og samtaleverktøy

- Oversikt over ulike kartleggingsverktøy og eksempler på samtaler om alkohol og andre rusmidler: [Snakk om rus \(snakkomrus.no\)](#)
- [Hvordan veilede gravide om alkohol og levevaner \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Elektronisk kartleggings skjema for alkoholvaner hos gravide: [TWEAK kartlegging \(snakkomrus.no\)](#) og [skjema \(TWEAK\)\(helsedirektoratet.no\)](#)
- Skjema for å strukturere samtale, se side 30: [Tidlig samtale om alkohol og levevaner - veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#)

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

- [Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Avrusning av gravide \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Unge, eldre og gravide i rusbehandling \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når](#)

- [skolealder \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet Graviditet \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Tidlig intervensjon på rusområdet. Fra bekymring til handling \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet \(helsedirektoratet.no\)](#)

Referanser

- [18] Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe Oslo: Helsedirektoratet; 2005. IS-1284 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/24/Alkohol-og-graviditet-hva-er-farlig-for-fosteret-hvordan-forebygge-og-behandle-IS-1284.pdf>
- [27] Mørch-Johnsen GH, Andersen JM, Høiseth G Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet. Nasjonalt folkehelseinstitutt på oppdrag fra Helsedirektoratet 2015 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1145/Rapport%20avhengighet%20svanger2438.pdf>
- [31] Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD Developmental Consequences of Fetal Exposure to Drugs: What We Know and What We Still Must Learn Neuropsychopharmacology 2015 40 1 61 87 Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262892/>

3.4 Gravide bør få informasjon og samtale om et sunt og variert kosthold, folattilskudd og ved behov enkelte andre kosttilskudd

Gravide bør oppfordres til et variert kosthold med grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og bær, magre meieriprodukter, fisk, bønner, linser, erter og nøtter. Mengden av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt og matvarer med mye mettet fett, sukker og salt bør begrenses. Tilskudd av folat anbefales alle i første trimester. Det kan være behov for andre tilskudd, avhengig av kosthold, se praktisk informasjon.

Gravide bør unngå matvarer som kan inneholde [toksoplasma \(fhi.no\)](#) og [listeria \(fhi.no\)](#).

Begrunnelse

[Helsedirektoratets kostråd \(helsedirektoratet.no\)](#) bygger på Nordiske ernæringsanbefalinger og gjelder hele befolkningen, inkludert gravide [19]. Ved å følge kostrådene og anbefalingene om vektøkning, vil gravide kunne sikre tilførsel av alle nødvendige næringsstoffer og minsker faren for svangerskapsdiabetes og enkelte uheldige svangerskapsutfall.

Praktisk

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](#) og i brosjyren [Gode levevaner før og i svangerskapet \(helsedirektoratet.no\)](#).

- Matportalen har råd om [matvarer gravide bør være forsiktig med \(matportalen.no\)](https://matportalen.no).

Folat

For å forebygge nevrallrørsdefekter, anbefales det at alle kvinner tar tilskudd av 400 mikrogram folat fra de planlegger å bli gravide og de tre første månedene av svangerskapet.

D-vitamin

Gravide anbefales et inntak av 10 mikrogram D-vitamin per dag. Gravide som spiser fet fisk mindre enn 2-3 ganger per uke, bør rådes til å ta tilskudd av D-vitamin, i form av tran eller annet tilskudd.

Jod

Gravide bør anbefales et daglig kosttilskudd med 150 µg jod/dag dersom de:

- har et lavere daglig inntak enn 6 dl melk/yoghurt, eller
- spiser lite/ingen hvit saltvannsfisk og samtidig får i seg mindre enn 8 dl melk/yoghurt per dag

(jf. [rapport om jod fra Nasjonalt råd for ernæring](#)).

Tilskuddet bør anbefales så tidlig som mulig i svangerskapet, og aller helst før kvinnen blir gravid.

Jern

Tilskudd av jern bør anbefales på bakgrunn av [serumferritinmåling tidlig i svangerskapet, se egen anbefaling](#). Gravide uten serumferritinmåling, kan anbefales 40 mg jern per dag fra uke 18-20 og ut svangerskapet.

Kalsium

Kvinner som ikke drikker melk eller spiser melkeprodukter som yoghurt og ost daglig, bør anbefales plantedrikk tilsatt kalsium eller tilskudd av kalsium tilsvarende 900 mg per dag.

Fettsyrer

Kvinner som spiser lite eller ikke noe fisk, kan anbefales tilskudd av omega-3-fettsyrer tilsvarende 200 mg DHA (dokosaheksaensyre, 22:6 n-3) per dag, for eksempel i form av tran eller algeolje.

Mat og drikke gravide bør unngå

Gravide bør:

- [avstå helt fra inntak av alkohol, se egen anbefaling](#).
- unngå enkelte matvarer som kan inneholde mikroorganismene [toksoplasma \(fhi.no\)](#) og [listeria \(fhi.no\)](#).
- unngå enkelte typer fisk og sjømat, se [Matportalen](#)
- ikke bruke naturlegemidler som mangler dokumentasjon om virkning og trygg bruk
- unngå mer enn 100-200 mg koffein daglig fra kaffe og koffeinholdige drikker, som te, cola og såkalte "energidrikker". [Matportalen](#) angir hvor mye koffein det er i ulike produkter.

Gravide med innvandrerbakgrunn

Kvinner med bakgrunn fra noen land (Afrika, Asia etc*) kan ha særlig behov for veiledning om riktig kosthold og bruk av kosttilskudd. De bør derfor få tilrettelagt informasjon.

* Innvandrerbefolkningen blir av SSB blant annet inndelt i verdensregioner. «Afrika, Asia etc.» dekker regionene Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oceania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS.

Vegetarisk kosthold

Godt sammensatt vegetarkost og vegankost kan være fullverdig i svangerskapet med tillegg av noen tilskudd. Gravid som ikke har melkeprodukter og fisk i kostholdet, bør få råd om bruk av tilskudd av vitamin B12, jod, D-vitamin, omega-3-fettsyrer og kalsium. Mangel på disse næringsstoffene kan gi alvorlig forstyrrelse av barnets utvikling. Les mer om [vegetarisk kosthold \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no) og [råd om kosttilskudd ved vegankosthold fra Helsepersonell for plantebasert kosthold \(hepla.no\)](https://www.hepla.no).

Spiseforstyrrelser

Ved alvorlig spiseforstyrrelse og graviditet skal pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten og det anbefales kortere frist for helsehjelp ut fra individuelle forhold. Ved alvorlig spiseforstyrrelse hos den gravide, bør vekt og ernæringstilstand følges hyppigere enn ved vanlig svangerskapsomsorg, og den gravide bør tilbys veiledning og støtte om ernæring og måltider. Les mer: [Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no).

Referanser

- [19] Nordic Nutrition recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity København: Nordic Council of Ministers. 5th ed. Nord 2014:002. ISBN 978-92-893-2670-4. ISSN 0903-7004 1 627 Tilgjengelig fra <https://www.norden.org/en/theme/former-themes/themes-2016/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>

3.5 Vektøkningen hos gravide bør følges og tilpassede råd bør gis ved for lav eller for høy vektøkning

Vektøkningen hos gravide bør følges og tilpassede råd bør gis ved for lav eller for høy vektøkning med utgangspunkt i før-gravid kroppsmasseindeks (KMI).

For vektøkning i svangerskapet, se fanen "Praktisk".

Begrunnelse

Høy vekt, eller høy KMI, når svangerskapet starter, øker faren for komplikasjoner under fødselen og uheldige utfall av svangerskapet, se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no). Stor vektøkning i svangerskapet utgjør en helseisiko for både mor og barn, særlig dersom mor var overvektig eller svært overvektig før graviditeten. Vanlig vektøkning i svangerskapet for en normalvektig gravid kvinne er mellom 11 og 16 kilo.

Dersom vektøkningen i svangerskapet er for liten, øker sannsynligheten for at barnet har lav fødselsvekt. Lav fødselsvekt kan påvirke helsen negativt tidlig i barnets liv, og settes i sammenheng med blant annet hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk og diabetes type 2, i voksen alder.

Det er størst sannsynlighet for et godt utfall dersom kvinnen starter svangerskapet med normalvekt, altså med en kroppsmasseindeks (KMI) mellom 18,5 og 24,9 kg/m². Det er viktig å forebygge og behandle overvekt og fedme blant kvinner i fruktbar alder av hensyn til senere svangerskap og mors helse.

Praktisk

Alle gravide bør oppfordres til å følge [Helsedirektoratets kostråd \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no) og å spise sunn, variert og næringsrik mat, etter appetitt.

Gravide kan velge om de ønsker å veie seg hjemme, på helsestasjonen eller på legekontoret. Ved for lav eller for høy vektøkning, bør man oppmuntre til henholdsvis økt eller redusert energiinntak, men samtidig fraråde slanking.

Oppfølging av gravide med over-/undervekt/sykkelig fedme og/eller spiseforstyrrelser

- Gravide med KMI 30-35 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 kg/m² følges opp i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at gravide med KMI \geq 35 kg/m² henvises 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 \(legeforeningen.no\)](http://legeforeningen.no)
- For oppfølging av gravide med spiseforstyrrelse, se [Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser \(helsedirektoratet.no\)](http://helsedirektoratet.no)

Vektøkning i svangerskapet

Ved vurdering av vektøkning i svangerskapet, tas det utgangspunkt i kvinnens vekt før graviditeten. Nordiske ernæringsanbefalinger (2012) og anbefalinger fra Institute of Medicine (IOM, 2009), angir følgende vektøkning i svangerskapet som mest gunstig [19] [30]:

- normalvektige kvinner (KMI 18,5-24,9 kg/m²): 11,5 til 16 kilo
- undervektige kvinner (KMI under 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 over 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. Energibehovet øker noe under svangerskapet fordi kroppen blir større, fosteret vokser og fordi graviditeten innebærer at nytt vev dannes, blant annet i livmoren og i brystene.

Referanser

- [19] Nordic Nutrition recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity København: Nordic Council of Ministers. 5th ed. Nord 2014:002. ISBN 978-92-893-2670-4. ISSN 0903-7004 1 627 Tilgjengelig fra <https://www.norden.org/en/theme/former-themes/themes-2016/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>
- [30] Institute of Medicine, National Research Council Committee to Reexamine IOMPWG Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health 2009

3.6 Gravide bør bli informert om fordelene ved daglig fysisk aktivitet og muskelstyrkende trening av bekkenbunnen. Langvarig stillesitting bør begrenses

Kvinner som har vært fysisk aktive før svangerskapet, bør fortsette å være fysisk aktive på omtrent samme nivå, eventuelt med tilpasninger.

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.

Anbefalingene gjelder alle gravide med unntak av de med kompliserte svangerskap og noen få omstendigheter der trening frarådes, se praktisk informasjon.

Begrunnelse

Generelt sees den største helsegevinsten av økt fysisk aktivitet hos personer som i utgangspunktet var inaktive eller som var litt aktive. Kvinner som er regelmessig fysisk aktive i svangerskapet, opplever enklere svangerskap og fødsler og har mindre ugunstig vektøkning sammenlignet med kvinner som er mindre fysisk aktive i svangerskapet [13]. Å stille noen enkle spørsmål om fysiske aktivitetsvaner har vist seg å være effektivt for å øke aktivitetsnivået og er samtidig lite ressurskrevende for helsepersonell [17].

Regelmessig fysisk aktivitet forbedrer og opprettholder god allmenn kondisjon under graviditeten [13] [14]. Tilrettelagt fysisk aktivitet har vist seg å kunne forebygge alminnelige plager under graviditet. Det omfatter blant annet mindre tretthet, redusert risiko for varicer (åreknuter) og hevelser i ekstremiteter, i tillegg til generelt økt fysisk og psykisk velvære. Fysisk aktive gravide plages sjeldnere av stress, angst, depresjon og søvnforstyrrelser og har lavere forekomst av korsryggproblemer. Trening av bekkenbunnsmuskulaturen under svangerskapet og etter fødselen kan forebygge og behandle urinlekkasje [13] [14]. Fysisk aktivitet kan bidra til færre tilfeller av svangerskapsdiabetes, keisersnitt og barn som er for store eller små i forhold til gestasjonsalder [15] [16], samt forebygge preeklampsi [12].

Praktisk

Erfaring viser at gravide mener det er viktig å snakke om fysisk aktivitet med jordmor/lege. En del trenger oppfølging og hjelp til å etablere eller opprettholde gode levevaner [21]. Helsepersonell bør derfor snakke med gravide om fysisk aktivitet og stimulere de som er inaktive til å begynne med fysisk aktivitet [9].

[Motiverende intervju \(samtale\) \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) er et samtaleverktøy som er vist å være effektivt for å motivere til økt fysisk aktivitet.

Tilpasset fysisk aktivitet og redusert stillesitting

Veiledning og råd om fysisk aktivitet til gravide bør bygge på en individuell vurdering og tilpasses den enkelte. Eksempler på utgangspunkt for vurderingen er fysisk form, hvor vant den gravide er med fysisk aktivitet fra før, tidspunkt i graviditeten, kulturell bakgrunn og preferanser. Et rimelig mål bør være å vedlikeholde fysisk form under graviditeten [13] [14].

- Allsidig aktivitet som inkluderer både kondisjons- og styrketrening kan være gunstig.
- Aktiviteter som involverer store muskel grupper bør velges.
- Aktivitetens intensitet bør være slik at man kan føre en samtale, se side 5 om [Borgs skala 12-14 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).
- Aktive pauser som avbryter stillesitting, og fysisk aktivitet gjennom daglige gjøremål er gunstig både i svangerskapet og etter fødsel.
- For gravide med bekken- og/eller ryggproblemer kan vanngymnastikk være en egnet aktivitet. Gravide som har plager med bekkenløsning og/eller ryggsmarter kan ha behov for oppfølging av fysioterapeut.
- Gravide kan ha problemer med å «finne» bekkenbunnsmusklene ved trening. Etter fødselen kan dette være enda vanskeligere. Det er derfor en fordel å ha lært hvordan de kan trene bekkenbunnsmusklene allerede i svangerskapet.
- Kvinner bør allerede i graviditeten oppfordres til å være fysisk aktive også etter fødsel. Dette er særlig viktig for kvinner med overvekt og fedme, eller for kvinner som har lagt på seg mer enn anbefalt i svangerskapet.

Forsiktighetsregler

- Aktiviteter med høy risiko for fall og støt mot magen øker faren for skader og bør unngås.
- Unngå dykking i svangerskapet.
- Fysisk trening i stor høyde (høyere enn 2500 meter) krever minst 4–5 dagers tilpasning.
- Unngå aktiviteter med høy intensitet i varmt og fuktig klima.
- Unngå så høy belastning at det oppstår trykkektrang.

- Utøvelse av konkurranseidrett kan kreve veiledning av fødselslege og idrettslege.

For mer informasjon, kontraindikasjoner og tilstander som krever videre oppfølging, se [Graviditet i Aktivitetshåndboken \(helsedirektoratet.no\)](#)

Informasjon og selvhjelpsmateriell

- Gravide kan få informasjon om egnede aktivitetstilbud i nærmiljøet.
- Kommunale frisklivssentraler tilbyr helsesamtaler og individuell støtte til endring av levevaner [10] [11]
- Selvhjelpsmateriell: [Aktivitetsdagbok – for deg som vil bli i bedre form \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Fysisk aktivitet \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nasjonelle riktlinjer om sjukdomsforebyggende metoder \(socialstyrelsen.se\)](#) og [SBU-rapport om metoder for å främja fysisk aktivitet\(socialstyrelsen.se\)](#)

Referanser

- [9] Physical activity: brief advice for adults in primary care National Institute for Health and Care Excellence, UK: Public health guideline [PH44] 2013 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44>
- [10] Veileder for kommunale frisklivssentraler Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-1896. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud>
- [11] Ekornrud T, Thonstad M Frisklivssentraler i kommunane. Kartlegging og analyse av forebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud Statistisk sentralbyrå 2016/07 Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane>
- [12] Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis Jama 2014 311: 1536 -46
- [13] Josefson A, Bø K Graviditet I: Bahr R, red. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008 154 62 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- [14] Josefson A, Haakstad LAH, Bø K Fysisk aktivitet ved graviditet I: Yrkesforeningar för Fysisk Aktivitet (YFA), red. FYSS 2015. Sverige: Läkartidningens förlag 2015 1 15
- [15] Russo LM, Nobles C, Ertel KA, Chasan-Taber L, Whitcomb BW Physical activity interventions in pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis Obstetrics and gynecology 2015 125: 576 -82
- [16] Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW, Kunz R, Mol BW, Coomarasamy A, Khan KS Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence BMJ (Clinical research ed.) 2012 344 e2088
- [17] Thornton JS, Fremont P, Khan K, Poirier P, Fowles J, Wells GD, Frankovich RJ Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine British journal of sports medicine 2016 50 1109 14
- [21] Vedøy G, Lie T Tidlig samtale om alkohol og levevaner - FRIDA - Rapport IRIS - 2014/016. ISBN-978-82-490-0839-1 Tilgjengelig fra <http://www.korus-stavanger.no/Sluttrapport%20IRIS%202014-06%20FRIDA.pdf>

4 Graviditet og psykisk helse

4.1 Gravide bør få spørsmål om de nå eller tidligere har opplevd nedstemthet, depresjon eller andre psykiske helseproblemer. Helsepersonell kan konsultere psykisk helsetjeneste i kommunen eller henvise videre ved behov

Jordmor og/eller fastlege bør identifisere gravide med risiko for angst, depresjon og psykiske helseproblemer. Gravide som har eller har hatt alvorlige psykiske lidelser, bør vurderes av allmennlege og som eventuelt konsulterer psykisk helsetjeneste i kommunen eller henviser til spesialisthelsetjenesten. Mildere og moderate psykiske helseproblemer kan også kreve samarbeid eller videre henvisning.

Begrunnelse

Psykiske helseproblemer hos mor kan svekke mor-barn relasjonen. Depressive symptomer og depresjon hos mor under svangerskap og i barseltid, kan ha negative effekter på barns utvikling. Hos de fleste som diagnostiseres med depresjon i barseltiden, foreligger det depressive symptomer i svangerskapet [33] [34]. Sterk angst kan føre til stresstilstand og kan ha negative effekter på svangerskapsutfall og barnets helse og utvikling. Det er derfor viktig å bidra til kartlegging og utredning av psykiske helseproblemer på et tidlig tidspunkt, og henvise videre ved behov for behandling og oppfølging. Sosioøkonomiske forhold påvirker helsen til mor og barn. I svangerskapsomsorgen er det viktig å kjenne til familiens utfordringer for å gi rett støtte og hjelp. Det kan være viktig å ha oppmerksomhet også på partner/far - for å hjelpe kvinnen kan det være behov for å også hjelpe partner/far.

Sårbarhetsfaktorer [35] [37]:

- aleneansvar for barnet
- dårlig selvfølelse
- manglende støtte i nettverk
- migrasjonsbakgrunn
- ikke planlagt graviditet
- konflikter i parforhold
- tidligere klinisk depresjon
- traumatiske og stressende hendelser
- økonomiske problemer

Førstegangsfødende har en tredobbelt risiko for å oppleve depresjon etter fødselen [39]. Kvinner i risikogrupper er ekstra sårbare og har behov for individuell oppfølging. En klinisk barseldepresjon eller depressive symptomer kan ha konsekvenser for morsrollen, samspill og ernæringen av barnet [32] [33] [36] [38].

Mange gravide kan være urolige i forbindelse med svangerskapet. Normal uro kan dempes ved god støtte og informasjon. Det er viktig for helsepersonell å skille mellom de alminnelige spørsmålene og være oppmerksom på tegn på at kvinnen har behov for ytterligere hjelp og oppfølging. Angst er like vanlig hos gravide som i befolkningen ellers.

Praktisk

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør sørge for lett tilgang til NAV, familievernkontor, spe- og småbarnsteam i spesialisthelsetjenesten og barnevern dersom det avdekkes underliggende årsaker til psykiske symptomer og lidelser.

Når depresjon avdekkes i svangerskap og/ eller etter fødsel, må det sørges for et individuelt tilrettelagt tilbud. Tilbudet vil ofte innebære en tverrfaglig innsats og kan bestå av varierte tiltak som for eksempel hjemmebesøk, avlastning, familiestøtte og psykologisk behandling. For noen kvinner kan det være behov for medikamentell behandling.

Helsepersonell i svangerskapsomsorgen bør

- legge til rette for at gravide kan snakke om hvordan de har det
- ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Validerte verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av kartleggingen, og som ledd i et lokalt forankret program
- henvise gravide med eventuelt partner/barn til psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten
- være kjent med organisering, samarbeids-, og henvisningsrutiner til psykisk helsetjeneste herunder psykologer i kommunen og andre instanser

Tilgrensende nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og rundskriv

- [Diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Tidlig innsats \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Psykisk helsearbeid i kommunen \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- [Psykisk helse og rus \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Barn som pårørende. Rundskriv \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

For oppfølging av gravide med depresjoner i svangerskapet, se [Depresjoner i svangerskapet \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no)

Referanser

- [32] Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review *Pediatrics* 2009 123 736 51
- [33] Gagliardi L, Petrozzi A, Rusconi F Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding *Archives of disease in childhood* 2012 97 355-7
- [34] Haga SM, Lynne A, Slinning K, Kraft P A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers *Scandinavian journal of caring sciences* 2012 26 458 66
- [35] Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support *Archives of women's mental health* 2012 15 175 84
- [36] Hart SL, Jackson SC, Boylan LM Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers *Journal of pediatric psychology* 2011 36 942 50
- [37] Hubner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M Recognizing and treating peripartum depression *Deutsches Arzteblatt international* 2012 109 419 24
- [38] Seimyr L., Edhborg M., Lundh W., Sjogren B. In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 2004 25 23 34
- [39] Eberhard-Gran M, Slinning K Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel Folkehelseinstituttet 2007 Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/nedstemthet-og-depresjon-i-forbinde> [02.03.2018]

5 Rutinemålinger i blodet til gravide

5.1 Gravide bør få tilbud om blodprøve for ABO/RhD-typing og undersøkelse for blodtypeantistoff i første trimester

Helsepersonell bør tilby alle gravide å ta blodprøve for ABO/RhD-typing og undersøkelse for blodtypeantistoff i første trimester.

RhD-negative gravide bør få oppfølging for å forebygge RhD-immunisering og komplikasjoner hos foster/barn:

- I svangerskapsuke 24 får RhD-negative gravide tilbud om å ta blodprøve til foster RhD-typing og ny undersøkelse for blodtypeantistoff
- I svangerskapsuke 28 tilbys alle RhD-negative gravide som ikke er RhD-immuniserte, og som bærer et RhD-positivt foster, rutinemessig anti-D profylakse

Begrunnelse

Omtrent 15 prosent av norske kvinner har en blodtype som er RhD-negativ. Ved graviditet og fødsel er det en fare for at disse kvinnene danner antistoffer mot fosterets blod (alloimmunisering), dersom fosteret er RhD-positivt. Disse antistoffene kan passere morkaken, og utløse hemolytisk sykdom hos fosteret som kan bli livstruende.

Praktisk

Metoden Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT) regnes som fosterdiagnostikk etter [Bioteknologilovens bestemmelser \(§4-3\)](#). (lovdata.no). Gravide som ikke ønsker å gi skriftlig samtykke til testen, kan tilbys kontrolltester i uke 32 og 36 etter tidligere metode.

[Oversiktstabell for blodprøver til blodtyping og blodtypeantistoff \(JPG\)](#)

Organisering av anti-D profylakse i helseregionene

[Helse Nord \(unn.no\)](#)

[Helse Midt \(stolav.no\)](#)

[Helse Vest \(helse-bergen.no\)](#)

[Helse Sør-Øst \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

5.2 Gravide bør i første trimester få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus og råd om jerntilskudd

Gravide bør i første trimester få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus. Ut i fra måleresultatene bør følgende råd gis:

- 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.

Serumferritin måles før utgangen av uke 15.

I fravær av serumferritinmåling anbefales alle gravide tilskudd av 40 mg jern per dag fra uke 18–20 og

ut svangerskapet.

Begrunnelse

De nordiske ernæringsanbefalingene gir råd om bruk av jerntilskudd i svangerskapet basert på en systematisk kunnskapsoppsummering [19] [40].

I svangerskapet øker behovet for jern gradvis, til vekst og vedlikehold av foster og livmor, til økning i mengden røde blodlegemer og til forventet jerntap i forbindelse med fødsel. Det totale jernbehovet i svangerskapet har vært beregnet til 1040 mg, hvorav 840 mg går til fosteret eller tapes i forbindelse med fødsel [19]. I første trimester må jerninntaket dekke basaltap. Jernbehovet øker i andre trimester og er størst i tredje trimester.

Til tross for at jernopptaket øker i de to siste tredjedelene av svangerskapet, så er mengden jern i kosten for mange ikke tilstrekkelig til å dekke det betydelig økte jernbehovet i svangerskapet [40]. Ved planlegging av kosthold til gravide, kan 15 mg jern per dag benyttes, men de fleste vil ha behov for tilskudd utover dette fra annet trimester av [41].

Tilskudd av 20-40 mg jern/dag fra uke 18-20 og ut svangerskapet er vist å være effektivt for å forebygge jernmangel og jernmangelanemi i svangerskapet [40]. Bruk av jerntilskudd i samsvar med anbefalingen, vil forebygge jernmangel og jernmangelanemi hos henholdsvis over 90 og 95 prosent av kvinnene ved fødsel og 6-8 uker etter fødselen.

Måling av konsentrasjon av serumferritin tidlig i svangerskapet, regnes som en god indikator på jernlagrene hos friske gravide. Etter uke 20 er serumferritin en mindre pålitelig indikator på grunn av den fysiologiske utvidelsen av plasmaet og tilhørende fall i hemoglobin og ferritin.

Referanser

- [40] Domellof M, Thorsdottir I, Thorstensen K Health effects of different dietary iron intakes: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations Food & nutrition research 2013 57 Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23858301>
- [41] Helsedirektoratet Anbefalinger for kosthold, ernæring og fysisk aktivitet 2014
- [19] Nordic Nutrition recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity København: Nordic Council of Ministers. 5th ed. Nord 2014:002. ISBN 978-92-893-2670-4. ISSN 0903-7004 1 627 Tilgjengelig fra <https://www.norden.org/en/theme/former-themes/themes-2016/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>

5.3 Gravide bør få tilbud om måling av hemoglobin i første trimester og i uke 28 av svangerskapet for å avdekke jernmangel

Hemoglobinmåling, både tidlig og senere i svangerskapet (ved første konsultasjon og i uke 28), kan avdekke alvorlig jernmangel og utilstrekkelig plasmaekspansjon. Resultatet av målingen kan også gi en indikasjon om noen sykdommer.

Anemi defineres hos gravide som hemoglobinkonsentrasjon (Hb) under 11,0 g/dl.

Begrunnelse

Hemoglobinmåling ved første konsultasjon og i uke 28 kan avdekke alvorlig jernmangel, anemi og utilstrekkelig plasmaekspansjon [1] [19] [42].

Det er naturlig at hemoglobinkonsentrasjonen (Hb) synker i svangerskapet fordi plasmavolumet utvider seg. Høy Hb kan være et tegn på at plasmavolumet ikke er utvidet i tilstrekkelig grad og at viskositeten i blodet er høy. Dette kan medføre lav blodgjennomstrømning i morkaken og utilstrekkelig næringstilførsel til fosteret.

Jernmangel er den vanligste årsaken til anemi. Anemi kan imidlertid også skyldes mangel på andre næringsstoffer som vitamin B12 og folat, og det kan skyldes sykdommer som thalassemi og sigdcelleanemi.

Thalassemi er genetisk betinget tilstand/sykdom som fører til en unormal hemoglobinproduksjon. Ofte sees lett til alvorlig anemi, avhengig av alvorlighetsgrad. Thalassemia opptrer særlig hos personer med bakgrunn fra middelhavsområdet, Midtøsten, Sør-Asia og Afrika. Ved anemi knyttet til thalassemi er det nødvendig å utelukke samtidig jernmangel. Thalassemi nødvendiggjør ikke i seg selv spesiell oppfølging i svangerskapet.

Sigdcelleanemi er en medfødt sykdom som forårsaker anemi. Det er en autosomal recessiv arvelig tilstand med unormalt hemoglobin (HbS) som medfører skader på blodcellene, hemolyse, av varierende alvorlighetsgrad.

Praktisk

Gravide med anemi, det vil si hemoglobin (Hb) under nedre grenseverdi, bør utredes med henblikk på jernmangelanemi. Veileder i fødselshjelp (2014) foreslår anemiutredning ved Hb under 11,0 g/dl i første og tredje trimester og Hb under 10,5 g/dl i andre trimester. Jerntilskudd bør gis hvis andre mål på jernstatus indikerer jernmangel.

Det er aktuelt å vurdere sigdcelleanemi og/eller thalassemi hos etniske grupper der det er relevant, se fanen "Begrunnelse".

For utredning og behandling av gravide med anemi i Spesialisthelsetjenesten, se [Veileder i fødselshjelp. Anemi og graviditet \(legeforeningen.no\)](#)

Referanser

- [1] Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2008 Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-corrected-june-2008-196748317>
- [42] WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience World Health Organization 2016 Tilgjengelig fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
- [19] Nordic Nutrition recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity København: Nordic Council of Ministers. 5th ed. Nord 2014:002. ISBN 978-92-893-2670-4. ISSN 0903-7004 1 627 Tilgjengelig fra <https://www.norden.org/en/theme/former-themes/themes-2016/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>

6 Forebygging av smittsomme sykdommer og screening for infeksjoner hos gravide

6.1 Gravide bør få tilbud om undersøkelse av urin for asymptomatisk bakteriuri i første trimester

Alle gravide bør få tilbud om dyrkning og resistensbestemmelse av bakterier i urin for undersøkelse av asymptomatisk bakteriuri i første trimester. For å unngå forurenset prøve er anbefalt prøvetakingsmetode midtstråle fra morgenurin. Ved positivt dyrkningssvar, tas ny urinprøve med dyrkning innen en uke.

En dyrkning kan påvise gruppe B streptokokker (GBS). Funn av GBS dokumenteres på Helsekort for gravide.

For oppfølging og behandling se [Antibiotikabruk i allmennpraksis \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

Begrunnelse

For mer informasjon om asymptomatisk bakteriuri og behandling se [Antibiotikabruk i allmennpraksis \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

Praktisk

For oppfølging og behandling, se [Antibiotikabruk i allmennpraksis \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

Asymptomatisk bakteriuri (ABU) og Gruppe B-streptokokker (GBS)

En dyrkning av urin kan blant annet påvise GBS, som er en del av den normale bakteriefloraen. Funn dokumenteres på helsekort for gravide. En påvisning av GBS i urin er ingen screening av gravide. Forekomst av GBS kan endre seg under graviditeten. Et funn av GBS i urin tidlig i graviditeten er ikke nødvendigvis representativt når kvinnen kommer i fødsel.

Påvisning av GBS i mengder som kan medføre smitte til barnet under fødsel, blir gjort etter mikrobiologisk dyrkning. Prøve tas fra ytre del vagina og rektum med samme prøvepinne. Det anbefales ikke å ta rutinemessige prøver for påvisning av GBS hos friske, symptomfrie gravide kvinner.

For mer informasjon om GBS: [Gruppe B-streptokokker hos gravide og fødende kvinner Forebygging av sykdom forårsaket av tidlig infeksjon med gruppe B-streptokokker hos nyfødte \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Urinstiks

Undersøkelser med stiks er en beslutningsstøtte i situasjoner hvor det er klinisk mistanke om urinveisinfeksjon, på grunn av symptomer som svie, smerter ved vannlatingen og hyppig vannlating.

6.2 På første konsultasjon bør gravide få tilbud om å bli testet for hepatitt B, HIV og syfilis for å forebygge smitteoverføring fra mor til foster/barn

For å forebygge smitteoverføring fra mor til foster/barn bør alle gravide få tilbud om å bli undersøkt for følgende sykdommer på første konsultasjon:

- [Hepatitt B \(fhi.no\)](https://fhi.no)
- [HIV \(fhi.no\)](https://fhi.no)
- [Syfilis \(fhi.no\)](https://fhi.no)

Praktisk

Gravide oppbevarer helsekortet selv og får kopi av prøvesvarene. Dokumentasjonen tas med til fødestedet. Resultat av tester og konsultasjoner dokumenteres i helsekort for gravide.

6.3 Gravide i 2. og 3. trimester skal få tilbud om influensavaksine

Gravide i 2. og 3. trimester har økt risiko for komplikasjoner ved influensa og skal derfor tilbys influensavaksine av hensyn til egen og barnets helse jf. [Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 5 \(lovdata.no\)](#)

Gravide i 1. trimester som har en risiko for alvorlig influensa på grunn av andre sykdommer, skal også tilbys vaksine.

Helsepersonell bør følge med på varsel fra Folkehelseinstituttet om vaksinasjon av risikogrupper. For mer informasjon, se [Gravide og influensavaksine \(fhi.no\)](#)

Begrunnelse

Ifølge [Smittevernloven §3-8 \(lovdata.no\)](#) og [Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 5 \(lovdata.no\)](#) skal kommunen sørge for at utsatte grupper får et tilbud om influensavaksine.

Det er foreløpig ikke vist økt risiko for alvorlig influensasykdom hos mor i 1. trimester, men gravide i 2. og 3. trimester, samt spedbarn under 6 måneder, har økt risiko for alvorlig sykdom og komplikasjoner som følge av influensa. Vaksinasjon av gravide vil i tillegg til å beskytte mor, også beskytte barnet de første 6 månedene etter fødsel. For nærmere begrunnelse av anbefalingen: [Gravide og influensavaksine \(folkehelseinstituttet.no\)](#).

Gravide i 1. trimester som har en økt risiko for alvorlig influensasykdom på grunn av andre sykdommer, eller tilhører en av de andre målgruppene definert av Folkehelseinstituttet, anbefales også vaksine.

Praktisk

Bestilling av influensavaksiner

Kommunen bestiller vaksine til risikogruppene fra Folkehelseinstituttet, for videre distribusjon til vaksinatører (fastleger, helsesykepleier osv.). Veiledning for bestilling av influensavaksine til målgruppene for vaksinasjon blir sendt til kommunene hver vår, og vaksine blir sendt ut i september/oktober. For mer praktisk informasjon: [Vaksinebestilling og preparater \(fhi.no\)](#).

Målgrupper for influensavaksine

For nærmere omtale av målgruppene for influensavaksinasjon: [Influensavaksine veileder for helsepersonell \(fhi.no\)](#).

6.4 Jordmor og/eller lege bør være oppmerksom på smittsomme sykdommer hos gravide og tilby undersøkelse for å forebygge smitteoverføring fra mor til foster/barn

Lege og/eller jordmor bør være oppmerksom på følgende smittsomme sykdommer hos gravide og tilby undersøkelse i tråd med veiledning fra Folkehelseinstituttet (fhi.no):

- [bakteriell vaginose og utflod \(fhi.no\)](#)
- [cytomegalovirus \(fhi.no\)](#)
- [genital klamydia \(fhi.no\)](#)
- [gonoré \(fhi.no\)](#)
- [gruppe B-streptokokker \(fhi.no\)](#)
- [hepatitt C \(fhi.no\)](#)
- [herpes genitalis \(fhi.no\)](#)
- [listeriose \(fhi.no\)](#)
- [meticillinresistente Staphylococcus aureus \(MRSA\) \(fhi.no\)](#), [vankomycinresistente enterokokker \(VRE\) \(fhi.no\)](#), [extended spectrum betalactamase \(ESBL\) \(fhi.no\)](#)
- [parvovirus B19-infeksjon \(fhi.no\)](#)

- [røde hunder \(Rubella\) \(fhi.no\)](#)
- [toksoplasmose \(fhi.no\)](#)
- [tuberkulose \(fhi.no\)](#)
- [vannkopper \(Varicella simplex\) \(fhi.no\)](#)

[Reiseråd \(fhi.no\)](#): Malaria, zikafeber, toksoplasmose, diaré, og vaksiner generelt inkludert influensa

Praktisk

Bakteriell vaginose

Det anbefales ikke rutineundersøkelser for bakteriell vaginose under svangerskapet. Ved symptomer bør den gravide undersøkes for bakteriell vaginose, Candida albicans (sopp) eller Trichomonas vaginalis og eventuelt behandles.

Cytomegalovirusinfeksjon

Det anbefales ikke testing for CMV-virus av alle gravide utover de med symptomer på akutt infeksjon hos mor, eller ultralydfunn hos foster som kan tale for intrauterin infeksjon.

Genital klamydia

Det anbefales at det tilbys test for klamydia i svangerskapet på følgende indikasjoner: Gravide under 25 år, ved symptomer og som ledd i smitteoppsporing.

Gonore

Det anbefales ikke rutinemessig undersøkelse for gonore hos alle gravide. Testing for gonore bør tilbys på bestemte kliniske og epidemiologiske indikasjoner. Se informasjon i lenken.

Gruppe B-streptokokkinfeksjon (GBS)

Det anbefales ikke å ta rutinemessige prøver for påvisning av GBS hos friske, symptomfrie gravide kvinner. Påvisning av GBS i mengder som kan medføre smitte til barnet under fødsel, blir gjort etter mikrobiologisk dyrkning. Prøve tas fra ytre del vagina og rektum med samme prøvepinne. Prøve til dyrkning anbefales tatt av alle kvinner med fostervannsavgang uten rier før 37. uke. Ved negativt dyrkningssvar gjentas prøven hver uke inntil fødsel. Prøver anbefales tatt av alle kvinner med rier før uke 34.

Hepatitt C

Gravide som kan ha kroniske hepatitt C infeksjon bør tilbys testing for hepatitt C antistoff, etterfulgt av HCV-RNA hvis anti- HCV er positiv. Testing bør tilbys hvis den gravide har vært risikoutsatt for hepatitt C-smitte.

Herpes genitalis

Det er ikke grunnlag for rutinemessig testing for herpes genitalis hos gravide. Kvinner som får påvist førstegangs (primær-) utbrudd etter 35. svangerskapsuke eller har residiverende herpes bør henvises til spesialisthelsetjenesten for evt. behandling og planlegging av forløsningsmetode.

Listeriose

Dersom den gravide kvinnen utvikler feber uten annen åpenbar årsak og kostanamnesen inneholder opplysninger om inntak av produkter som kan inneholde listeriose, bør den gravide vurderes av en spesialist med tanke på testing og eventuelt behandling.

MRSA

MRSA spres lett på føde- og barselavdelinger. Det er viktig for smittevernet på sykehuset at det kartlegges om den gravide har vært utsatt for MRSA-smitte. Den gravide bør undersøkes for MRSA dersom hun fyller kriteriene for undersøkelse ved innleggelse.

Parvovirus B19-infeksjon

Alle gravide med ukjent immunitet som eksponeres for parvovirus B19 eller har typiske symptomer, med eller uten kjent eksponering, bør tilbys antistofftest (IgM og IgG) og viruspåvisning ved PCR-metode.

Røde hunder (Rubella)

Kvinner med som ikke er vaksinert eller har usikker vaksinasjonsstatus bør få målt rubellaantistoff. Lege/jordmor som rekvirerer blodprøver i svangerskapet har ansvaret for å vurdere behovet for testing. Vaksinasjonsanbefaling avhenger av prøvesvaret.

Toksoplasmose

Det er ikke innført rutinemessig screening av gravide. Indikasjoner for prøvetaking av antistoffer er særlig eksponering for kjente risikofaktorer (kontakt med katter eller katteavføring, konsum av kjøtt eller kjøttvarer som ikke er fullstendig gjennomstekt eller gjennomkokt) og planlagt eller nylig gjennomført utenlandsreise til land utenfor Nord-Europa.

Tuberkulose

Det er ingen særskilt anbefaling om tuberkuloseundersøkelse av gravide utover de krav til undersøkelse som følger av tuberkuloseforskriften.

Vannkopper (Varicella simplex)

Gravide som utsettes for vannkoppesmitte og ikke vet om de har hatt vannkopper, bør testes for antistoffer mot varicellavirus.

7 Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide

7.1 Gravide bør få spørsmål om erfaringer med vold og henvises videre ved behov

Det anbefales at helsepersonell spør alle gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer. En eller flere konsultasjoner bør gjennomføres uten partner til stede. Helsepersonell bør henvise og/eller sørge for riktig hjelp til gravide som er utsatt for vold. Helsepersonell bør samarbeide med fagpersoner med særskilt kompetanse på vold for å gjøre spesifikke vurderinger og sikkerhetsarbeid.

Begrunnelse

Anbefalingen og kunnskapsgrunnlaget er basert på tidligere Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold fra 2014 [49].

Helsepersonell bør spørre alle gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer [45]. Vold bør tematiseres så tidlig som mulig i svangerskapet. Det bør informeres om ulike typer vold og mulige konsekvenser. De fleste kvinner opplever det positivt å få spørsmål om vold. Kvinnen bør spørres flere ganger gjennom svangerskapet ved tilstander assosiert med vold i nære relasjoner. Når helsepersonell spør kvinnen om voldserfaringer, er det hensiktsmessig å understreke at alle gravide blir spurt. Kvinner som har erfaring med å bli utsatt for vold kan oppleve det belastende å bli spurt. Likevel ønsker de fleste å få spørsmål og få mulighet til å snakke om den vanskelige situasjonen [43]. Det anbefales å informere om at minst én konsultasjon i svangerskapet settes av til samtale med kvinnen alene.

Helsepersonell bør gi alle gravide og deres partnere informasjon på generelt grunnlag om konsekvenser av vold for helse og livskvalitet hos mor og det ufødte barnet. Der det er naturlig kan kvinnens partner ha samtale med helsepersonellet alene.

Konsekvenser av å bli utsatt for vold

Kvinner som opplever vold i hjemmet har økt risiko for nedsatt livskvalitet, skader og død [46]. Både tidligere og pågående erfaringer med vold kan påvirke kvinners opplevelse av svangerskap, fødsel og barseltid. Disse erfaringene kan for eksempel føre til vegring mot å føde vaginalt, et ønske om planlagt keisersnitt og ammeproblemer. Gravide som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, har en større sannsynlighet for å oppleve flere fysiske plager i svangerskapet.

Erfaringer med seksuelle overgrep i barndommen kan føre til retraumatisering i svangerskapet, dissosiasjon i fødsel og posttraumatisk stress-syndrom. Voldserfaringer opptrer ofte sammen med depressive symptomer, og kan påvirke kvinnens tilknytning og omsorgsevne ovenfor barnet. Engstelse og depresjon kan dessuten føre til misbruk av medikamenter og alkohol.

I svangerskapet kan det ufødte barnet bli rammet av volden direkte gjennom spark og slag på morens mage eller indirekte gjennom hennes stressreaksjoner. Forskning tyder på at når gravide blir eller har blitt utsatt for vold, vil dette kunne føre til nedsatt helse og livskvalitet for det ufødte barnet, både etter at det er født og i livsløpet fremover. På området trengs det ytterligere forskning.

Praktisk

Vurdering og sikkerhetsarbeid

Kvinnens erfaringer bør ligge til grunn i vurderingen, videre sikkerhetsarbeid og henvisning til andre instanser. Helsepersonell bør i samtalen få kjennskap til hvilken type vold, og omfanget av volden som den aktuelle kvinnen blir eller har blitt utsatt for. Dette kan ha betydning for hvilke hjelpetiltak og oppfølging som er aktuelle for kvinnen og partneren/familien. For vurdering og sikkerhetsarbeid, se også [Vold i nære relasjoner, en veileder for helse og omsorgstjenesten, 2018.](#)

Tegn som kan ha sammenheng med voldsutsatthet [44]:

- Symptomer på psykiske plager/lidelser: depresjon, posttraumatisk stress-syndrom og søvnforstyrrelser
- Alkohol og/eller annen rusmiddelbruk
- Uforklarlige kroniske mage-tarm symptomer
- Uforklarlige symptomer i reproduksjonssystemet, inkludert bekkensmerter og seksuelle problemer
- Flere ikke-planlagte svangerskap og aborter, vaginal blødning, seksuelt overførbare infeksjoner, sen start på svangerskapsomsorg, spontanabort, prematur fødsel og/eller dødfødsel
- Uforklarlige kroniske smerter
- Gjentakende helseundersøkelser uten sikker diagnose
- Påtrengende tilstedeværelse av f.eks. partner eller forelder. Særlig i disse tilfellene bør vold tematiseres flere ganger i løpet av svangerskapet.

Forslag til spørsmål

- Er du noen gang redd i eget hjem?
- Er du redd for partneren din eller andre?
- Har du noen gang blitt ydmyket eller truet av partneren din; tidligere partnere eller andre? Blir du nedverdiget offentlig, hindret i å møte venner eller gjøre ting du ønsker?
- Har du noen gang blitt slått sparket eller på andre måter angrepet fysisk. Hvis ja, når, av hvem, hvor mange ganger og hvilke skader?
- Har noen gjort noe seksuelt mot deg som du ikke ønsket? hvis ja, når og hvem?
- Har noen i løpet av det siste året gjort deg bekymret for tryggheten til barna dine, eller er du bekymret for tryggheten til barnet ditt når det blir født? Hvis ja; av hvem?

Helsepersonell må vurdere kvinnens behov for nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp. Der vold avdekkes er det viktig at helsepersonell snakker med kvinnen om hennes egen og eventuelle barns sikkerhet. Dette bør inkludere:

- Hvordan kvinnen kan kontaktes om hun ikke møter til avtalt konsultasjon
- Hvilke strategier kvinnen har når vold oppstår
- Hvordan hun kan unngå ytterligere vold

Noen kvinner vil ha behov for et omfattende tilbud; medisinske behov, behandling av psykiske plager, ivaretagelse av egen sikkerhet, økonomi, foreldreveiledning og informasjon om lovverk knyttet til rettigheter og samlivsbrudd.

Tverrfaglig samarbeid

Barnevern og politi bør i tillegg til fastlege, jordmor, psykolog, DPS og liknende, være en del av kommunens «tiltakskjede» for oppfølging etter avdekking av vold mot gravide.

- Sykehus, fastleger, jordmor, helsesykepleier, gynekolog og psykolog.
- Politiet, barnevern, krisesenter, overgrepsmottak, familievernkontor, Alternativ til vold og/eller Landsforeningen for voldsofre.
- Helsepersonell kan i alle tilfeller ta kontakt med kollegaer og andre instanser for anonym drøfting ved behov.

Journalføring

Når vold spørres om og/eller avdekkes skal det dokumenteres i pasientens journal. Det anbefales at det ikke skrives på helsekort for gravide, fordi det kan sette kvinnen i ytterligere fare. For å sikre forsvarlig oppfølging i svangerskapet er det nødvendig med rutiner og prosedyrer for kommunikasjon mellom helsepersonell og eventuelt andre.

Begrensninger i taushetsplikten

Til tross for hovedregelen om taushetsplikt, kan helsepersonell [gi opplysninger videre \(lovdata.no\)](#) når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Opplysningsretten vil i utgangspunktet gjelde i truende eller farefulle situasjoner der et er fare for helse og menneskeliv. Hensynene som taler for å gi opplysninger videre må veie tyngre enn hensynene bak taushetsplikten. Dette utdypes i [rundskrivet Helsepersonelloven med kommentarer \(helsedirektoratet.no\)](#).

Opplysningsplikt til barnevernstjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til [tiltak fra barnevernets \(lovdata.no\)](#). Helsepersonell skal, uten [hinder av taushetsplikt \(lovdata.no\)](#), av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for vold eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Opplysningsplikt til politiet og avvergelsesplikt

Helsepersonell har [opplysningsplikt \(lovdata.no\)](#) i situasjoner hvor varsling til politi er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Det kreves ikke visshet eller kunnskap om at situasjonen kommer til å medføre alvorlig skade på liv og helse, men det må være sannsynlig at den skadevoldende handlingen er i ferd med å skje.

Enhver borger kan ha [plikt til å avverge \(lovdata.no\)](#) nærmere bestemte straffbare handlinger. Det er straffbart ikke å anmelde eller på annen måte søke å avverge visse alvorlige straffbare handlinger, blant annet [mishandling i nære relasjoner \(lovdata.no\)](#) og [seksuell omgang uten samtykke \(lovdata.no\)](#), når man holder det som sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle straffbare handlingen er eller vil bli begått.

Oppfølging av helsepersonell

Å avdekke vold kan være en krevende oppgave for helsepersonell. Man kan få kjennskap til svært belastende livshistorier. Helsepersonell har likevel overveiende positive erfaring med å etterspørre og avdekke vold. Dette forutsetter at de har tid, kunnskap, henvisningsmuligheter og gode samarbeidsrutiner med andre faginstanser [48]. Helsepersonell må kjenne seg trygge på at kvinnen og familiene får så god hjelp som mulig. Kunnskap om de juridiske rettigheter og plikter, og om aktuelle muligheter er viktig og det kan være betydningsfullt å ha mulighet til å delta i veiledning og opplæring av helsepersonell.

Videre oppfølging av mor og barn

Det er viktig med gode overganger fra svangerskaps-, fødsel og [barselomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no) til [oppfølging på helsestasjonen \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no). Jordmor bør ved behov utveksle informasjon med helsesøster på helsestasjonen, fastlegen og annet helse- og omsorgspersonell om familier i utfordrende livssituasjoner. Informasjonsutveksling kan som hovedregel, bare skje etter informert samtykke fra pasienten.

- [e-læringskurset om vold i nære relasjoner \(nkvt.no\)](#). Kurset er utviklet for fastleger, men kan være nyttig for annet helse- og omsorgspersonell.

Referanser

- [43] Hjemdal OK, Engnes K Å spørre om vold ved svangerskapskontroll: rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies. NKVTS 2009
- [44] NICE National Institute for Health and Care Excellence Domestic violence and abuse: How health services, social care and the organizations they work with can respond effectively National Guideline 2014
- [45] Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G Screening women for intimate partner violence in healthcare settings The Cochrane database of systematic reviews 2013 4 CD007007
- [46] Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence Journal of general internal medicine 2007 22 12 1668 73
- [47] Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology 2010 117 9 1153 7
- [48] Jahanfar S, Howard LM, Medley N Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women The Cochrane database of systematic reviews 2014 11 CD009414

7.2 Gravide bør spørres om de har vært utsatt for kjønnslemlestelse for å forebygge komplikasjoner ved fødselen

Gravide som kan ha vært utsatt for kjønnslemlestelse, bør få samtale og informasjon om hvilken hjelp de kan få for å forebygge komplikasjoner som kan oppstå ved fødsel.

Planlegging av fødsel gjøres i samarbeid med obstetrisk eller gynekologisk poliklinikk.

Vulvstatus og eventuell behandling føres på helsekort for gravide.

Begrunnelse

Kjønnslemlestelse kan være en risikofaktor ved fødsel. Det er anbefalt å identifisere kvinner som er kjønnslemlestet tidligst mulig i svangerskapet. Kvinnene bør henvises til gynekologisk poliklinikk for vurdering og eventuell åpnende inngrep i god tid før fødsel.

Kjønnslemlestedede gravide kan trenge betydelig informasjon og støtte. Det er viktig at jordmor/fastlege gjør

fødeavdelingen oppmerksom på gravide som er kjønnslemlestet tidligst mulig slik at fødselen kan planlegges nøye. Kvinnen må i løpet av svangerskapet informeres om at norsk lov forbyr kjønnslemlestelse og forbyr helsepersonell å rekonstruere gjensyng etter fødsel.

Se [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Praktisk

Forebygging og oppfølging av kjønnslemlestedede gravide

- [Forebygging og behandling ved kjønnslemlestelse \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

Oppfølging av gravide som har vært utsatt for kjønnslemlestelse i spesialisthelsetjenesten, se [Omskjæring \(kjønnslemlestelse\) \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no)

8 Preeklampsi

8.1 Risikofaktorer for preeklampsi hos gravide bør vurderes på første svangerskapskonsultasjon

Fastlege og/eller jordmor bør vurdere risiko for preeklampsi når kvinnen møter på første svangerskapskonsultasjon. Gravide med alvorlige risikofaktorer for preeklampsi bør henvises til spesialisthelsetjenesten for videre oppfølging. Se Praktisk informasjon.

Begrunnelse

Preeklampsi er en sykdom som forutsetter tilstedeværelse av placentært vev, men der maternell predisposisjon også spiller en vesentlig rolle. Hos en del, men ikke alle, foreligger det mangelfull utvikling av den maternoplacentære sirkulasjon (spiralarteriene). Sentralt i utviklingen av de maternelle symptomene står en økt systemisk inflammasjon med vaskulær (endotelial) dysfunksjon. En rekke organer påvirkes i varierende grad. Preeklampsi som inntreffer tidlig i svangerskapet, før svangerskapsuke 34, er oftere forbundet med tilveksthemming hos barnet og alvorlige symptomer hos mor enn sent innsettende preeklampsi etter svangerskapsuke 34. Men også sent innsettende preeklampsi kan utvikle seg til alvorlig sykdom.

For mer informasjon, se [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og preeklampsi \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no)

Praktisk

Gravide med disse risikofaktorene bør følges nøye for utvikling av preeklampsi

- alder over 40 år
- antifosfolipidsyndromer (positiv lupus antikoagulant og/eller cardiolipin antistoff og klinisk anamnese)
- bindevevssykdommer (spesielt systemisk lupus erythematosus, SLE)
- diabetes mellitus, også svangerskapsdiabetes
- flerlingsvangerskap
- kronisk hypertensjon
- kroppsmasseindeks (KMI) over 35

- nyresykdom
- tidligere gjennomgått preeklampsi (spesielt dersom oppstått mindre enn 34 uker), HELLP-syndrom (H = hemolyse, EL = elevated liver enzymes, LP = low platelets) eller eklampsi
- morkakesvikt (vekstretardert foster)

Mindre alvorlig risikofaktorer

- førstegangs fødende
- familiehistorie med mor eller søster som har hatt preeklampsi
- graviditetsintervall mer enn 10 år

For oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten, se [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og preeklampsi \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/Hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-preeklampsi)

8.2 Helsepersonell bør utføre blodtrykksmåling og proteinanalyse i urin (stiks) ved hver svangerskapskonsultasjon

Helsepersonell bør utføre blodtrykksmåling og proteinanalyse i urin (stiks) ved hver svangerskapskonsultasjon for å identifisere preeklampsi. 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.

Gravide bør gjøres oppmerksomme på behovet for å søke øyeblikkelig råd fra helsepersonell hvis de opplever symptomer på preeklampsi: kraftig hodepine og/eller andre sentralnervøse symptomer som irritabilitet, synsforstyrrelser, spastiske kramper, smerter i øverste del av buken, raskt økende vannansamling i kroppen, pustebesvær og blålig farge på hud og eventuelt kjenner "lite liv".

Begrunnelse

I tidlig fase gir preeklampsi oftest ingen plager. Det er derfor viktig å følge planlagte svangerskapskontroller for å avdekke forhøyet blodtrykk eller proteiner i urinen. Hypertensjon og proteinuri er målbare parametere assosiert med preeklampsi. Ved stigende blodtrykk (med eller uten proteinuri) skal en alltid vurdere kliniske symptomer som kan varsle om alvorlig preeklampsiutvikling, slik som "dårlig form," rask vektøkning/kliniske ødemer, (kraftig) hodepine, synsforstyrrelser, tung pust med trykk for brystet, kvalme, oppkast, epigastriesmerter eller irritabilitet/uro. Tilstanden er uforutsigbar og kan utvikles til en alvorlig, livstruende tilstand på kort tid, fra timer til dager.

Praktisk

Preeklampsi, også kjent som «svangerskapsforgiftning», er en multisystemtilstand assosiert med økt maternell og neonatal sykkelighet og dødelighet. Tilstanden er definert som forhøyet blodtrykk (hypertensjon) lik eller høyere enn 140 mmHg systolisk og/eller lik eller høyere enn 90 mmHg diastolisk som oppstår etter 20. svangerskapsuke (målt mer enn en tilfeldig gang), og protein i urin (proteinuri) lik eller mer enn 0.3 g per 24 timer eller total protein/kreatinin ratio høyere enn 0.3 (eller lik eller mer enn +1 på urin stiks ved minimum to målinger). I noen tilfeller debuterer sykdommen bare med høyt blodtrykk eller proteinuri, slik at disse kvinnene skal også følges opp tett. I meget sjeldne tilfeller, slik som ved mola hydatidosa (sykdom i morkaken), kan preeklampsi debutere tidligere enn etter svangerskapsuke 20.

Preeklampsi gir klinisk et maternelt syndrom (hypertensjon, proteinuri, ødem og aktivert koagulasjon i blod) og i tillegg økt risiko for et føtalt syndrom (veksthemming, fosterhypoksi, placentalsøsing, intrauterin fosterdød og prematuritet). Ved sent innsettende preeklampsi dominerer oftest de maternelle symptomer

og funn, mens ved tidlig innsettende preeklampsi vil både maternelle og føtale tegn sees i ulik grad. Føtale tegn vil preges av placentasvikt med tilveksthemming og føtoplacentære sirkulasjonsendringer. Preeklampsi rammer ca 3-4 prosent av alle gravide i Norge [50].

For håndtering av preeklampsi i spesialisthelsetjenesten, se [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og preeklampsi \(legeforeningen.no\)](#)

Referanser

- [50] Klungsoyr K, Morken NH, Irgens L, Vollset SE, Skjaerven R Secular trends in the epidemiology of pre-eclampsia throughout 40 years in Norway: prevalence, risk factors and perinatal survival Paediatric and perinatal epidemiology 2012 26 190 8

9 Svangerskapsdiabetes

9.1 Det foreslås at HbA1c tas ved første svangerskapskonsultasjon for å oppdage udiagnostisert diabetes/hyperglykemi

For å identifisere kvinner med udiagnostisert diabetes/hyperglykemi foreslås det at HbA1c tas ved første svangerskapskontroll (før 16. uke i svangerskapet) hos kvinner som oppfyller en eller flere av følgende kriterier:

- gravide med etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika
- gravide med førstegradsslektning med diabetes (mor, far, søsken)
- før-gravid kroppsmasseindeks (KMI) over 30 kg/m²
- ved tidligere svangerskap:
 - barn med fødselsvekt over 4500 gram
 - nedsatt glukosetoleranse
 - tidligere påvist svangerskapsdiabetes
 - svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes (fastsittende skuldre og preeklampsi)

HbA1c etter svangerskapsuke 16 er uegnet. HbA1c kan ikke benyttes ved jernmangelanemi, hemolytisk anemi, kronisk malaria, større blødninger og transfusjoner. Se fanen "Praktisk".

Begrunnelse

Gravide i dag har høyere risiko for å ha uoppdaget diabetes eller hyperglykemi enn tidligere. Kvinner er eldre når de føder, har høyere KMI, og det er flere som er innvandrere med høyere risiko for svangerskapsdiabetes og diabetes type 2.

Tidlig hyperglykemi (under grensen for diabetes) kan gi en 2-4 ganger økt risiko for preeklampsi, fastsittende skuldre, alvorlige misdannelser og perinatal død [52]. De fleste av disse kvinnene vil ha behov for medikamentell behandling i løpet av svangerskapet [54]. Det finnes holdepunkter for at tidlig behandling og livsstilsintervensjon kan redusere risikoen for komplikasjoner [51] [53] [54].

HbA1c tatt tidlig i svangerskapet har vist gode testegenskaper for å identifisere gravide med forhøyet risiko for alvorlige svangerskapsutfall [52].

Praktisk

Se [Kortfattet oversikt over diagnostikk av diabetes i svangerskapet \(HbA1c\), svangerskapsdiabetes \(glukosebelastning\) og henvisningspraksis](#)

Resultat av HbA1c dokumenteres i helsekort for gravide. HbA1c kan ikke benyttes til diagnostikk av svangerskapsdiabetes. Diagnosen svangerskapsdiabetes settes etter måling av plasmaglukose etter glukosebelastningstest i svangerskapsuke 24-28.

HbA1c etter svangerskapsuke 16 er uegnet. For kvinner som møter til første kontroll etter uke 16 foreslås det å gjøre glukosebelastning dersom kvinnen oppfyller risikokriteria for glukosebelastning.

Vurdering av test-resultat

HbA1c $\geq 6,5$ % (48 mmol/mol) er diagnostisk for diabetes (uansett tidspunkt i svangerskap) og det anbefales umiddelbar henvisning til poliklinikk som behandler kvinner med diabetes i svangerskapet. Behandling av gravide med diabetes følges opp i spesialisthelsetjenesten.

HbA1c 5,9-6,4 % (41- 46 mmol/mol) indikerer økt risiko for svangerskapsdiabetes. Majoriteten av disse kvinnene vil ha behov for medikamentell behandling for å oppnå behandlingsmål for plasmaglukose. Det er ønskelig at kvinnene tilbys [informasjon om gunstig kost og fysisk aktivitet ved svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](#), samt opplæring i egenmåling. Kvinnene kan henvises til poliklinikk som behandler kvinner med diabetes i svangerskap for veiledning. Kvinnene bør tilbys glukosebelastning i svangerskapsuke 24-28.

HbA1c $< 5,9$ % (41 mmol/mol) tidlig i svangerskapet er normalt. Kvinnene bør tilbys glukosebelastning i uke 24-28.

Når HbA1c ikke kan benyttes

HbA1c kan ikke benyttes ved jernmangelanemi, hemolytisk anemi, kronisk malaria, større blødninger og transfusjoner. Enkelte hemoglobinvarianter kan føre til falske HbA1c-verdier. I disse tilfellene baseres diagnostikken på:

- fastende venøs plasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/L, eller
- 2-timers venøs plasmaglukose etter 75 g oral glukosetoleransetest $\geq 11,1$ mmol/L, eller
- tilfeldig venøs plasmaglukose $\geq 11,1$ mmol/L hos en person som har klassiske symptomer på hyperglykemi, eller
- hyperglykemisk krise

Referanser

- [51] Alunni ML, Roeder HA, Moore TR, Ramos GA First trimester gestational diabetes screening - Change in incidence and pharmacotherapy need Diabetes research and clinical practice 2015 109 135 40
- [52] Hughes RC, Moore MP, Gullam JE, Mohamed K, Rowan J An early pregnancy HbA1c $\geq 5.9\%$ (41 mmol/mol) is optimal for detecting diabetes and identifies women at increased risk of adverse pregnancy outcomes Diabetes care 2014 37 2953 9
- [53] Koivusalo SB, Rono K, Klemetti MM, Roine RP, Lindstrom J, Erkkola M, Kaaja RJ, Poyhonen-Alho M, Tiitinen A, Huvinen E, Andersson S., Laivuori H, Valkama A, Meinila J, Kautiainen H., Eriksson JG, Stach-Lempinen B Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL): A Randomized Controlled Trial Diabetes care 2016 39 24 30
- [54] Rowan JA, Budden A, Ivanova V, Hughes RC, Sadler LC Women with an HbA1c of 41-49 mmol/mol (5.9-6.6%): a higher risk subgroup that may benefit from early pregnancy intervention Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association 2016 33 25 31

9.2 Tilby glukosebelastning til gravide i uke 24-28 med en eller flere karakteristika (alder, etnisitet, arvelighet, kroppsmasseindeks og hendelser i tidligere svangerskap)

Tilby glukosebelastning i uke 24 - 28 til gravide som oppfyller ett eller flere av følgende kriterier:

- førstegangsfødende eldre enn 25 år
- etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika
- førstegradsslektninger med diabetes (mor, far, søsken)
- før-gravid kroppsmasseindeks (KMI) høyere enn 25 kg/m²
- ved tidligere svangerskap:
 - alder over 40 år uten andre risikofaktorer
 - barn med fødselsvekt over 4500 g
 - nedsatt glukosetoleranse
 - svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes (fastsittende skuldre og preeklampsi)
 - tidligere påvist svangerskapsdiabetes

Ved kjent diabetes eller svangerskapsdiabetes skal det ikke utføres glukosebelastning.

Begrunnelse

Nyere studier viser at tidligere risikokriteria for glukosebelastning gjør at om lag 50 prosent av gravide med svangerskapsdiabetes ikke oppdages [56] [58] [59].

De nye diagnostiske kriteriene vil identifisere gravide som har størst utbytte av behandling. Det vil si gravide som har en doblett risiko for ugunstige utfall for mor og barn, som høy fødselsvekt, prematur fødsel, fastsittende skuldre, hyperbilirubinemi og neonatal hypoglykemi og for keisersnitt og preeklampsi [55] [57] [60]. Ved å gi gravide tilpassede kostholdsråd og opplæring i glukosemåling, samt råd om fysisk aktivitet kan risikoen for disse uheldige utfallene reduseres [57].

Praktisk

Se [Flytdiagram for diagnostikk av diabetes i svangerskapet \(HbA1c\), svangerskapsdiabetes \(glukosebelastning\) og henvisningspraksis](#)

Vurdering av test-resultat

Svangerskapsdiabetes er en utilstrekkelig økning i insulinproduksjonen under graviditet og hvor glukoseverdiene (fastende og/eller 2-timers verdi) ligger mellom de normale og de som gjør at hun har diabetes i svangerskapet.

Diagnosen svangerskapsdiabetes stilles ved (uansett tidspunkt i svangerskapet):

- fastende plasma-glukose: 5,3-6,9 mmol/l, eller
- 2 timers plasma-glukose: 9,0-11,0 mmol/l

Kvinner med svangerskapsdiabetes bør ved diagnosetidspunkt tilbys informasjon, kostråd og opplæring i egenmåling av blodsukker.

Diabetes i svangerskapet foreligger ved (uansett tidspunkt i svangerskapet):

- fastende plasma-glukose $\geq 7,0$ mmol/l,
- eller 2 timers verdi $\geq 11,1$ mmol/l

Det anbefales at kvinner med diabetes i svangerskapet henvises umiddelbart til poliklinikk som behandler kvinner med diabetes i svangerskap.

Dersom lokal fastende glukose er 7,5 mmol/l eller høyere, dropp glukosebelastningen og henvis sykehus. Kvinnen har diabetes i svangerskap.

Kvinner med fastende plasmaglukose <5,3 mmol/l og 2-timers plasma-glukose <9,0 mmol/l etter utført glukosebelastning i uke 24 - 28 har ikke svangerskapsdiabetes og trenger ikke ny glukosebelastning. Diagnostikk av svangerskapsdiabetes baserer seg ikke lenger på å måle glukose i urinen, men mange urinstiks gir automatisk svar på glukosuri. Påvist glukosuri med stiks hos kvinner som har fulgt anbefalingen for kontroll med HbA1c og glukosebelastning, skal ikke vektlegges. Hos kvinner med gjentatt glukosuri og hvor anbefalingen ikke er fulgt, kan det være aktuelt å måle blodsukker før og etter måltid, eventuelt rådføre seg med spesialisthelsetjenesten.

HbA1c kan ikke brukes til å diagnostisere svangerskapsdiabetes. Resultatet av glukosebelastningen dokumenteres i helsekort for gravide.

Når bør undersøkelsen med glukosebelastning utsettes?

Glukosebelastningen utføres etter 8-14 timers faste.

Undersøkelsen utsettelse ved:

- akutt sykdom/sykdomsfølelse
- Celeston Chronodose siste 14 dager eller annen akutt behandling med steroider
- kroppstemperatur over 38°C
- kvalme som tilsier at belastningen ikke er mulig å gjennomføre

Hos fedmeopererte erstattes glukosebelastningen med egenmålinger av glukose, se [Retningslinje for svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinje-for-svangerskapsdiabetes).

Referanser

- [55] Cundy T, Ackermann E, Ryan EA Gestational diabetes: new criteria may triple the prevalence but effect on outcomes is unclear BMJ (Clinical research ed.) 2014 348 1567
- [56] Farrar D, Simmonds M, Bryant M, Lawlor DA, Dunne F, Tuffnell D, Sheldon TA Risk factor screening to identify women requiring oral glucose tolerance testing to diagnose gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis and analysis of two pregnancy cohorts PloS one 2017 12 e0175288
- [57] Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L Diagnostic thresholds for gestational diabetes and their impact on pregnancy outcomes: a systematic review Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association 2014 31 319 31
- [58] Jenum AK, Morkrid K, Sletner L, Vangen S, Torper JL, Nakstad B, Voldner N, Rognerud-Jensen OH, Berntsen S, Mosdol A, Skriverhaug T, Vardal MH, Holme I., Yajnik CS, Birkeland KI Impact of ethnicity on gestational diabetes identified with the WHO and the modified International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria: a population-based cohort study European journal of endocrinology 2012 166 317 24
- [59] Lamberg S., Raitanen J., Rissanen P., Luoto R. Prevalence and regional differences of gestational diabetes mellitus and oral glucose tolerance tests in Finland European journal of public health 2012 22 278 80
- [60] Ryan EA Diagnosing gestational diabetes Diabetologia 2011 54 480 6

10 Fosteraktivitet

10.1 Gravide bør få informasjon om hvordan bli kjent med fosterets daglige bevegelsesmønster og når det er grunn til bekymring

Fastlege og/eller jordmor bør sørge for at gravide får informasjon om hvordan de kan bli kjent med fosterets daglige bevegelsesmønster.

Gravide som oppfatter reduksjon i styrken eller frekvensen av fosterbevegelser bør kontakte helsepersonell/fødeavdeling.

Gravide bør vite om at fosterbevegelser opprettholdes gjennom hele svangerskapet, også i slutten av svangerskapet.

Begrunnelse

Forskning har ikke funnet et objektivt mål på hva som er normal fosteraktivitet. Det er den gravides opplevelse av sitt barns aktivitet som er det beste målet. Det er viktig at den gravide kjenner fosterets bevegelsesmønster. Det er endringer i dette bevegelsesmønstret som er grunnlaget for betegnelsen «lite liv» [61].

Det er individuelle forskjeller hos gravide for når bevegelser først oppfattes. Vanligvis mellom svangerskapsuke 18 og 24 og aktiviteten vil følge et mønster. Fosterbevegelser har blitt beskrevet som ethvert diskret spark, åling, eller rulling. En tydelig reduksjon eller plutselig endring i fosterbevegelse kan være et klinisk tegn. Forskning har vist at reduserte eller fraværende fosterbevegelser kan være et tidlig tegn på forestående føtal død. Studier av fosterets fysiologi ved hjelp av ultralyd har vist en sammenheng mellom redusert fosteraktivitet og dårlig perinatal utfall. Flertallet av kvinner (55 prosent) som har opplevd en intrauterin fosterdød har merket en reduksjon i fosterbevegelser før diagnosen ble stilt.

Helsepersonell bør være oppmerksomme på mulig sammenhengen mellom reduserte fosterbevegelser og risikofaktorer som vekstrestriksjon (liten-for-gestational-alder/SGA), morkakesvikt og medfødte misdannelser.

Praktisk

Fra svangerskapsuke 20 kjenner de fleste gravide fosterbevegelser og det er anbefalt at helsepersonell snakker om normal fosteraktivitet. Fosteraktivitet registreres på helsekortet fra uke 24. De fleste foster har utviklet et bevegelsesmønster ved 28 uker, noe som hjelper gravide til å legge merke til endringer. Antallet fosterbevegelser har en tendens til å øke frem til uke 32 i svangerskapet, for så å stabiliseres seg på et nivå som vil vare frem til fødselen.

Før uke 24

Ved opplevelse av mindre liv i magen over noen timer, oppfordres gravide til å ta kontakt med egen lege eller jordmor ved nærmeste anledning.

Etter uke 24

Om den gravide er usikker på om fosteret beveger seg mindre enn det pleier, bør hun informeres om å ha fokus på fosterets bevegelser i én til to timer og helst registrere antallet bevegelser. Det er fint å gjøre dette på et tidspunkt hvor fostret vanligvis er aktivt og etter at gravide har drukket og spist. Hvis kvinnen

etter tellingen av fosterets bevegelser er beroliget og kjenner godt med bevegelser, trenger hun ikke kontakte fødeavdelingen.

Gravide som oppfordres til kontakt med fødeavdelingen

- kjenner ingen bevegelser i løpet av denne tiden
- kjenner mindre enn ti separate bevegelser fra fostret i løpet av disse to timene,
- fortsatt er urolig eller usikker på fosterets aktivitetsmønster skal hun informeres om å ringe fødeavdeling for veiledning

Kilde: [Lite liv i svangerskapet \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://lite.liv.i.svangerskapet.oslo-universitetssykehus.no)

Referanser

- [61] Gynaecologists RCOOA Reduced fetal movements 2011. Updated/reviewed 2017 Guideline No. 57 Tilgjengelig fra <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg57/>

11 Overtidig svangerskap

11.1 Gravide bør få tilbud om en rutinemessig konsultasjon i spesialisthelsetjenesten 7-9 dager over termin ultralyd (dag 289-291) for å vurdere videre oppfølging av svangerskapet

Alle gravide bør få tilbud om en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten 7-9 dager over termin ultralyd (dag 289-291) eller nærmeste virkedag som er praktisk gjennomførbar for kvinnen og tjenesten. Da blir det gjort en klinisk vurdering med blant annet ultralydundersøkelse, inkludert føtometri og estimering av fostervannsmengde, og cardiotokografi (CTG) undersøkelse. Ved denne konsultasjonen bør det legges en plan for videre oppfølging.

Det bør tilstrebes at alle fødselsinduksjoner er påbegynt senest dag 294. Kvinnens ønsker bør vektlegges i den totale vurderingen.

Begrunnelse

Både den gravide og barnet har økt risiko for uheldig utfall når svangerskapet fortsetter etter termin. En systematisk oversikt over randomiserte studier (RCT) som sammenlignet fødselsinduksjon med avventende behandling [64] viste at fødselsinduksjon etter 41 svangerskapsuke og 1 dag ga 70 prosent reduksjon i perinatal dødelighet (1/2814 versus 9/2785, relativ risiko [RR] 0,30, 95% konfidensintervall (KI) 0,09-0,99, 10 studier, 5599 pasienter). Videre viste resultatene 40 prosent reduksjon i mekoniumaspirasjon (RR 0,61, 95% KI 0,40-0,92, 5 studier, 1395 pasienter) og 15 prosent reduksjon i fødselsvekt større enn 4000 g (RR 0,85, 95% KI 0,73-0,99). Det ble ikke funnet økning i antall keisersnitt (RR 0,91, 95% KI 0,82-1,0). Studien konkluderer imidlertid med at risikoen for fosterdød på overtid er meget liten og at kvinnen bør informeres om dette for å kunne ta et informert valg mellom planlagt fødselsinduksjon eller avventende behandling. Også norske studier viser at risikoen for fosterdød hos overtidige er meget liten [65] [66].

Praktisk

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer et svangerskap som overtidig fra og med dag 294 (≥ 42 uker + 0 dager). Årsaken til overtidige svangerskap er ukjent, men tilstanden er forbundet med risikofaktorer som fedme, nullparitet og mors alder over 30 år [62]. Morkakealdring spiller sannsynligvis en rolle i

patofysiologien av overtidige svangerskap [63].

For oppfølging i spesialisthelsetjenesten, se [Overtidig svangerskap \(legeforeningen.no\)](http://legeforeningen.no).

Referanser

- [62] Arrowsmith S, Wray S, Quenby S Maternal obesity and labour complications following induction of labour in prolonged pregnancy BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology 2011 118 578 88
- [63] Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F, Gruenebaum A, Heimstad R, Heinonen S, Levene M, Salvesen K, Saugstad O, Skupski D, Thilaganathan B Guidelines for the management of postterm pregnancy Journal of perinatal medicine 2010 38 111 9
- [64] Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. The Cochrane database of systematic reviews 2012 6 CD004945
- [65] Haavaldsen C, Sarfraz AA, Samuelsen SO, Eskild A The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter? American journal of obstetrics and gynecology 2010 203 6 554.e1-8
- [66] Haavaldsen C, Sarfraz A, Eskild A [Low fetal death risk in post-term pregnancy in Norway]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke 2010 130 21 2114