



Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (eksternt høringsutkast)

Høringsutkast

Om retningslinjen

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen IS-2660, erstatter [Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/publisert/IS-1179) publisert i 2005. Retningslinjen samler anbefalinger fra ulike retningslinjer publisert av Helsedirektoratet de senere årene.

Retningslinjen anbefaler et basisprogram med helsekontroller for å forebygge sykdom og identifisere risiko. Retningslinjens anbefalinger gjelder for friske gravide. Kvinner med risikosvangerskap henvises til gynekolog, fødepoliklinikk i spesialisthelsetjenesten eller annen relevant kompetanse. Oppfølging av gravide med risikosvangerskap eller spørsmål om komplikasjoner omfattes ikke av denne retningslinjen.

Retningslinjen og helsekort for gravide utfyller hverandre og må sees i sammenheng for en helhetlig oppfølging i svangerskapet.

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).

Anbefalingene skal bidra til:

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

Målgrupper

Retningslinjen er utarbeidet for helsepersonell i svangerskapsomsorgen som tilbyr tjenester til gravide, samt for gravide og deres familie. Den kommunale svangerskaps- og barselomsorgstjenesten utøves av fastleger og jordmødre og helsesøstre i deler av barselomsorgen. Den gjelder også helsepersonell som yter svangerskapsomsorg til gravide i privat virksomhet.

Andre målgrupper kan være institusjoner og fagpersoner som for eksempel utdanningsinstitusjoner, barnevern, psykologer, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, frisklivssentraler og andre som yter tjenester til gravide.

Arbeidsprosess og metode

Retningslinjen inneholder ingen nye faglige anbefalinger. Mandatet for arbeidet har vært å vurdere kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene, redigere og utarbeide kortfattede tekster for tilpasning til web-format. Det har vært samarbeid med Folkehelseinstituttet om smittevern i svangerskapsomsorgen. Det ikke er gjennomført nye faglige utredninger med søk etter forskningsdokumentasjon. Retningslinjens innhold bygger på tidligere kunnskapsgrunnlag som er videreført, samlet og forenklet. På denne bakgrunn er det ikke satt ned en ekstern arbeidsgruppe med fagpersoner og brukere av svangerskapsomsorgen.

Denne versjonen inkluderer relevante anbefalinger fra allerede publiserte produkter. I utarbeidelsesprosessene har det vært tilknyttet arbeidsarbeidsgrupper:

- [Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet \(2014\) \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/publisert/IS-2660)
- [Helsekort for gravide med veileder for utfylling inkludert ny symfyse-fundus-kurve \(2015\) \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/publisert/IS-2660)
- [Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Asymtomatisk bakteriuri \(2012\) \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/publisert/IS-2660)

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes \(2017\) \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold? \(2014\) \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Overtid i svangerskapet \(2012/14\) \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [RhD-testing av gravide og profylakse til kvinner med Rh-positivt foster \(2017\) \(helsedirektoratet.no\)](#)

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. Den britiske retningslinjen "Antenatel care - routine care for the healthy pregnant woman" (2003) fra National Institute for Clinical Excellence (NICE) ble benyttet som grunnlag for de norske retningslinjene, med visse tilpasninger. Den britiske retningslinjen er oppdatert. Den foreliggende versjon av svangerskapsomsorgen følger fortsatt i stor grad den britiske; [Antenatel care - routine care for the healthy pregnant woman \(nice.org.uk\)](#). Anbefalingene er også i overensstemmelse med [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience \(who.org\)](#), den danske [Anbefalinger for svangreomsorgen \(sundhedsstyrelsen.dk\)](#) og den svenske rapporten utarbeidet av gynekologer og jordmødre: [Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv Hälsa \(barnmorskeforbundet.se\)](#).

Helsepersonell i svangerskapsomsorgen følger anbefalingene i stor grad, tjenesten har en sterk tradisjon og de fleste gravide slutter opp om tilbudet. På denne bakgrunn er det valgt å formidle færre faglige anbefalinger. Det er valgt å vise til helsekort for gravide som konkretiserer tiltakene i konsultasjonene. Etterlevelsen av anbefalingene viser seg hvorvidt helsepersonell dokumenterer resultater av konsultasjonene i helsekort for gravide.

Merking av anbefalinger

Anbefalingene er merket som sterke eller svake. I sterke anbefalinger benyttes hjelpeverbene «bør» eller «anbefales». En sterk anbefaling indikerer at det er klart at fordelene veier opp for ulempene. Dette innebærer at brukere og helse- og omsorgspersonell i de fleste situasjoner vil mene at det er riktig å følge anbefalingen. I svake anbefalinger benyttes «kan» og «foreslås». En svak anbefaling indikerer at ulike valg kan være riktig for ulike brukere, og at helse- og omsorgspersonell må vurdere sammen med brukeren/pasienten om hva som er riktig å gjøre i den enkelte situasjon. Det tas implisitt hensyn til den enkeltes verdier og preferanse. Formuleringer med hjelpeverb «skal» eller «må» brukes på områder som i hovedsak er begrunnet ut fra gjeldende lov, forskrifter og faglig forsvarlighet. Disse er merket «Krav i lov eller forskrift».

Organisering

Arbeidet har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet fra mars 2017. Arbeidsgruppen har hatt en bred representasjon fra ulike divisjoner og avdelinger i direktoratet. Medlemmene i denne gruppen har hatt ansvar for å utarbeide enkle og korte tekster.

Videreført fra forrige versjon

Det viktigste er en svangerskapsomsorg som fortsatt er preget av helhet og kontinuitet med forutsigbare pasientforløp. Utover basisprogrammet med åtte konsultasjoner, bør tjenesten være behovsprøvd slik at kvinner får tilbud om individuell og målrettet oppfølging når det er behov for det. Oppfølging og faglig vurdering gjøres av fastlege, jordmor og/eller personell med annen kompetanse i et samarbeid.

Kvinnen 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, med færre anbefalinger. Det er større oppmerksomhet på levevaner hos gravide. Det er anbefalt veiledning og oppfølging i svangerskapet til de som trenger det. På denne bakgrunn er det ønskelig at gravide kommer tidlig til første konsultasjon. Fastlege/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://norden.se) til grunn for anbefalinger om ernæring og fysisk aktivitet. På denne bakgrunn er det anbefaling om jerntilskudd etter måling av serumferritin.

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes (2017) er inkludert og flere kvinner vil få tilbud om glukosebelastning for å avdekke svangerskapsdiabetes ettersom førstegangsgravide eldre enn 25 år er vurdert som en risikogruppe. For å avdekke udiagnostisert diabetes/hyperglykemi bør gravide bli tilbudt en langtidsprøve av glykosylert hemoglobin A (HbA1c) tidlig i svangerskapet.

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.

Når det gjelder pasientrettet informasjon henvises det til 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 blod hos 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 bør få kunnskapsbasert informasjon og ha innflytelse på oppfølgingen de får i svangerskapet

Gravide bør få tilstrekkelig kunnskapsbasert informasjon til å kunne foreta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen de får gjennom svangerskapet. I tråd med [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#) skal helsepersonell sikre at kvinnen har forstått informasjonen som blir gitt.

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

Begrunnelse

Delaktighet og medbestemmelse

Delaktighet og medbestemmelse er en pasientrettighet, [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#). 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 \(lovdata.no\)](#).

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 [1] [4] [5] [8]. Hensikten er å styrke autonomien og mestring av morsrollen. 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.

Undersøkelser har kartlagt gravides ønsker og behov [2] [3] [6] [7]. Disse kan sammenfattes slik: Gravide ønsker et ukomplisert svangerskap og fødsel, kontinuitet med samme helsepersonell og et helsepersonell med evne til å informere.

Informasjon

I tråd med [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#) skal det sikres at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt.

Jordmor/fastlege skal sørge for at det er avsatt tid med kvalifisert tolk for kvinner med begrensede norskkunnskaper: [Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk \(helsedirektoratet.no\)](#).

Praktisk

Gravide har ulik kunnskap og livserfaring. Mange kvinner ønsker å vite mer om hva som skjer med kroppen og fosteret under svangerskapet. Kvinner som er gravide for første gang kan ha et større informasjonsbehov enn fleregangsfødende. Kvinner og familier bør få informasjon om tilbudet i helsestasjonen og få kontakt med helsesøster allerede under graviditeten for å planlegge tilrettelegging og oppfølging etter fødsel.

Nettsider med informasjon til gravide

[Gravid \(helsenorge.no\)](#)

[Graviditet og legemidler \(helsenorge.no\)](#)

[Fødsel \(helsenorge.no\)](#)

[Etter fødsel \(helsenorge.no\)](#)

[Helsekonsekvenser og helsehjelp etter kjønnslemløstelse \(helsenorge.no\)](#)

[Helseundersøkelser av nyfødte og nyfødtscreening \(helsenorge.no\)](#)

Slutte å snuse og røyke [Slutta \(helsenorge.no\)](http://helsenorge.no)
[Lite liv i svangerskapet \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://oslo-universitetssykehus.no)

Brosjyrer fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til gravide

- [Gode levevaner før og i svangerskapet](#)
- [Hvordan du ammer ditt barn](#)
- [Mat og måltider for spedbarn](#)
- [Informasjon om fosterdiagnostikk til gravide](#)
- [Informasjon om ultralyd i svangerskapet](#)
- [Tidlig samtale om alkohol, andre rusmidler og levevaner](#)
- [Tilbud om HIV-test](#)

Andre offentlige nettsteder med informasjon til gravide

- [Alene fra fødsel \(nav.no\)](#)
- [Fars-/morskap og foreldreansvar \(nav.no\)](#)
- [Farskap og foreldreansvar \(skatteetaten.no\)](#)
- [Fedrekvote \(pappaperm\), mødrekvote og fellesperiode \(nav.no\)](#)
- [Foreldrepenger, engangsstønad; svangerskapsenger \(nav.no\)](#)
- [Fødselsattest \(skatteetaten.no\)](#)
- [Trygg mammamedisin \(tryggmammamedisin.no\)](#)
- [Om tannrøntgen: Stråledoser til pasienter \(statensstrålevern.no\)](#)
- [Pasient og tolk - en brosjyre om tolk i helsetjenesten \(helsenorge.no\)](#)

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>
- [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, Kjøllesdal JG, Iversen HH, Holmboe O Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter. Nasjonale resultater. PasOpprapport nr 4. ISBN 978-82-8121-843-7, ISSN 1890-1565. 2013 Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater?vis=sammendrag>
- [4] Anbefalinger for svangreomsorgen København, Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2013 Tilgjengelig fra <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/anbefalinger-for-svangreomsorgen>
- [5] Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv 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-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>
- [6] Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen Oslo: Statens helsetilsyn; IK-2691.1999 Tilgjengelig fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/legkvinne_foedsel_barselomsorg_2691.pdf
- [7] Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra en brukerundersøkelse Oslo: TNS Gallup, 2003
- [8] Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; IS-1179, 2005 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje->

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 \(helsedirektoratet.no\)](#)

Begrunnelse

Tilbudet om svangerskapsomsorg er forankret i lov og forskrift

- 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, og denne bestemmelsen speiles i kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Det samme gjelder for forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1, denne fastslår også kommunens plikt og ikke pasientens rettighet.

Basisprogrammet er veiledende og kan avvikes der det er faglige forsvarlige begrunnelser. Tilbudet er gratis.

Målsetting med svangerskapsomsorgen

En kunnskapsbasert svangerskapsomsorg har som mål å bidra til en helsefremmende livsstil og å redusere sykkelighet og barne- og mødredødelighet [8] [9] [10]. Tjenesten kan bidra til å forebygge smittsomme sykdommer, samt forebygge og avdekke svangerskapsrelaterte komplikasjoner [1] [61]. Gravide med økt risiko for å utvikle komplikasjoner i forbindelse med fødselen kan 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. Tilbudet skal styrke og bistå kvinnen og partner/familie i en viktig livshendelse. Målet er et sammenhengende og godt forløp.

Kontinuitet, helhetlig og individuell tilnærming

Verdens helseorganisasjon anbefaler minimum åtte kontroller av friske gravide, mot tidligere fire [61]. 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 om oppfølgingen av gravide og henvise 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, obstetriske, sosiale og psykiske risikofaktorer.

Det bør være utarbeidet lokale planer for gravide med behov for utvidet eller forsterket oppfølging både i svangerskapet, under fødselen og i barseltiden:

- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom \(helsedirektoratet.no\)](#)

Praktisk

Basisprogram for gravide med normalt svangerskap

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

Anskaffelse av helsekort for gravide og veileder: [Helsekort for gravide, kontinuasjonsark og veileder bestilles her \(helsedirektoratet.no\)](#)

Utfyllingen av helsekortet kan benyttes aktivt i konsultasjonen med den gravide til å signalisere at dette er et felles samarbeidsdokument. For eksempel kan registrering av medmors/barnefarens navn og fødselsdato lede opp til samtale om rolle som omsorgsperson.

Erklæring av farsskap/ 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 eller hos en dommer eller i forbindelse med fødselen.

For informasjon, se:

- Lovpålagt plikt for jordmødre og leger i [helsepersonelloven § 35 \(lovdata.no\)](#) om melding om fødsel
- Erklæring av farskap og medmorskap [barnelova §§ 3 og 4 \(lovdata.no\)](#)
- [Fødselsmelding og farskapserklæring \(helsenorge.no\)](#)
- [Farskap og morskap \(nav.no\)](#)

Første og eventuelt andre konsultasjon i svangerskapsuke 6 - 8 og 9 - 12

Kvinnen 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.

Den første konsultasjonen handler om levevaner. For å lese mer om samtalen, se kapittel "Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving". Hensikten er å identifisere behov for veiledning og rådgiving og for å oppmuntre til sunne levevaner fra starten av svangerskapet. I samtalen bør helsepersonell legge vekt på forhold som kvinnen er opptatt av, og gi råd og hjelp som kan støtte henne. For informasjon til gravide, se kapittel "Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide" og www.helsenorge.no

Legemiddelbruk

Jevnlig vurdering av legemiddelbruk i svangerskapet, enkelte legemidler kan påføre skade på foster/barn.

- Ved bruk av beroligende og sovemidler, se [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvisisjon og forsvarlighet \(helsedirektoratet.no\)](http://www.helsenorge.no/legemidler)
- Råd kan søkes hos [RELIS \(relis.no\)](http://relis.no).

Anbefalte undersøkelser og prøver ved første/andre konsultasjon

- blodtrykk, Urin-protein (U-protein)
- blodtype, antistoffer, HIV, syfilis, hemoglobin (Hb), serumferritin
- vekt for beregning av kroppsmasseindeks (KMI)
- urin til undersøkelse for asymptomatisk bakteriuri (ABU)
- levevaner inkludert [bruk av folat \(helsedirektoratet.no\)](http://www.helsenorge.no/bruk-av-folat)

Vurdere behov og tilby tester for: glykosylert hemoglobin A (HbA1c), gonorré, hepatitt B og C, klamydia, metisillinresistente stafylokokker (MRSA), røde hunder (Rubella).

Vurdere indikasjon for [fosterdiagnostikk og genetisk veiledning \(helsedirektoratet.no\)](http://www.helsenorge.no/fosterdiagnostikk).

Gi informasjon om, og gi [tilbud om rutineundersøkelse med ultralyd \(helsedirektoratet.no\)](http://www.helsenorge.no/tilbud-om-rutineundersokelse).

Indikasjoner for henvisning

Jordmor/fastlege har ansvar for å kartlegge gravide med risiko for komplikasjoner og psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer. I svangerskapet er det en fortløpende vurdering om kvinnen har behov for ekstra konsultasjoner, involvering av annen kompetanse eller henvisning. Fødetilbudet er differensiert og seleksjonskravene på de ulike nivåene er beskrevet i [Kvalitetskrav til fødselsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](http://www.helsenorge.no/kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen).

Tilstander som kan kreve en henvisning til spesialist eller fødepoliklinikk

- alvorlig astma
- alder eldre enn 38 år
- autoimmun sykdom
- arvelig sykdom i familien
- diabetes type 1 og 2, svangerskapsdiabetes
- erfaring med vold
- epilepsi
- flerlinger
- gjennomgått fedmeoperasjon
- hematologisk sykdom
- HIV eller hepatitt B infeksjon
- hjerte-/karsykdom
- herpes genitalis
- kroppsmasseindeks (KMI) under 18,5 kg/m² eller over 35 kg/m²

- kjønnslemlestelse
- skadelig bruk av legemidler
- misbruk av illegale stoffer
- nyresykdom
- psykiske lidelser
- sosiale faktorer
- stoffskiftesykdom

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

- preeklampi, HELLP, eklampi
- fødselsdepresjon
- blødning etter fødsel (atoni)
- intrauterin fosterdød
- preterm fødsel
- Rh-immunisering, andre irregulære antistoffer
- spontanaborter (gjentatte)
- tidligere keisersnitt
- utviklingsavvik
- vekstavvik (stort eller lite barn)

Svangerskapsuke 17-18

Ultralyd for terminfastsettelse, organundersøkelse, identifisere flerlinger og morkakens plassering. For informasjon, se: [Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk \(helsedirektoratet.no\)](#)

Svangerskapsuke 24

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- spørre om kvinnen har kjent liv, og/eller lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- samtale om fosteraktivitet
- ta blodprøve av Rh-negative gravide
- tilby glukosebelastning til kvinner med risikofaktorer for svangerskapsdiabetes

Svangerskapsuke 28

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- spørre om kvinnen har kjent liv, og/eller lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)g
- gi anti-D profylakse til gravid med Rh-positivt foster

Svangerskapsuke 32

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- spørre om kvinnen har kjent liv, og/eller lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- samtale om amming

Svangerskapsuke 36

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- spørre om kvinnen har kjent liv, og/eller lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)

- samtale om fødsel

Svangerskapsuke 38

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- spørre om kvinnen har kjent liv, og/eller lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- samtale om fødsel og barsel

Svangerskapsuke 40

- blodtrykk, vekt, U-protein, symfyse-fundus mål
- spørre om kvinnen har kjent liv, og/eller lytte på hjertelyden til fosteret (auskultere)
- henvise til spesialisthelsetjenesten for å planlegge fødselen

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>
- [9] Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn Oslo: Sosialdepartementet;1984. NOU 17
- [61] 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/
- [10] Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten Oslo: Statens helsetilsyn; 1995. IK 2492.
- [8] Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; IS-1179, 2005 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>

3 Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving

3.1 Gravide bør få tilbud om en samtale om levevaner på første konsultasjon og vurdere sammen med fastlege/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 [39]. 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 vektøkning og gi et bedre utfall for både mor og barn [21]. 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 og dersom temaene for samtalen følges opp i senere konsultasjoner.

Praktisk

Temaer i samtale om levevaner i første konsultasjon

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

Samtalemetode

[Motiverende intervju \(samtale\) \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) er en samtalemetode som har vist seg som en effektiv metode for å bidra ved endring av levevaner [40] [41]. Under følger forslag til hvordan en samtale kan gjennomføres.

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?»

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 speil 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 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no). Det kan stilles åpne spørsmål som kan bidra til å vurdere fordeler og ulemper ved for eksempel røyking eller snusbruk.

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 hun har svart. Legg vekt på utsagn som viser ønske om endring, hennes grunner for endring, tro på at endring er mulig og nødvendigheten av endring.

Struktur på samtalen

"Meny-agenda" er et godt verktøy for å strukturere samtalen. Verktøyet er omtalt i [Tidlig samtale om alkohol og levevaner - veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](https://www.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.

Referanser

- [21] 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
- [39] 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/>
- [40] Ivarsson Holm B MI - motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse - og omsorgssektoren. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2017
- [41] Barth T, Børtveit T, Prescott P Motiverende intervju. Samtaler om endring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2013

3.2 Gravide bør bli spurt om tobakksvaner og få tilbud om oppfølging ved behov

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

Gravide bør unngå nikotin i alle former. Hvis avhengigheten er høy 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 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.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 [43]. Andelen gravide som røykte ved starten av svangerskapet falt [fra 25 til 5 prosent mellom 1999 og 2015 \(folkehelseinstituttet.no\)](https://www.folkehelseinstituttet.no).

Bruk av snus i svangerskapet

Det er holdepunkter for at snusing i svangerskapet gir økt risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og dødfødsel. Det er indikasjoner på at snusing kan føre til preeklampsi, og leppe-/kjeve-/ganespalte, og økt risikoen for pustestopp i nyfødtp perioden. Kvinner som slutter å snuse tidlig i svangerskapet, reduserer risikoen for for tidlig fødsel [44].

Snusing blant unge kvinner har økt, samtidig som røyking er redusert. En av seks kvinner i alderen 16-24 år [brukte snus daglig i 2016 \(ssb.no\)](https://www.ssb.no). Det mangler dokumentasjon på omfanget av snusbruk i svangerskap.

Praktisk

Eksempler på 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?

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.

Gevinster ved en røykfri graviditet:

- 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 risikoen for krybbedød
- minsker faren for at barnet får luftveissykdommer og astma
- minsker faren for at barnet får atferdsproblemer og lese- og skrivevansker
- gir bedre kondisjon, mer energi og overskudd
- minsker risikoen for alvorlig sykdom, se fanen "Begrunnelse"

Motiverende intervju og veiledning for motiverte

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

Referanser

- [43] 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
- [44] 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 bruk av alkohol og illegale rusmidler 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 alkoholmengde eller noe trygt tidspunkt i svangerskapet for å unngå skader på fosteret [24] [42].

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, læring, hukommelse, motorikk, 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) og amfetaminer er det økt risiko for morkakeløsning, fosterdød, redusert fostervekst, for tidlig fødsel, pusteproblemer hos den nyfødte, krybbedød og senere konsentrasjons- og atferdsvansker [42]. Ved bruk av illegale opioider er det påvist en økt risiko for morkakeløsning, fosterdød, redusert fostervekst, for tidlig fødsel og senere konsentrasjons- og atferdsproblemer [42]. Ofte uttalte behandlingstrengende abstinenssymptom etter fødselen hos barnet.

Det er relativt lite kunnskap om langtidsvirkninger etter eksponering for narkotiske stoffer i graviditeten [46]. Psykososiale problemer, somatiske lidelser og bruk av flere rusmidler gjør det vanskeligere å trekke konklusjoner om virkningen av de enkelte stoffene.

Vanedannende legemidler

Bruk av beroligende og sovemidler kan både gi redusert fostervekst og abstinenssymptomer hos barnet etter fødsel.

[Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/nasjonalt-faglig-veileder-vanedannende-legemidler-rekvirering-og-forsvarlighet)

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 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/lov/2008-06-17/32).

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](https://lovdata.no/lov/2008-06-17/32). Men før tvang, må frivillighet forsøkes gjennom samarbeid med øvrige instanser/helse- og omsorgspersonell for å kunne tilby et individuelt tilrettelagt behandling- og oppfølgingstilbud ved behov.

Praktisk

Kartlegging av alkoholbruk i svangerskapet kan gjennomføres ved hjelp av et screeningverktøy (se under).

Screening- og samtaleverktøy

- For oversikt over ulike kartleggingsverktøy og samtaler vedrørende bruk av alkohol og andre rusmidler: [Snakk om rus \(snakkomrus.no\)](https://snakkomrus.no)
- [Hvordan veilede gravide om alkohol og levevaner \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/hvordan-veilede-gravide-om-alkohol-og-levevaner)
- Elektronisk kartleggingsskjema for alkoholvaner hos gravide: [TWEAK kartlegging \(snakkomrus.no\)](https://snakkomrus.no/tweak-kartlegging)
- [Skjema \(TWEAK\)\(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/skjema-tweak)

- Skjema for å strukturere samtale, se side 30: [Tidlig samtale om alkohol og levevaner - veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#)

Tilgrensende 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

- [24] 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>
- [42] 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%20svanger%202438.pdf>
- [46] 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 kvinner kan i all hovedsak få de samme kostrådene som resten av befolkningen. Det innebærer et variert kosthold satt sammen av 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.

Alle gravide anbefales tilskudd av folat de første 12 ukene. Mange gravide har behov for tilskudd av D-vitamin, jern og jod, avhengig av kostholdet og jernlagre tidlig i svangerskapet.

Gravide med et helt vegetarisk kosthold (vegankost) må anbefales tilskudd av D-vitamin, vitamin B12 og jod. Les mer under Praktisk informasjon.

Kvinner med innvandrerbakgrunn bør få tilrettelagt informasjon om tilpasset kosthold og bruk av kosttilskudd.

Begrunnelse

[Helsedirektoratets kostråd \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) bygger på Nordiske ernæringsanbefalinger og gjelder hele befolkningen, inkludert gravide [27]. Ved å følge kostrådene og anbefalingene om vektøkning, vil gravide kunne sikre tilførsel av alle nødvendige næringsstoffer og redusere risikoen for svangerskapsdiabetes og enkelte uheldige svangerskapsutfall.

Praktisk

Folat

Kvinner anbefales å starte med tilskudd av 400 mikrogram folat allerede når de planlegger å bli gravide og å fortsette med tilskuddet de tre første månedene av svangerskapet. Folattilskudd kan være med på å forebygge nevrallrørsdefekter, som blant annet ryggmargsbrokk hos barnet. Inntaket av folat gjennom svangerskapet bør totalt være på 500 mikrogram per dag.

Matvarer som inneholder mye folat er grove kornprodukter, grønne grønnsaker som brokkoli, grønnkål, rosenkål og spinat, og frukt som appelsin og bær.

D-vitamin

Gravide anbefales 10 mikrogram D-vitamin per dag, det samme som for ikke-gravide. Det er nær sammenheng mellom mors D-vitaminstatus og barnets lager av D-vitamin ved fødselen. D-vitamin er nødvendig for at kalsium fra kosten skal kunne tas opp i tarmen. I Norden har vi lite sol, og gravide må derfor være ekstra påpasselige med å få i seg tilstrekkelig D-vitamin fra kosten eller fra kosttilskudd.

D-vitamin finnes kun i noen få matvarer. Fet fisk inneholder D-vitamin. Noen typer melk, ost og margarin er tilsatt D-vitamin. Det er vanskelig å få nok D-vitamin gjennom kosten. Gravide trenger tilskudd av vitaminet. En barneskje tran om dagen (5 ml) vil gi 10 mikrogram D-vitamin. Tran inneholder også omega-3-fettsyren DHA som er viktig for fosterets utvikling.

Jod

Gravide anbefales et totalt inntak på 175 mikrogram jod per dag. Gravide og ammende som enten har et lavere daglig inntak enn 6 dl melk/yoghurt eller som spiser lite/ingen fisk og samtidig har et daglig inntak av melk/yoghurt på under 8 dl per dag, anbefales et daglig kosttilskudd med 150 µg jod/dag. Gravide med et helt vegetarisk kosthold (vegankost) og kvinner som utelater fisk og meieriprodukter fra kostholdet, står i fare for å få for lite jod og må anbefales tilskudd av jod. [En rapport fra Nasjonalt råd for ernæring \(.ernaeringsradet.no\)](https://www.ernaeringsradet.no) konkluderer med at gravide og ammende kvinner i Norge er utsatt for å få for lite jod. Jodmangel kan ha alvorlige konsekvenser for fosterets utvikling.

Å sikre et godt jodlager før graviditeten starter, ser ut til å være mer optimalt enn å starte med jodtilskudd i svangerskapet hos kvinner med mild til moderat mangel.

Flere tang- og taresorter inneholde svært høye nivåer av jod. En knivsodd tørket tare kan være nok til å dekke behovet, og mer enn dette kan gi toksisk høyt inntak. Tørkede tang- og taretilskudd bør brukes med forsiktighet der innholdet av jod ikke er oppgitt, eller der innholdet er svært høyt. Det totale daglige inntaket av jod bør ikke overskride 600 µg/dag.

Jern

Jernbehovet øker under graviditeten, og det kan være nødvendig med tilskudd av jern. Jernlagre tilsvarende 500 milligram trengs i kroppen ved begynnelsen av graviditeten for å opprettholde jernbalanse gjennom svangerskapet. Ved planlegging av kosten til gravide kan man benytte 15 milligram jern per dag, men det kan være vanskelig i praksis å sette sammen et kosthold med så mye jern. En del gravide har behov for mer jern i to siste trimesterene enn kostholdet kan gi. Bruk av jerntilskudd bør vurderes (se egen anbefaling om bruk av jerntilskudd).

Jern finnes i grove kornprodukter, kjøtt, lever, bønner, linser, erter og nøtter, poteter og grønne grønnsaker. Litt C-vitamin til brød-/kornmåltidene (for eksempel i form av appelsinjuice, paprika eller kiwi) øker opptaket av jern i tarmen. Kaffe og svart te hemmer jernopptaket og bør unngås til brød-/kornmåltider. Gravide bør heller velge nype- eller fruktete laget av bær og frukt.

Kalsium

Det anbefales et inntak av kalsium på 900 milligram per dag i svangerskapet. Gode kilder til kalsium er meieriprodukter som melk, ost og yoghurt, belgfrukter (bønner, linser, erter), frø, sardiner, grønne blader, nøtter, mandler og tørket frukt. Det kan være utfordrende å dekke behovet for kalsium uten meieriprodukter i kosten. Kalsiumtilskudd eller plantebasert melk tilsatt kalsium kan være et alternativ for gravide kvinner som ikke bruker meieriprodukter.

Fettsyrer

Behovet for omega-3-fettsyrer er økt ved svangerskap og amming. Omega-6-fettsyren linolsyre og omega-3-fettsyren alfa-linolensyre er essensielle flerumettede fettsyrer som bør bidra med minst 5 prosent av energien hos gravide. Inntaket av omega-3-fettsyren DHA bør være minst 200 mg per dag. Tilskudd av fettsyrene EPA og DHA kan tas i form av tran, eventuelt algeolje eller algetilskudd for dem som har et vegetarisk kosthold.

Variert kosthold viktigst

Kosttilskudd kan gi enkelte næringsstoffer, som vitaminer og mineraler, men kan ikke erstatte et variert og godt sammensatt kosthold. Gravide bør ikke bruke naturlegemidler som mangler dokumentasjon om virkning og trygg bruk.

Mat og drikke gravide må unngå

Det viktigste er å unngå matvarer som kan inneholde mikroorganismene toxoplasma og listeria. Dette gjelder kjøtt som ikke er gjennomstekt og myke oster. Gravide bør også være forsiktige med kaffe og koffeinholdige drikker. Inntaket av kaffe, svart te, cola og andre koffeinholdige drikker bør begrenses til én til to kopper per dag. Gravide anbefales å avstå helt fra inntak av alkohol, se egen anbefaling.

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 (for eksempel folat, vitamin D, jod, jern og omega-3-fettsyrer). 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

Vegetarkost vil kunne dekke behovet for næringsstoffer i svangerskapet, og godt sammensatt vegetarkost inneholder mye av enkelte næringsstoffer som gravide og ammende har økt behov for, som folat og jern. Gravide som har et laktovegetarisk kosthold (det vil si at de inkluderer melk i kosten), men som utelater fisk, vil ha behov for tilskudd av vitamin D og langkjedede omega-3-fettsyrer.

Gravide som har et vegankosthold (det vil si at de utelater alle animalske matvarer, også egg og melk), har behov for 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://helsenorge.no) og [råd om kosttilskudd ved vegankosthold fra Helsepersonell for plantebasert kosthold \(hepla.no\)](https://hepla.no).

Spiseforstyrrelser

Ved alvorlig spiseforstyrrelse og graviditet bør 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/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-spiseforstyrrelser).

Informasjon

Råd om kosthold og andre levevaner finnes i [Levevaner i svangerskapet \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/levevaner-i-svangerskapet)

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

Referanser

- [27] 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 anbefalt vektøkning i svangerskapet, se praktisk informasjon.

Begrunnelse

Høy vekt, eller høy KMI, når svangerskapet starter, øker risikoen for komplikasjoner under fødselen og uheldige utfall av svangerskapet, se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-svangerskapsdiabetes). Stor vektøkning i svangerskapet utgjør en helserisiko 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.

Stor vektøkning i svangerskapet utgjør en helserisiko 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 øker risikoen for helsekomplikasjoner tidlig i barnets liv, og settes i sammenheng med økt risiko for sykdom i voksen alder, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk og diabetes type 2.

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/kostrad). Ved for lav eller for høy vektøkning, bør man oppmuntre til henholdsvis økt eller redusert energiinntak.

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, se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-svangerskapsdiabetes), [Adipositas og svangerskap/fødsel](https://www.helsedirektoratet.no/adipositas-og-svangerskap-fodsel)

legeforeningen.no

- For oppfølging av gravide med spiseforstyrrelse, se [Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser \(helsedirektoratet\)](#)

Vektøkning i svangerskapet

Det anbefales å ta utgangspunkt i kvinnens vekt før graviditeten når man vurderer vektøkningen i svangerskapet. Nordiske kostanbefalingene (2012) og anbefalinger fra Institute of Medicine (IOM, 2009), angir følgende vektøkning i svangerskapet [45] [27]:

- 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

Anbefalt vektøkning pr uke i 2. og 3 trimester

- Undervektige: 0,5 kg/uke
- Normalvektige: 0,4 kg/uke
- Overvektige: 0,3 kg/uke
- Fedme: ikke spesifisert

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.

Økt energibehov i svangerskapet

1. trimester: ca. 100 kcal ekstra per dag
2. trimester: ca. 300 kcal ekstra per dag
3. trimester: ca. 500 kcal ekstra per dag.

Dersom kvinnen er mindre aktiv enn før hun ble gravid, kan energibehovet være omlag det samme som før graviditet.

Referanser

- [27] 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>
- [45] Institute of M, National Research Council Committee to Reexamine IOMPWG The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines 2009

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

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

Kvinner som ikke var 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 med unntak av 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 [17]. 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 [22].

Regelmessig fysisk aktivitet forbedrer og opprettholder god allmenn kondisjon under graviditeten [17] [18]. Tilrettelagt fysisk aktivitet har vist seg å kunne forebygge allminnelige 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 [17] [18]. Fysisk aktivitet kan bidra til færre tilfeller av svangeskapsdiabetes, keisersnitt og barn som er for store eller små i forhold til gestasjonsalder [20] [21], samt forebygge preeklampsi [16].

Praktisk

Erfarings 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 [36]. Helsepersonell bør derfor snakke med gravide om fysisk aktivitet og stimulere de som er inaktive til å begynne med fysisk aktivitet [13].

- [Motiverende intervju \(samtale\) \(helsedirektoratet.no\)](#) 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 [17] [18].

- 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 \(helsedirektoratet.no\)](#).
- 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 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 risikoen 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 trykktreng.
- 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.
- Gravide som trenger hjelp til motivasjon og støtte til å endre aktivitetsvaner kan henvises til en frisklivssentral. Her kan de også få hjelp til å finne frem til tilbud som passer for dem [14] [15].
- Selvhjelpsmateriell som [Aktivitetsdagbok – for deg som vil bli i bedre form \(helsedirektoratet.no\)](#) kan være nyttig å bruke.
- [Fysisk aktivitet \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nasjonelle riktninger om sjukdomsforebyggende metoder \(socialstyrelsen.se\)](#) og [SBU-rapport \(socialstyrelsen.se\)](#)

Referanser

- [13] 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>
- [14] Veileder for kommunale frisklivssentraler Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-1896. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud>
- [15] Ekorud T, Thonstad M Frisklivssentraler i kommunane. Kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjende arbeid og tilbod Statistisk sentralbyrå 2016/07 Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane>
- [16] 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
- [17] 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>
- [18] 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 Tilgjengelig fra http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA_vid_graviditet.pdf
- [20] 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
- [21] Thangaratnam 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
- [22] 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
- [36] Vedøy G, Lie T Tidlig samtale om alkohol og levevaner FRIDA iris. International Research Institute of Stavanger 20147016

4 Graviditet og psykisk helse

4.1 Gravide bør få spørsmål på første konsultasjon om de nå eller tidligere har opplevd nedstemthet, depresjon eller andre psykiske helseproblemer og henvises videre ved behov

Jordmor 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 eventuelt henvises til psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Mildere og moderate psykiske helseproblemer kan også kreve 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 [48] [49]. 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 henviser 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 oppmorsksomhet også på partner/far - for å hjelpe kvinnen kan det være behov for å også hjelpe partner/far.

Risikofaktorer [50] [52] :

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

Førstegangsfødende har en tredobbel risiko for å oppleve depresjon etter fødselen [54]. 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 [47] [51] [48] [53].

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

- Svangerskapsomsorgen bør legge til rette for at gravide kan snakke om hvordan de har det i svangerskapet.

- Svangerskapsomsorgen bør ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Validerte verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av en kartlegging, og som ledd i lokalt forankret program ved svangerskapsomsorgen i primærhelsetjenestene.
- Helsepersonell bør henvise gravide med eventuelt partner/barn til psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.
- Ansatte i svangerskapsomsorgen bør være kjent med organisering, samarbeids-, og henvisningsrutiner til psykisk helsetjeneste herunder psykologer i kommunen og andre instanser.
- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør sørge for lett tilgang til andre tjenester og instanser dersom det avdekkes andre underliggende årsaker til psykiske symptomer og lidelser som fattigdomsproblematikk, isolasjon med mer: NAV, familivernkontor, spe- og småbarnsteam i spesialisthelsetjenesten og barnevern.

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.

Tilgrensende nasjonal faglige retningslinje

[Diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten)

Tilgrensende veiledere

- [Tidlig innsats \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/tidlig-innsats)
- [Psykisk helsearbeid i kommunen \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/psykisk-helsearbeid-i-kommunen)
- [Psykisk helse og rus \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus)
- [Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-sammen-om-mestring)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/veileder-om-paaroende-i-helse-og-omsorgstjenesten)
- [Barn som pårørende. Rundskriv \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/barn-som-paaroende-rundskriv)

Referanser

- [47] Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review *Pediatrics* 2009 123 736 51
- [48] 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
- [49] 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
- [50] 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
- [51] 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
- [52] Hubner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M Recognizing and treating peripartum depression *Deutsches Arzteblatt international* 2012 109 419 24
- [53] 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
- [54] 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/> [19.05.2017]

5 Rutinemålinger i blod hos gravide

Gravide bør før uke 15 av svangerskapet få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus og råd om jerntilskudd.

5.1 Gravide bør få tilbud om test for blodtype og rhesus D-status tidlig i svangerskapet for å forebygge RhD-immunisering

Helsepersonell bør tilby gravide test for blodtype (typing og antistoffer) og rhesus D-status tidlig i svangerskapet for å forebygge RhD-immunisering hos gravide og komplikasjoner hos foster/barn. Rutinemessig anti-D profylakse bør tilbys alle ikke-sensibiliserte gravide som er rhesus D-negative.

Om ordningen, se: [Informasjon om RhD-testing hos gravide \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/informasjon-om-rhd-testing-hos-gravide)

5.2 Gravide bør før 16. uke av svangerskapet få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus og råd om jerntilskudd

Gravide bør før 16. svangerskapsuke (det vil si før utgangen av uke 15) få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus. Ut i fra måleresultatene bør følgende råd gis til gravide:

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

I fravær av serumferritinmåling anbefales alle gravide tilskudd av 40 mg jern per dag fra uke 18-20 av svangerskapet.

Begrunnelse

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 [27]. 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 [55]. 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 [60].

Praktisk

De nordiske ernæringsanbefalingene angir råd om bruk av jerntilskudd i svangerskapet basert på en systematisk kunnskapsoppsummering [27] [55]. Jerntilskudd anbefales fra uke 18-20 i svangerskapet, fortrinnsvis basert på måling av serumferritin tidlig i svangerskapet, som følger:

Uten kjennskap til kvinnens serumferritinkonsentrasjon tidlig i svangerskapet, vil tilskudd av 40 mg jern per dag forebygge jernmangel og jernmangelanemi hos henholdsvis over 90 og 95% av kvinnene ved fødsel og 6-8 uker etter fødselen.

Tilsvarende forebygging vil oppnås:

- ved tilskudd av 60 mg jern per dag til kvinner med lave jernlagre (serumferritin < 30 mg/L)
- ved tilskudd av 40 mg jern per dag til kvinner med middels jernlagre (serumferritin 30-70 mg/L)
- uten bruk av tilskudd for kvinner med gode jernlagre (serumferritin ≥ 70 mg/L).

Referanser

- [55] 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>
- [60] Helsedirektoratet Anbefalinger for kosthold, ernæring og fysisk aktivitet 2014
- [27] 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 ved første konsultasjon 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 110 gram per liter.

Begrunnelse

Hemoglobinmåling ved første konsultasjon og i uke 28 kan avdekke alvorlig jernmangel, anemi og utilstrekkelig plasmaekspansjon [1] [27] [61].

Det er naturlig at 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 en fare for 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.

Det er aktuelt å vurdere risiko for sigdcelleanemi og/eller thalassemi hos etniske grupper der det er relevant.

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, se [Veileder i fødselshjelp 2014, Anemi og graviditet \(legeforeningen.no\)](http://veileder.fodselshjelp.no).

Praktisk

For håndtering av gravide med anemi, se: [Veileder for fødselshjelp 2014, Anemi og graviditet \(legeforeningen.no\)](http://veileder.fodselshjelp.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>
- [61] 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/
- [27] 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 På første konsultasjon bør gravide få tilbud om undersøkelse av urin for asymptomatisk bakteriuri

Tilby alle gravide å undersøke urinen ved dyrkning og resistensbestemmelse av bakterier for asymptomatisk bakteriuri ved første konsultasjon. Prøveresultatet håndteres i tråd med [Antibiotikabruk i allmennpraksis \(helsedirektoratet.no\)](#).

Begrunnelse

Asymptomatisk bakteriuri forekommer hos ca. 5-13 prosent av gravide [62], og ubehandlet vil 20-30 prosent utvikle pyelonefritt [63]. Asymptomatisk bakteriuri kan være forbundet med bl.a. preterm fødsel og lav fødselsvekt hos barnet [64], og antibiotikabehandling reduserer denne risikoen. For eksempel fant en systematisk oversikt fra 2015 en relativ risiko for preterm fødsel på 0,27 [0,11-0,62] og for lav fødselsvekt på 0,64 [0,45-0,93] etter antibiotikabehandling av asymptomatisk bakteriuri [65]. Samlet sett anbefales derfor screening for asymptomatisk bakteriuri hos gravide og behandling av tilstanden. For mer informasjon om asymptomatisk bakteriuri og behandling se [Antibiotikabruk i allmennpraksis \(helsedirektoratet.no\)](#).

Praktisk

For oppfølging og behandling se [Antibiotikabruk i allmennpraksis \(Helsedirektoratet\)](#).

Referanser

- [62] Gilbert NM, O'Brien VP, Hultgren S., Macones G., Lewis WG, Lewis AL Urinary tract infection as a preventable cause of pregnancy complications: opportunities, challenges, and a global call to action Global advances in health and medicine 2013 2 59 69
- [63] Schnarr J, Smaill F Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. European journal of clinical investigation 2008 38 Suppl 2 50 7
- [64] Romero R., Oyarzun E., Mazor M., Sirtori M., Hobbins JC, Bracken M. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight Obstetrics and gynecology 1989 73 576 82
- [65] Smaill FM, Vazquez JC Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy The Cochrane database of systematic reviews 2015 Cd000490

6.2 På første konsultasjon bør gravide få tilbud om å bli testet for 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:

- [HIV \(folkehelseinstituttet.no\)](https://www.folkehelseinstituttet.no)
- [Syfilis \(folkehelseinstituttet.no\)](https://www.folkehelseinstituttet.no)

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 \(lovdata.no\)](#)

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

For mer informasjon: [Gravide og influensavaksine \(folkehelseinstituttet.no\)](#)

Begrunnelse

Ifølge [Smittevernloven §3-8 \(lovdata.no\)](#) og [Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 5 \(lovdata.no\)](#) skal kommunen sørge for at risikogrupper 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, helsesøster, 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 \(folkehelseinstituttet.no\)](#).

Målgrupper for influensavaksine

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

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

Lege og jordmor bør være oppmerksom på følgende smittsomme sykdommer hos gravide og tilby undersøkelse i tråd med veiledning fra Folkehelseinstituttet:

- [bakteriell vaginose og utflod](#)

- [cytomegalovirusinfeksjon](#)
- [genital klamydia](#)
- [gonoré](#)
- [gruppe B-streptokokker](#)
- [hepatitt B](#)
- [hepatitt C](#)
- [herpes genitalis](#)
- [listeriose](#)
- [MRSA](#)
- Malaria, zikafeber, toksoplasmose, diaré, vaksiner: [Reiseråd](#)
- [parvovirus B19-infeksjon](#)
- [røde hunder \(Rubella\)](#)
- [toksoplasmose](#)
- [tuberkulose](#)
- [vannkopper \(Varicella simplex\)](#)

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 følgende kliniske og epidemiologiske indikasjoner.

[Gruppe B-streptokokkinfeksjon](#)

Det anbefales ikke å ta rutinemessige prøver for påvising av GBS hos friske, symptomfrie gravide kvinner. Prøve 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 B](#)

Gravide som kan ha kroniske infeksjoner med HBV bør testes for HBsAg og anti-HBc ved svangerskapskontrollen. Testing bør tilbys hvis kvinnen selv eller tidligere/nåværende seksualpartner har vært risikoutsatt for hepatitt B-smitte.

[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 risikoprodukter for 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 alle gravide i Norge. 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 risikovurderinger og sikkerhetsarbeid.

Begrunnelse

Helsepersonell bør spørre alle gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer [70]. 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 [69]. 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 dette er noe alle gravide blir spurt om da det kan oppleves mindre stigmatiserende [74]. Kvinner som har erfaring med å bli utsatt for vold kan oppleve det belastende å bli spurt om dette. Likevel ønsker de fleste å bli spurt og få mulighet til å snakke om den vanskelige situasjonen [66] [72] [71] [67]. Det anbefales å informere om at minst én konsultasjon i svangerskapet settes av til samtale med kvinnen alene [4] [5].

Tegn som kan ha sammenheng med voldsutsatthet [68]:

- Symptomer på psykiske plager eller lidelser: som depresjon, posttraumatisk stress-syndrom og søvnforstyrrelser
- Alkohol og/eller annen rusmiddelbruk
- Uforklarlige kroniske mage-tarm symptomer
- Uforklarlige symptomer i reproduksjonssystemet, inkludert bekken smerter 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.

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 [75] [76] [77] [78]. 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 [79] [80] og amme problemer [81] [82]. Gravide som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, har en større sannsynlighet for å oppleve flere fysiske plager i svangerskapet [83] [84].

Erfaringer med seksuelle overgrep i barndommen kan føre til retraumatisering i svangerskapet, dissosiasjon i fødsel og posttraumatisk stress-syndrom [85]. Voldserfaringer opptrer ofte sammen med depressive symptomer [86] [87] [88] [89] [90], og kan påvirke kvinnens tilknytning og omsorgsevne ovenfor barnet [77] [91]. Engstelse og depresjon kan dessuten føre til misbruk av medikamenter og alkohol [92].

I svangerskapet kan det ufødte barnet bli rammet av volden direkte gjennom spark og slag på morens mage eller indirekte gjennom hennes stressreaksjoner [93]. Forskning tyder på at dette kan føre til endrede strukturer i hjernen, som vil kunne medføre vedvarende nedsatt kognitive prestasjoner og uro hos barnet [94]. Voldsrelatert stress kan føre til redusert fostervekst og for tidlig fødsel, og det er økt risiko for intrauterin død [96] [95]. Forskning peker totalt sett mot 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 [77]. På området trengs det ytterligere forskning.

Praktisk

Risikovurdering og sikkerhetsarbeid

Kvinnens erfaringer bør ligge til grunn i risikovurdering, 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.

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?

Jordmor og fastlege i helse- og omsorgstjenesten og eventuelt i overgrepsmottak 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, helsesøster, 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 \(lovdata.no\)](https://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 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

Opplysningsplikt til barnevernstjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til [tiltak fra barnevernets \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) side. Helsepersonell skal, uten [hinder av taushetsplikt \(lovdata.no\)](https://lovdata.no), av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten 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 [66]. 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 [73] [97] [98]. 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 [73] [99].

Videre oppfølging av mor og barn

Det er viktig med gode overganger fra svangerskaps-, fødsel og [barselomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](#) til [oppfølging på helsestasjonen \(helsedirektoratet.no\)](#). 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.

- [Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling \(nkvt.no\)](#) kan være et nyttig verktøy i arbeidet med å avdekke vold og mishandling i nære relasjoner.
- [e-læringskurset om vold i nære relasjoner \(nkvt.no\)](#). Kurset er utviklet for fastleger, men kan være nyttig for annet helse- og omsorgspersonell

Referanser

- [66] 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
- [4] Anbefalinger for svangreomsorgen København, Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2013 Tilgjengelig fra <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/anbefalinger-for-svangreomsorgen>
- [5] Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa SFOG. Interessegruppen för mödrahälsovård. Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med Mödrahälsovårdpsykologernas 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>
- [67] Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Matsumoto N, Horiuchi S Screening of domestic violence against women in the perinatal setting: a systematic review Japan Journal of Nursing Science 2004
- [68] 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
- [69] Bacchus L, Mezey G, Bewley S Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2002
- [70] 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

- [71] Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2008 137 1 37 42
- [72] Hegarty K, Brown S, Gunn J, Forster D, Nagle C, Grant B, Lumley J Women's views and outcomes of an educational intervention designed to enhance psychosocial support for women during pregnancy *Birth* 2007 34 2 155 63
- [73] Stenson K, Sidenvall B, Heimer G Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women *Midwifery* 2005 21 4 311 21
- [74] Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence *Midwifery* 2006 22 1 6 14
- [75] 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
- [76] Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence *Lancet (London, England)* 2006 368 9543 1260 9
- [77] Shay-Zapfen G, Bullock L Impact of intimate partner violence on maternal child health *The American journal of maternal child nursing* 35 4 206 12
- [78] Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study *Lancet (London, England)* 2008 371 9619 1165 72
- [79] 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
- [80] Nerum H, Halvorsen L, Oian P, Sørli T, Straume B, Blix E Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2010 117 3 288 94
- [81] Kendall-Tackett KA Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding *Trauma, violence & abuse* 2007 8 3 344 53
- [82] Lau Y, Chan KS Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong *Journal of midwifery & women's health* 52 2 15 20
- [83] Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms *BMC pregnancy and childbirth* 2012 12 83
- [84] Han A, Stewart DE Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2014 124 1 6 11
- [85] Yampolsky L, Lev-Wiesel R, Ben-Zion IZ Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy *Journal of advanced nursing* 2010 66 9 2025 37
- [86] Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis *PLoS medicine* 2013 10 5
- [87] Rodríguez MA, Valentine J, Ahmed SR, Eisenman DP, Sumner LA, Heilemann MV, Liu H Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: a longitudinal investigation of Latinas *Violence against women* 2010 16 5 543 59
- [88] Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review *American journal of obstetrics and gynecology* 2010 202 1 5 14
- [89] Brown SJ, McDonald EA, Krastev AH Fear of an intimate partner and women's health in early pregnancy: findings from the Maternal Health Study *Birth (Berkeley, Calif.)* 2008 35 4 293 302
- [90] Rose L, Alhusen J, Bhandari S, Soeken K, Marcantonio K, Bullock L, Sharps P Impact of intimate partner violence on pregnant women's mental health: mental distress and mental strength *Issues in*

mental health nursing 2010 31 2 103 11

- [91] Taylor CA, Guterman NB, Lee SJ, Rathouz PJ Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children American journal of public health 2009 99 1 175 83
- [92] Sarkar NN The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome J Obstet Gynaecol 2008 28 3 266 71
- [93] Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A Psychosocial stress during pregnancy American journal of obstetrics and gynecology 2010 202 1 61.e1-7
- [94] Sandman CA, Davis EP, Buss C, Glynn LM Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus Neuroendocrinology 2012 95 1 7 21
- [95] Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences Trauma, violence and abuse 2007 8 2 105 16
- [96] Meuleners LB, Lee AH, Janssen PA, Fraser ML Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia, 2002-2008 BMC pregnancy and childbirth 2011 11 70
- [97] Van Parys A-S, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions PloS one 2014 9 1 e85084
- [98] 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
- [99] Lauti M, Miller D Midwives' and obstetricians' perception of their role in the identification and management of family violence New Zealand College of Midwives Journal. 2008

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

Gravide bør bli spurt om de har vært utsatt for kjønnslemlestelse og bli informert 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.

Vulvustatus 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 gjensying etter fødsel.

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

Praktisk

Forebygging og oppfølging av kjønnslemlestedede gravide

- [Forebygging og helsehjelp ved kjønnslemlestelse \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/forebygging-og-helsehjelp-ved-kjønnslemlestelse) i Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (Helsedirektoratet)
- [Helsekonsekvenser og helsehjelp etter kjønnslemlestelse \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/helsekonsekvenser-og-helsehjelp-etter-kjønnslemlestelse)
- [Informasjon om forebygging og behandling av kjønnslemlestelse \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/informasjon-om-forebygging-og-behandling-av-kjønnslemlestelse)
- Oppfølging av gravide som har vært utsatt for kjønnslemlestelse i spesialisthelsetjenesten [Veileder i fødselshjelp \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no/veileder-i-fødselshjelp)

8 Preeklampsi

8.1 Risikofaktorer for preeklampsi hos gravide bør vurderes på første svangerskapskonsultasjon

Fastlege/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 en 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. Det er mye som tyder på at tidlig innsettende preeklampsi (forløsning <34-36 svangerskapsuker) og sent innsettende preeklampsi kan ha forskjellig patofysiologi. Den tidlig innsettende preeklampsi preges i større grad av placentær insuffisiens. Føtal tilveksthemming sees derfor oftere ved tidlig innsettende preeklampsi.

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

Praktisk

Gravide med risikofaktorer for preeklampsi bør følges nøye med henblikk på utvikling av preeklampsi.

Alvorlige risikofaktorer

- alder over 40 år
- antifosfolipidsyndromer (positiv lupus antikoagulant og/eller cardiolipin antistoff og klinisk anamnese)
- bindevevssykdommer (spesielt 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 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 håndtering av tilstanden i spesialisthelsetjenesten, se [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og preeklampsi \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no/Hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-preeklampsi)

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

Helsepersonell bør utføre blodtrykksmåling og proteinanalyse i urin (stix) ved hver svangerskapskonsultasjon for å identifisere preeklampsi. Vedvarende forhøyet blodtrykk i svangerskapet: 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 cerebrale symptomer (irritabilitet, synsforstyrrelser, hyperrefleksi), smerter i epigastriet, raskt økende ødemer, dyspne, cyanose.

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 parametre 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, tungpust 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 sykелighet og dødelighet. Tilstanden er definert som vedvarende vedvarende blodtrykk (BT) lik eller høyere enn 140 mmHg systolisk og/eller lik eller høyere enn 90 mmHg diastolisk som oppstår etter 20. svangerskapsuke, og 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 stix ved minimum to målinger). I meget sjeldne tilfeller, slik som ved mola hydatidosa, kan preeklampsi debutere tidligere i svangerskapet.

Preeklampsi gir klinisk et maternelt syndrom (hypertensjon, proteinuri, ødem og aktivert koagulasjon) og i tillegg økt risiko for et føtalt syndrom (veksthemming, fosterhypoksi, placentalskade, 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 [100].

For håndtering av preeklampsi i spesialisthelsetjenesten, se [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og preeklampsi \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/helse/gravide/hvordan-gravide-og-foetale-tilstander/hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-preeklampsi/)

Referanser

- [100] 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 hos kvinner med risikofaktorer 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 med en eller flere av følgende risikofaktorer:

- 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 g
 - nedsatt glukosetoleranse
 - tidligere påvist svangerskapsdiabetes
 - svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes

HbA1c kan ikke benyttes ved jernmangelanemi, hemolytisk anemi, kronisk malaria, større blødninger og transfusjoner. Se praktisk informasjon for ytterligere informasjon.

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 [102]. De fleste av disse kvinnene vil ha behov for medikamentell behandling i løpet av svangerskapet [104]. Det finnes holdepunkter for at tidlig behandling og livsstilsintervensjon kan redusere risikoen for komplikasjoner [104] [101] [103].

HbA1c tatt tidlig i svangerskapet har vist gode testegenskaper for å identifisere gravide med forhøyet risiko for alvorlige svangerskapsutfall [102].

Praktisk

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

Vurdering av test-resultat

HbA1c ≥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 glukose. 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.

Resultat av HbA1c dokumenteres i helsekort for gravide. HbA1c kan ikke benyttes til diagnostikk av svangerskapsdiabetes. Dette gjøres ved måling av plasma glukose etter glukosebelastningstest i svangerskapsuke 24-28.

Når HbA1c ikke kan benyttes

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

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

Referanser

- [101] 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
- [102] 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
- [103] 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
- [104] 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 Glukosebelastning bør tilbys i uke 24-28 til gravide med risikofaktorer for svangerskapsdiabetes

Tilby glukosebelastning i uke 24 - 28 til kvinner med én eller flere av følgende risikofaktorer:

- etter fylte 25 år for førstegangs fødende
- gravide med etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika
- gravide med 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 (skuderdystoci og preeklampsi)
 - tidligere påvist svangerskapsdiabetes

Begrunnelse

Nyere studier viser at tidligere risikokriteria for glukosebelastning gjør at om lag 50 prosent av gravide med svangerskapsdiabetes ikke oppdages [109] [106] [108].

De nye diagnostiske kriteriene vil identifisere gravide som har størst utbytte av behandling. Det vil si gravide som har en doblet risiko for ugunstige utfall for mor og barn, som høy fødselsvekt, prematur fødsel, fastsittende skuldre, hyperbilirubinemi og neonatal hypoglykemi og for keisersnitt og preeklampsi [107] [110] [105]. Ved å gi gravidetil passede kostholdsråd og opplæring i glukosemåling, samt råd om fysisk aktivitet kan risikoen for disse uheldige utfallene reduseres [107].

Praktisk

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

Vurdering av test-resultat

Svangerskapsdiabetes er en tilstrekkelig 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.

Kvinner med fastende plasma-glukose $< 5,3$ 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. Test for glukosuri er ikke lenger anbefalt som metode for å påvise svangerskapsdiabetes.

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

Ved kjent diabetes eller svangerskapsdiabetes skal det ikke utføres glukosebelastning. Hos fedmeopererte erstattes glukosebelastningen med egenmålinger av glukose, se: [Retningslinje for svangerskapsdiabetes \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinje-for-svangerskapsdiabetes).

Referanser

- [105] 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
- [106] 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
- [107] 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
- [108] Jenum AK, Morkrid K, Sletner L, Vangen S, Torper JL, Nakstad B, Voldner N, Rognerud-Jensen OH, Berntsen S, Mosdol A, Skrivarhaug 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
- [109] 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
- [110] Ryan EA Diagnosing gestational diabetes Diabetologia 2011 54 480 6

10 Fosteraktivitet

10.1 Gravide bør få informasjon om fosterets normale aktivitet og om når det er grunn for bekymring

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

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

Gravide bør også informeres om at frekvensen av fosterbevegelser blir opprettholdt gjennom hele svangerskapet, også i slutten av svangerskapet, selv om fosterbevegelser har en tendens til å stabilisere seg ved 32 ukers svangerskap.

Begrunnelse

Det er viktig at den gravide kjenner fosterets bevegelsesmønstre. Det er endringer i dette bevegelsesmønsteret som er grunnlaget for betegnelsen «lite liv» [112].

Bevegelser oppfattes først av den gravide mellom svangerskapsuke 18 og 20 og aktiviteten vil raskt følge et mønster. Fosterbevegelser har blitt definert som ethvert diskret spark, åling, eller rulling. En signifikant reduksjon eller plutselig endring i fosterbevegelse kan være et viktig 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

perinatalt 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, og registrerer dette 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. Før uke 28 kan en forliggende morkake hindre at den gravide kjenner fosterbevegelser.

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.

- Hvis kvinnen i løpet av denne tiden ikke kjenner bevegelser skal hun informeres om å ringe fødeavdeling med en gang.
- Hvis kvinnen kjenner mindre enn ti separate bevegelser fra fostret i løpet av disse to timene, skal hun informeres om å ringe fødeavdeling med en gang.
- Hvis kvinnen fortsatt er urolig eller usikker på fosterets aktivitetsmønster skal hun informeres om å ringe fødeavdeling for veiledning.
- Hvis kvinnen etter tellingen av fosterets bevegelser er beroliget og kjenner godt med bevegelser, trenger hun ikke kontakte fødeavdelingen.

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

Hovedregelen er at kvinnen skal informeres om å ta kontakt med fødeavdelingen med en gang hvis hun er usikker på om fosteret beveger seg eller om det beveger seg mindre enn før.

Referanser

- [112] 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 med overtidige svangerskap bør få tilbud om uke 41-kontroll i spesialisthelsetjenesten

Gravide bør få tilbud om uke 41-kontroll i spesialisthelsetjenesten 7–9 dager etter ultralydtermin (TUL) eller nærmeste virkedag som er praktisk gjennomførbar for kvinnen og tjenesten. Ved 41-uke-kontrollen bør det legges en plan for videre oppfølging. Det tilstrebes at alle fødselsinduksjoner senest er påbegynt dag 294. Kvinnens ønsker vektlegges i den totale vurderingen.

Begrunnelse

Både den gravide og barnet har økt risiko for uheldig utfall når svangerskapet fortsetter etter termin. En retrospektiv studie av mer enn 170 000 fødsler fra fødeavdelinger i London (1989-1991) viste at risiko for neonatal og postneonatal død økte signifikant etter 41. svangerskapsuke [115]. En dansk tverrsnittsstudie basert på fødselsregisterdata i perioden 1978 til 1993 fant en tilsvarende signifikant økning i perinatal død og sykkelighet [116]. Majoriteten av overtidige fødsler skjedde ved 42 uker (87 prosent), mens mindre enn 1 prosent av kvinnene fødte ved 44 svangerskapsuker eller senere. Perinatal dødelighet i post-term gruppen var 0,4 prosent og i term-gruppen 0,3 prosent. En norsk studie basert på Medisinsk fødselsregister i perioden 2002-2004 fant en perinatal dødsrate på 0,018 prosent ved dag 287 og 0,51 prosent på dag 301+ [117]. Disse funnene viser at selv i populasjoner hvor ultralyd muliggjør fastsettelse av termin og hvor svangerskapsoppfølging er tilgjengelig for de fleste gravide, er overtidige svangerskap en høyrisikosituasjon, spesielt for barnet [118].

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 [113]. Morkakealdring spiller sannsynligvis en rolle i patofysiologien av overtidige svangerskap [114]. Andelen kvinner i Norge som føder i svangerskapsuke 42 har gått ned fra 8,2 prosent i 1999 til 3.9 prosent i 2015 (statistikkbank.fhi.no). Andelen kvinner i Norge som føder i uke 43 eller senere har gått ned fra 0,6 prosent til 0,1 prosent i samme tidsrom.

Andelen overtidige svangerskap påvirkes av flere faktorer som andelen førstegangsfødende, forekomsten av overvekt, metode for ultralyddatering, andelen spontane for tidlige fødsler og klinisk praksis ved igangsettelse av fødsler i den aktuelle populasjonen. Det foreligger derfor stor grad av variasjon i andelen overtidige svangerskap mellom ulike studier, tidsperioder og land.

For håndtering av overtidige svangerskap i spesialisthelsetjenesten, se [Overtidig svangerskap](http://legeforeningen.no) (legeforeningen.no)

Referanser

- [113] 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
- [114] 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
- [115] Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality British journal of obstetrics and gynaecology 1998 105 169 73
- [116] Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993 American journal of obstetrics and gynecology 2003 189 222 7
- [117] Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial Obstetrics and gynecology 2007 109 609 17
- [118] 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