

Faglige retningslinjer er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger fagpersonellet må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Faglige retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gjeldende faglige retningslinjer, bør en være særskilt nøye med begrunnelse, informert samtykke og dokumentasjon.



Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Design: www.lucas.no, Trykkeri: Nr.1 Arktrykk, 01/2006

IS-1339

Nasjonale faglige retningslinjer

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Kortversjon - anbefalinger

Heftets tittel: Faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, kortversjon.
Utgitt: 12/2005
Bestillingsnummer: IS-1339
ISBN-nr. ISBN 978-82-8081-078-1

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for primærhelsetjeneste
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1339

Forfattere: Synne Holan, Mariann Mathiesen, Kirsten Petersen

Design/illustrasjon: www.lucas.no

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Kortversjon - anbefalinger

Kjære leser!

Denne kortversjonen av de faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen er utarbeidet for jordmødre, leger og annet helsepersonell som deltar i svangerskapsomsorgen. Målet er at althelsepersonell har kjennskap til og en felles forståelse for innholdet i tjenesten.

Svangerskapsomsorgen er en unik del av helsetjenesten. Den omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger som det er behov for i et normalt svangerskap.

Svangerskapsomsorgen er et tilbud til alle gravide, og vi ønsker at den sikres trygge rammer og et tydelig innhold. Svangerskapsomsorgen skal medvirke til å redusere sosial ulikhet i helse. Derfor er det viktig med ekstra våkenhet og omsorg for risikogrupper, og å legge forholdene til rette for gravide med spesielle behov. Det er en stor utfordring og krever et forpliktende flerfaglig og tverrsektorielt samarbeid for å lykkes.

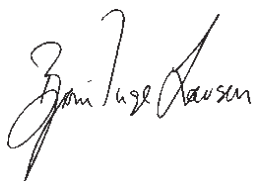
Den gravide er ekspert på sitt liv og de følelser og forventninger som knytter seg til den aktuelle tilstanden. Helsepersonell er ekspert på mulige diagnostiske og prognostiske tiltak og behandlinger som følger av de problemstillingene som kommer opp i konsultasjonen. Det vil si at kvinnen og helsepersonell er likeverdige eksperter på sitt felt. Helsepersonell har et særlig ansvar for å legge til rette for at kvinnen kommer til orde med sin «dagsorden», og så langt som mulig forstår hva det som legges frem innebærer ut fra et faglig perspektiv.

Sosial- og helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva vi anser som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør en dokumentere dette og være forberedt på å begrunne sitt valg.





Sosial- og helsedirektoratet vil legge til rette for at beslutningsgrunnlaget i tjenesten er kunnskapsbasert dokumentasjon. Informasjon om anbefalingene skal bidra til å gjøre det enklere for gravide kvinner og deres familier å ta ansvar for egen helse. Fokus i svangerskapsomsorgen flyttes fra kontroll til informasjon, råd og veiledning.

Sosial- og helsedirektoratet ser frem til at leger, jordmødre og andre som er direkte knyttet til svangerskapsomsorgen iverksetter disse retningslinjene i sin praksis.



Bjørn-Inge Larsen
direktør
Sosial- og helsedirektoratet

Innholdsfortegnelse

1	Brukerorientert omsorg og informerte valg eller beslutninger		8
1.1	Informasjon om rutineundersøkelser		8
1.2	Fødsel- og foreldreforberedelse i svangerskapet		8
1.3	Forberedelse til amming		8
1.4	Tiltak og tilrettelegging for å øke foreldres medvirkning		9
2	Omsorg for gravide kvinner		10
2.1	Hvem bør utføre svangerskapskontrollene?		10
2.2	Kontinuitet i svangerskap, fødsel og barseltid		10
2.3	Dokumentasjon av kontrollene		10
2.4	Antall kontroller i svangerskapet og tidspunkt for kontrollene		11
2.5	Ultralydundersøkelse i svangerskapet		11
2.6	Fosterdiagnostikk		11
3	Levevaner		12
3.1	Arbeid		12
3.2	Anbefalinger om kosthold		13
3.3	Ernæringstilskudd		13
3.3.1	<i>Folat</i>		13
3.3.2	<i>Jern</i>		14
3.3.3	<i>Vitamin A</i>		14
3.3.4	<i>Vitamin D</i>		14
3.4	Infeksjon ervervet gjennom mat		14
3.4.1	<i>Listeriose</i>		14
3.4.2	<i>Toksoplasmose</i>		14
3.5	Tannhelse hos gravide		14
3.6	Reseptbelagte medikamenter		15
3.7	Reseptfrie medikamenter		15
3.8	Naturlegemidler		15
3.9	Fysisk aktivitet		15
3.10	Samleie		15
3.11	Alkohol		16
3.12	Tobakk		16
3.13	Hasj		16
3.14	Flyreiser		16
3.15	Bruk av bilbelte		17
3.16	Utenlandsreiser, malariaprofylakse og vaksiner		17
3.17	Reiseforsikring		17
4	Alminnelige plager i svangerskapet		18
4.1	Kvalme og oppkast tidlig i svangerskapet		18
4.2	Halsbrann		18
4.3	Obstipasjon		18
4.4	Hemorroider		19
4.5	Åreknuter og ødemer		19
4.6	Utflod		19


4.7	Bekken- og ryggmerter	19
4.8	Tretthet	19
4.9	Strekkmerker	19
4.10	Leggkramper	19
5	Den kliniske undersøkelsen av gravide	20
5.1	Vekt og veiing	20
5.2	Undersøkelse av brystene	20
5.3	Gynekologisk undersøkelse	20
5.4	Kvinnelig omskjæring	21
5.5	Sigdcelleanemi og talassemi	21
5.6	Blodtype og antistoffer	21
5.7	Trombocytantistoffer	21
5.8	Asymptomatisk bakteriuri	21
5.9	Asymptomatisk bakteriell vaginose	22
5.10	Streptokokker gruppe B	22
5.11	Genital klamydia	22
5.12	Hepatitt B	22
5.13	Hepatitt C	22
5.14	HIV	22
5.15	Rubella	23
5.16	Syfilis	23
5.17	Toksoplasmose	23
5.18	Herpes genitalis	23
5.19	Svangerskapsdiabetes	23
5.20	Preeklampsi	24
5.21	Overtidighet	24
5.22	Depresjon	24
5.23	Vold og seksuelle overgrep	25
5.24	Palpasjon av abdomen og fosterleie	25
5.25	Symfyse - fundusmåling	25
5.26	Rutineovervåking av fosterbevegelser	25
5.27	Auskultasjon av fosterhertelyden	25
6	Vedlegg	26
	Anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (WHO)	26
	WHO - verdier og prinsipper i den perinatale omsorgen	27
	Metode for utarbeiding av retningslinjen	27
	Gradering av kunnskapsgrunnlaget	28
	Anbefalingene	29
	Genetisk veiledning	30
	Informasjon om erkjennelse av farskap	30
	Flyktninger og asylsøkere	31
	Adresser for bestilling av publikasjoner og brosjyrer	31
	Referanser	32



Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Kunnskap som bygger på systematiske oversikter og meta-analyser av randomiserte, kontrollerte studier.	Nivå 1a
Kunnskap som bygger på minst én randomisert, kontrollert studie.	Nivå 1b
Kunnskap som bygger på minst én godt utformet kontrollert studie uten randomisering.	Nivå 2a
Kunnskap som bygger på minst én annen type godt utformet kvasi-eksperimentell studie.	Nivå 2b
Kunnskap som bygger på godt utformede, ikke-eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og kasusstudier.	Nivå 3
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspert-komiteer, og eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter.	Nivå 4

Gradering av anbefalinger

A	Trenger støtte i kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte, kontrollerte studier eller minst én randomisert, kontrollert studie av overveiende god kvalitet og konsistens. [Kunnskapsgrunnlag nivå 1a og 1b]
B	Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier i forhold til den spesifikke anbefalingen. [Kunnskapsgrunnlag nivå 2a og 2b]
C	Trenger støtte i flere godt utformede, ikke-eksperimentelle, beskrivende studier. [Kunnskapsgrunnlag nivå 3]
D	Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte anvendbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. [Kunnskapsgrunnlag nivå 4]
	Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppen som har utviklet retningslinjen.



Brukerorientert omsorg og informerte valg eller beslutninger



Omsorg for gravide kvinner



Levevaner



Alminnelige plager i svangerskapet



Den kliniske undersøkelsen av gravide



Vedlegg



1 Brukerorientert omsorg og informerte valg eller beslutninger

1.1 Informasjon om rutineundersøkelser

Ved hver rutineundersøkelse bør jordmor eller lege informere kvinnen om hensikten med testen (prøver og undersøkelser) og gi henne klar beskjed om at hun har rett til enten å akseptere eller avslå testen. Kvinner bør få skriftlig og muntlig informasjon, i tråd med WHO's anbefalinger.



Lege og jordmor må kjenne testenes konsekvenser, og vite hvordan dette bør formidles. De bør spesielt fortelle om muligheten for falske positive og falske negative svar.



1.2 Fødsel- og foreldreforberedelse i svangerskapet

For å minske angst og uro og gjøre kvinner mer tilfredse med svangerskapsomsorgen bør gravide få tilgang til informasjon gjennom kurs og skriftlig materiale.



1.3 Forberedelse til amming

Gravide bør få tilbud om samtaler om amming, gjerne i grupper eller individuelt. Forberedelse til ammingen omfatter praktisk og teoretisk informasjon og undervisning om morsmelk og amming. Gravide som ønsker å amme, kan gjerne få støtte og veiledning fra kvinner med ammeerfaring, som for eksempel Ammehjelpen.



Gravide kvinner som gir uttrykk for føring i deres nettverk som påvirker til ikke å amme, kan ha nytte av tilleggsinformasjon om ammingens verdi for henne og barnet.



Hvis kvinnen har født tidligere, bør hun, jordmor eller lege notere ammeerfaringen på helsekortet i første trimester. Likeså bør jordmor eller lege notere når i svangerskapet de har informert om amming. Kvinner som er brystoperert eller har en negativ ammeerfaring fra tidligere kan ha behov for ekstra støtte og veiledning i svangerskapet. Videre bør lege eller jordmor gjøre gravide kjent med hva de kan forvente seg av Mor-barnvennlig sykehus i tråd med anbefalinger fra Nasjonalt Ammesenter (NAS).



Ammehjelpen: www.ammehjelpen.no

*Nasjonalt ammesenter (NAS):
www.rikshospitalet.no/view/avd_info.asp?department=Ammesenteret*

*Hvordan du ammer ditt barn. Bestillingsnummer IS-2092.
Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.*

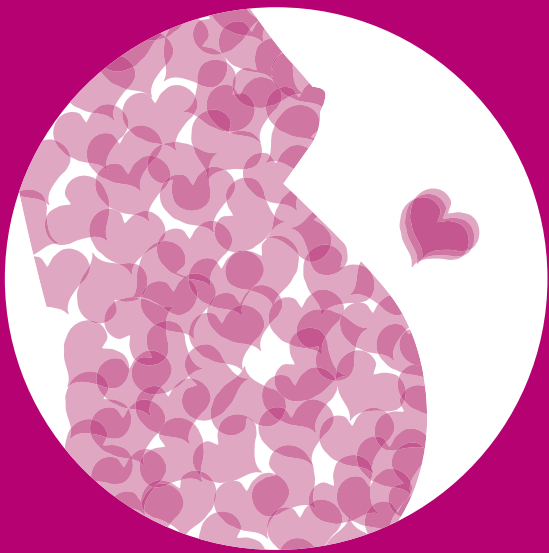
1.4 Tiltak og tilrettelegging for å øke foreldres medvirkning

Den gravide bør få informasjon og støtte som gjør henne i stand til å ta informerte beslutninger. Informasjonen bør være fri for reklame. Hun bør få tilgang til informasjon om hvor svangerskapsomsorgen foregår og hvem som foretar den. Det samme gjelder tilbud om fritt valg av fødested. Ved første kontroll bør jordmor eller lege informere kvinnen om hvilke muligheter hun har for svangerskapsomsorg, hvilke valgmuligheter hun har, og dessuten gi råd om levevaner og oversikt over rutineundersøkelser og stønadsmuligheter. Hver gang kvinnen kommer til kontroll, bør jordmoren eller legen gi henne tydelig informasjon og forklaringer, samt mulighet til å diskutere eller stille spørsmål om emner hun ønsker belyst.



*Alle gravide bør få utdelt brosjyren: *Er du gravid?*.
Bestillingsnummer IS-1243. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.*





2 Omsorg for gravide kvinner

2.1 Hvem bør utføre svangerskapskontrollene?

Omsorg til kvinner med normale svangerskap bør gis av jordmor eller fastlege, eller gjennom et samarbeid mellom fastlege og jordmor. Rutinemessig henvisning til gynekolog til fastsatte tidspunkt for kvinner med ukompliserte svangerskap ser ikke ut til å forbedre perinatale utfall mer enn å henvise til gynekolog når komplikasjoner oppstår.

Kvinnen bør selv få velge om hun vil gå til fastlege eller jordmor, eller en kombinasjon.

A



2.2 Kontinuitet i svangerskap, fødsel og barseltid

Kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Det betyr å møte så få fagpersoner som mulig som kvinnen føler seg vel med gjennom hele svangerskapet.

Svangerskapsomsorgen bør etablere et system med tydelige rutiner, slik at kvinner som trenger kontroller utover basisomsorgen, blir tatt hånd om og behandlet av relevant helsepersonell når et problem oppstår.

A

D

2.3 Dokumentasjon av kontrollene

Strukturerte svangerskapsjournaler som helsekort for gravide, bør benyttes, og gravide bør selv ta hånd om helsekortet.

Alle fagpersoner som er involvert, må signere tydelig med fullt navn og kontaktdetaljer for å lette samarbeidet.

A



2.4 Antall kontroller i svangerskapet og tidspunkt for kontrollene

For friske kvinner med normale svangerskap kan antall svangerskapskontroller trygt reduseres i forhold til dagens praksis.

Det anbefales et basisprogram med åtte kontroller til og med svangerskapsuke 40, en ultralyd i svangerskapsuke 17-19 er inkludert. Det forutsettes videre kontroll i svangerskapsuke 41, og deretter følges rutinene for overtid.

A

D

2.5 Ultralydundersøkelse i svangerskapet

Det anbefales at gravide tilbys ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 17-19 for å bestemme termin.

Ved den samme undersøkelse skal det ses etter antall fostre, morkakens plassering og en orienterende undersøkelse av fosterets anatomi.

Rutineultralyd er den beste metoden for terminbestemmelse.

Den gravide bør på forhånd ha informasjon om hensikten med ultralydundersøkelsen, både skriftlig og muntlig, samt at undersøkelsen er frivillig.

A

D

B

✓

Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet: Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk. Bestillingsnummer IS 23/2004. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.

Informasjon om ultralyd i svangerskapet. Bestillingsnummer IS 1228B. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.

2.6 Fosterdiagnostikk

Nyere forskning viser at risikoen for at et foster har kromosomavvik kan vurderes på grunnlag av kvinnens alder og tidlig ultralyd i svangerskapsuke 11-13 med bedømmelse av nakkeoppklaring. Ved å analysere markører i blodprøver i tillegg til ultralyd øker presisjonen av vurderingen. Dette vil gi et bedre grunnlag for å vurdere behov for fostervannsprøver. Slik får kvinnen et bedre grunnlag til å fatte beslutning om fostervannsprøve, og vil redusere risikoen for spontanabort ved fostervannsprøve.

Det er nødvendig å informere gravide så tidlig som mulig (ved første kontroll) at de har rett til fosterdiagnostikk dersom de oppfyller ett eller flere av vilkårene som er fastsatt av myndighetene. Retten til fosterdiagnostikk omfatter tidlig ultralyd i svangerskapsuke 11-13, blodprøver og genetisk veiledning.

B

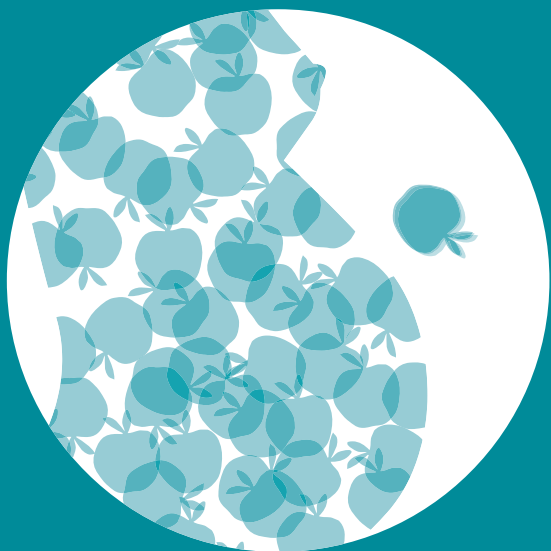
D

Informasjon til gravide om fosterdiagnostikk. Bestillingsnummer IS-1313. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.

En god start: Veileder for helsepersonell til bruk i diagnoseprosessen ved funksjonshemming hos foster og barn. Bestillingsnummer IS-1008. Bestilles fra Sosial og helsedirektoratet.

Bioteknologinemda: Har lenker til lovverk som regulerer fosterdiagnostikk og annen aktuell informasjon: www.bion.no





3 Levevaner

3.1 Arbeid

Gravide kvinner bør både muntlig og skriftlig informeres om deres trygderettigheter i forbindelse med svangerskap og fødsel.

For de fleste kvinner er det trygt å være i aktivitet og fortsette å arbeide i svangerskapet.



Ytelser i forbindelse med svangerskap, fødsel og adopsjon. Bestilles fra det lokale Trygdekontor eller fra:
www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=familie&path=f_oedsel_mradsopsjon

Småbarnsforeldres rettigheter. Bestillingsnummer Q-0867.
Bestilles fra Statens forvaltningstjeneste eller fra:
www.dep.no/bfd/norsk/dok/andre_dok/veiledninger/004071-120002/dok-bn.html

Faktaside om arbeidsmiljø og graviditet: Besvarer spørsmål Arbeidstilsynet ofte får om regelverket på dette området. www.arbeidstilsynet.no/info/tema/gravide.html

En midlertidig norsk utgave av Europakommisjonens rådsdirektiv er tilgjengelig på:
www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/brosjyrer/pdf/gravide.pdf

Gravid i arbeid. Brosjyren informerer om arbeidsmiljøforhold som kan ha uheldig virkning under svangerskap. Bestilles fra:
www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/brosjyrer/bros475.html

Tilrettelegging/omplussing p.g.a. graviditet. Nettstedet gir en kort beskrivelse av formålet med skjemaet, samt mulighet for nedlasting eller bestilling:
www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/skjemaer/skje474b.html

Arbeidsmiljø og graviditet. Brosjyre fra Arbeidstilsynet, bestilling:
www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/brosjyrer/bros474.html

Gravid- og hva så? Om sykefravær og tiltak for gravide i jobb. Berit Morland for Idébanken for sykefraværsarbeidet. Tiden Norsk Forlag AS. Oslo. 2002. Bestilles eller lastes gratis ned: www.idebanken.org/default.asp?show=art&artID=175&exp=17

3.2 Anbefalinger om kosthold

Gravide kvinner bør generelt forsøke å spise så variert som mulig. Det vil si:

- stivelsesholdige produkter som grovt brød, pasta, ris og poteter, proteinrik kost som magert kjøtt, fisk, bønner og linser
- mye fiber som finnes i grove kornprodukter som grovt brød og knekkebrød, kornblandinger, frukt og grønnsaker
- tilpasset mengde melkeprodukter (melk, yoghurt og ost), fortrinnsvis magre og halvfete produkter og innta så lite som mulig av sukkerholdige produkter som brus, saft og godteri

Gravide bør få informasjon om mat som kan medføre risiko for dem selv eller fosteret. Detaljerte opplysninger om sikkerhet for miljøgifter, spesielt i fisk og skalldyr og ulike typer kjøtt (rein, hval og sel), finnes på www.matportalen.no

Brosjyren «Ernæring i svangerskapet» (IS-2184) anbefales utdelt til alle gravide. Gravide av pakistansk opprinnelse bør tilbys brosjyren «Mat, bevegelse og trivsel – et bedre liv med diabetes» (IS-1146) som også inneholder kostholdsråd til gravide kvinner uten diabetes.

Ernæring i svangerskapet. Bestillingsnummer IS-2184

Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Bestillingsnummer IS-1219

Mat, bevegelse og trivsel - et bedre liv med diabetes. Bestillingsnummer IS-1146

Brosjyrene bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet

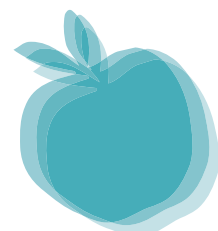
3.3 Ernæringstilskudd

3.3.1 Folat

Kvinner som planlegger å bli gravide, bør få informasjon om at det anbefales å ta tilskudd av folat en måned før befruktning. Gravide bør ta folat opptil 12 uker i starten av graviditeten. Det reduserer risikoen for å få et barn med nevrالرrørdefekter. Anbefalt dosering er 0,4 mg daglig.

Kvinner som har hatt en graviditet med nevrالرrørdefekt, eller hvor hun eller barnefar har nevrالرrørdefekt, anbefales et ekstra folat-tilskudd på 4 mg per dag fra siste måned før befruktning og i svangerskapets første to til tre måneder.

Veiledningsmateriell kan bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.
www.shdir.no/publikasjoner



3.3.2 Jern

Rutinemessig jerntilskudd skal ikke anbefales gravide. Rutinemessig jerntilskudd er ikke helsefremmende for kvinnen eller fosteret, og gir ubehagelige bivirkninger. Det fører kun til høyere ferritin- og hemoglobinnivå.

Gravide kvinner bør anbefales å måle Hb-konsentrasjonen på den første kontrollen i svangerskapet, samtidig som andre blodprøver tas. Det anbefales også en måling i uke 28, da Hb-konsentrasjonen er på det laveste, slik at det er mulighet for å korrigere en eventuell anemi før fødselen.

A

B

3.3.3 Vitamin A

Daglig inntak av tran anbefales. Lever som hovedrett i et måltid bør frarådes på grunn av for høye mengder av vitamin A. Gravide bør unngå inntak av flere ulike kostholds-tilskudd som inneholder vitamin A.

D

3.3.4 Vitamin D

Gravide bør få anbefaling om å ta 10 µg vitamin D per dag. Gravide og kvinner som ammer anbefales å ta tran for å få dekket vitamin D-behovet. 5 ml tran gir 10µg vitamin D. Alternativt kan gravide velge et multivitaminpreparat eller vitamin D-dråper.

D

3.4 Infeksjon ervervet gjennom mat

3.4.1 Listeriose

Gravide bør sørge for å spise kjøtt som er gjennomstekt eller – kokt. Videre bør de være oppmerksom på å unngå vakuumpakkede produkter mot slutten av holdbarhetstiden. Det gjelder kjøttpålegg, gravet og røkt fisk og enkelte oster. Gravide bør unngå rakfisk.

D

Matportalen inneholder informasjon om mat fra norske myndigheter. Her finnes også egne informasjonssider for gravide: <http://matportalen.no/Emner/Gravide>

Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten. Håndboka kan bestilles fra folkehelseinstituttet. Søk «Smittevern 12» på: www.fhi.no

3.4.2 Toksoplasmose

Den gravide bør få informasjon om primærforebyggende tiltak for å forebygge infeksjon:

- å vaske hendene før de håndterer mat
- å vaske all frukt og grønnsaker grundig
- å gjennomkoke eller steke alt rått kjøtt og hurtigmat

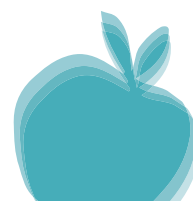
D

3.5 Tannhelse hos gravide

Kvinner bør unngå fyllingsterapi i svangerskapet. Tiltak for å ha en god tannhelse gjennom svangerskapet er å ha et godt og sammensatt kosthold og unngå småspising, god daglig munnhygiene, tannbørsting med fluortannkrem to ganger daglig, eventuelt å bruke andre fluorpreparater i tillegg ved behov. Skyll munnen med vann, alternativt fluorskylling, ved hyppig oppkast eller sure oppstøt.

D

Tenner for livet. Helsefremmende og forebyggende arbeid. Bestillingsnummer IS-2659. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.



3.6 Reseptbelagte medikamenter

Få medisiner er fastslått å være trygge for bruk i svangerskapet. Derfor må foreskriving begrenses til de tilfellene hvor fordelene for kvinnen overgår risikoen for fosteret.

D

3.7 Reseptfrie medikamenter

Få reseptfrie medikamenter er fastslått å være trygge for bruk i graviditet. Gravide bør derfor bruke færrest mulig reseptfrie medikamenter.

D

3.8 Naturlegemidler

Det mangler dokumentasjon om effekten og tryggheten for de fleste naturlegemidler som er tilgjengelige for gravide. Gravide bør derfor ikke bruke naturlegemidler.

D

3.9 Fysisk aktivitet

Styrketrening av bekkenbunnsmuskulaturen er spesielt viktig under graviditeten og etter fødsel.

A

Kvinner som tidligere ikke har vært fysisk aktive, bør være moderat aktive i graviditeten med en gradvis progresjon (opp til 30 minutter per dag).

A

Kvinner som er regelmessig fysisk aktive før en graviditet, bør fortsette med dette på et hensiktsmessig nivå. De kan fortsette å delta i høyintensive aktiviteter. Kondisjonstrening bedrer hjertets pumpeevne og musklernes evne til å ta opp og forbruke oksygen. Kondisjonstrening får en gjennom alle aktiviteter hvor en bruker store muskelgrupper dynamisk og over tid, for eksempel turgåing, jogging, sykling, ulike former for dans, low impact aerobics uten løp og hopp, gymnastikk og svømming.

D

Styrketrening i svangerskapet er viktig; ryggen, magen og bekkenmusklene skal tåle vekten av barnet. Sterke rygg- og magemuskler kan motvirke hengeholdning og korsryggsmerter. Senere vil løfting og bæring av barnet etter fødsel kreve muskelstyrke. Styrkeøvelser bør bestå av 8-12 repetisjoner av hver øvelse. Hold i 6 -8 sekunder og gjenta 2-3 serier av hver øvelse, helst 2-3 ganger i uken.

D

Aktiviteter hvor risikoen for å falle er stor (som riding eller alpint) og kontaktsidretter som håndball, basketball eller ishockey, kan øke risikoen for traume og bør unngås. Gravide bør også unngå dykking.

D

Gravide kvinner bør unngå overoppheting. Risikoen for overoppheting elimineres hvis aktiviteten utføres i kortere perioder, for eksempel 15 minutters intervaller.

✓

*Fysisk aktivitet og helse. Rapport nr. 2/2000. Bestillingsnummer IS-1011.
Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet*

*Fysisk aktivitet og helse. Temahefte: Tidsskrift for den norske lægeforening.
Mars 2002*

3.10 Samleie

Gravide bør få informasjon om at samleie under svangerskapet ikke er kjent for å medføre risiko.

B

Det er normalt at seksuallysten endrer seg gjennom svangerskapet. Paret bør oppfordres til å snakke åpent om dette.

✓

3.11 Alkohol

Kvinner bør ikke drikke alkohol i svangerskapet.

Alkohol har en skadelig effekt på fosteret. Det er fordeler med å slutte i alle faser av svangerskapet.

Gravide kvinner med risikofyllt alkoholbruk bør henvises til instanser med tverrfaglig kompetanse. Helsepersonell bør utvise varsomhet slik at kvinner som misbruker alkohol ikke søker å unngå kontakt med helsetjenesten.



3.12 Tobakk

Gravide som røyker bør få informasjon om at det er økt risiko for barnet dersom hun fortsetter å røyke (lav fødselsvekt og prematur fødsel). Det bør vektlegges at det er fordeler med å slutte i alle faser av svangerskapet. Rådgiving om røykekutt er vist å øke antall gravide som slutter, øke gjennomsnittlig fødselsvekt og redusere forekomsten av lav fødselsvekt (til tross for at effekten ikke er stor). Derfor bør tilbud om hjelp til røykeslutt være en obligatorisk og rutinemessig del av all svangerskapsomsorg. Rådgiving bør tilbys på individuell basis. Det kan også være nyttig med grupper og former for adferdsterapi basert på selvhjelpsbrosjyrer.

Gravide som ikke klarer å slutte, bør gis råd om å redusere bruk av tobakk så mye som mulig.

Gravide som røyker bør få tilbud om å motta informasjonsbrosjyrene: Røykfri graviditet og Røykesluttprogram for gravide.



Røyketelefonen 800 400 85 er en gratis veiledningstjeneste i spørsmål som angår tobakk og røykeslutt.

Røykfri graviditet (brochure til gravide/partner). Bestillingsnummer IS-1221. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet.

Røykesluttprogram for gravide. Bestillingsnummer IS-1215. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet. Ytterligere informasjon på www.tobakk.no

3.13 Hasj

Det er begrenset kunnskap om virkningene på gravide som bruker hasj. Ved å bruke føre-var eller forsiktighetsprinsippet basert på en positiv sammenheng mellom bruk av hasj og sigarettøyking, er det anbefalt at kvinner bør frarådes å bruke hasj i svangerskapet.

Kvinner bør frarådes å bruke hasj i svangerskapet. Hasj er forbudt å bruke i Norge.



3.14 Flyreiser

Lange flyreiser øker risiko for dype venetromboser. Det er usikkert om det er noen ekstra risiko for gravide. Bruk av støttestrømper reduserer risikoen for vanlige flypassasjerer.

Gravide bør kontakte det aktuelle flyselskap på forhånd for å sjekke selskapets regler. Vanligvis vurderer flyselskapet flyreisens varighet og svangerskapets lengde.



3.15 Bruk av bilbelte

Gravide bør få informasjon om riktig bruk av bilbelter: trepunkts belter som går på oversiden og undersiden av magen.

B

3.16 Utenlandsreiser, malariaprofylakse og vaksiner

Gravide bør ta nødvendige vaksiner og følge anbefalt malaria-profylakse i malaria-områder. Følg anbefalingene fra Folkehelseinstituttet og WHO. Ekspertene på området bør vurdere risiko og fordeler med hver enkelt vaksine for den enkelte gravide.

D

Folkehelseinstituttet har informasjon på sine hjemmesider: www.fhi.no
Helsepersonell kan få rådgivning om vaksiner og vaksinasjon hos Folkehelseinstituttet.

WHO har informasjon på sine hjemmesider: www.who.int/ith

3.17 Reiseforsikring

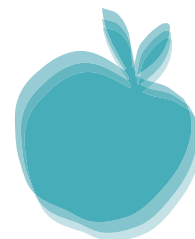
Gravide som planlegger å reise til utlandet bør undersøke de spesielle reglene og rådene for gravide ved flyreiser, vaksiner og reiseforsikringer.

✓

Europeisk helsetrygdkort:

Som medlem av den norske folketrygden har norske statsborgere rett til sykehjelp og dekning av nødvendig medisinsk behandling på lik linje med innbyggerne i det landet du oppholder deg i. Dette er helsetrygdkortet et bevis på. Helsekortet gjelder i samtlige EØS-land. Helsekortet gjelder også i de nordiske landene, men med disse landene har Norge egne avtaler som sikrer norske statsborgere.

Helsetrygdkortet er et kort som den gravide og andre får på sitt lokale trygdekontor. Helsekortet bevitner retten til å få sykehjelp ved øyeblikkelig behov. Kortet er individuelt og dekker den personen som står oppført på kortet i tre år. Helsekortet er ikke en gratis erstatning for reiseforsikringen. Helsekortet dekker for eksempel ikke ekstrautgifter for eventuell hjemreise. Skjema for bestilling kan lastes ned fra: www.trygdeetaten.no





4 Alminnelige plager i svangerskapet

4.1 Kvalme og oppkast tidlig i svangerskapet

Gravide kvinner kan beroliges med at i de fleste tilfeller opphører kvalme og oppkast mellom uke 16–20, og at kvalme og oppkast ikke fører til noe dårligere resultat av svangerskapet.

Hvis en kvinne ønsker eller vurderer behandling, kan følgende behandlinger effektivt redusere symptomer: Akupunktur, antihistaminer, ingefær kapsler og P6 (neiguan)-akupressur. (Det er mindre erfaring med bruk av andregenerasjons antihistaminer enn førstegenerasjons antihistaminer).

A

Mange kvinner opplever at å spise små og hyppige måltider bedrer symptomene. Noen har også erfaring for at hvile kan hjelpe. Informasjon om hjelp til selvhjelp og ikkefarmasøytiske midler skal være tilgjengelig for gravide kvinner som er plaget med kvalme og oppkast.

Hyperemesis gravidarum forårsaker væske- og elektrolyttforstyrrelser eller ernæringsproblemer på grunn av oppkast som starter tidlig i svangerskapet. Kvinner med denne tilstanden henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering, behandling og oppfølging.

✓

4.2 Halsbrann

Gravide kvinner med symptomer på halsbrann bør få informasjon om levevaner og endring av kosthold.

✓

For kvinner med fortsatt plagsomme symptomer bør lege eller jordmor anbefale antacida og alginsyrepreparater; de er reseptfrie og lindrer symptomer effektivt.

A

4.3 Obstipasjon

Kvinner som er plaget med obstipasjon i graviditeten skal tilbys kostveiledning, med spesiell vekt på å øke tilskudd av fiberrike matvarer som grove kornprodukter, grønnsaker, frukt, bær og poteter. Hjelper ikke dette, kan jordmor eller lege foreslå romoppfyllende eller volumøkende preparater. Stimulerende medikamenter bør unngås.

A

Kvinner har erfaring med at fysisk aktivitet og økt væskeinntak hjelper.

✓

4.4 Hemorroider

Gravide med Hemorroider bør få informasjon om kosthold, fysisk aktivitet og væskeinntak. Hvis slike tiltak ikke fjerner symptomene, kan vanlige kremer mot Hemorroider anbefales. I ekstreme tilfeller kan det vurderes kirurgisk behandling.



4.5 Åreknuter og ødemer

Gravide med åreknuter og ødemer i bena bør få informasjon om at dette er vanlige symptomer som ikke er skadelige. Kompresjonsstrømper kan lindre symptomene, men vil ikke forhindre at åreknuter oppstår.



Noen kvinner har erfaring med at følgende tiltak kan hjelpe:

- å sitte med bena hevet i perioder
- å ligge med pute under setet (vulva-åreknuter)
- å legge seg ned og hvile av og til



4.6 Utflod

Gravide bør få informasjon om at økt vaginal utflod er en normal fysiologisk forandring i svangerskapet. Hvis det henger sammen med kløe, sårhet, intens lukt eller en smerte ved vannlating, kan hun ha en infeksjon. Da er det nødvendig å undersøke dette hos lege.



Kvinner som har candida(sopp)-infeksjon i svangerskapet kan få lokal behandling med klortrimasol i en uke (krem og vagitorium).



Sikkerheten ved peroral/systemisk behandling i svangerskapet ved candida er usikker, og vi anbefaler ikke dette.



4.7 Bekken- og ryggmerter

Gravide med bekkenløsning bør få tilbud om et tilrettelagt behandlingsopplegg hos fysioterapeut som omfatter spesielle, stabiliserende øvelser.



Gravide kan vurdere å prøve øvelser i vann, akupunktur og fysikalsk behandling.



Landsforeningen for kvinner med Bekkenløsningsplager (LKB): www.lkb.no

*European Guidelines on the Diagnosis and treatment of pelvic girdlepain:
www.backpaineurope.org*

4.8 Tretthet

Gravide bør få informasjon om at det er normalt å være trett i første trimester, og at det vanligvis blir litt bedre i andre trimester. Ved uttalt tretthet kan den gravide hvile så ofte det er mulig og få avlastning i sine forpliktelser i hjem og arbeid. Andre årsaker, som for eksempel jernmangelanemi, bør utelukkes.



4.9 Strekkmerker

Gravide bør få informasjon om at det finnes lite forskning om strekkmerker, og at kunnskapen om emnet er begrenset. Det kan ikke dokumenteres at kremer som skal fjerne strekkmerker har effekt.



4.10 Leggkramper

Gravide bør få informasjon om at leggkramper vanligvis er forbigående og henger sammen med graviditeten. Kvinner har erfaring med at massasje, uttøyning og bevegelse kan lindre pågående kramper og er verdt å prøve.





5 Den kliniske undersøkelsen av gravide

5.1 Vekt og veiing

Den gravidens høyde og vekt bør måles på den første kontrollen i svangerskapet, omkring uke 8-12, slik at kvinnens KMI kan beregnes. Vekt, høyde og KMI noteres på helsekort for gravide.

Gravide bør rutinemessig tilbys veiing i svangerskapet som et hjelpemiddel i tilknytning til kosthold og levevaner. Gravide med over- eller undervekt bør få individuell veiledning i kosthold og fysisk aktivitet ut over den generelle veiledningen som alle gravide får.

Ved rutinemessig veiing er det viktig å bruke den samme vekten hver gang. Kvinnen kan gjerne veie seg på egen vekt i hjemmet og notere resultatet på helsekortet.

B

D



Informasjon om overvekt finnes på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

KMI regnes ut på følgende måte: Vekt i kilo deles på høyden i andre, det vil si om en kvinne veier 65 kilo og er 1,70 m høy, så regnes dette ut ved å dele 65 kilo med 2,89 (1,7 X 1,7). KMI blir da 22,5.

5.2 Undersøkelse av brystene

Det anbefales ikke rutinemessig undersøkelse av brystene under svangerskapet for å fremme amming.

A

5.3 Gynekologisk undersøkelse

Gynekologisk undersøkelse (GU) bør tilbys kvinner <25 år for å ta klamydiaprøve, eller på indikasjon etter en vurdering av kvinnens anamnese. Vi anbefaler cervix-cytologi hvert tredje år. Faller prøvetidspunkt innenfor svangerskapet, bør cytologiprøven tilbys tidlig.



Det anbefales ikke rutinemessig gynekologisk undersøkelse for å vurdere gestasjonsalder. GU gir heller ikke sikker informasjon om risiko for å føde prematurt eller om mekaniske misforhold.

B

5.4 Kvinnelig omskjæring

Tidlig i svangerskapet bør kvinner som har vært utsatt for omskjæring identifiseres. Dette bør gjøres på en respektfull og skånsom måte.

Vurdering i svangerskapet i samarbeid med obstetrisk eller gynekologisk poliklinikk eller fødested danner grunnlaget for å planlegge hvordan og hvor fødselen bør skje.

Omskjæring er i seg selv ikke indikasjon for keisersnitt. Vulvastatus bør anføres på helsekortet, likeså eventuelt ønske om smertelindring under fødsel og eventuelt tidspunktet for deinfibulering.

Vi er OK: Et informasjonshefte om omskjæring og argumenter for skikken. Beregnet på unge jenter fra samfunn der omskjæring praktiseres. Fokus på forebygging. På urdu, engelsk og somali. Informasjonsbrosjyre om lov om forbud mot kjønnslemlestelse. Bestillingsnummer I-1053 B. Bestilles fra Statens forvaltningstjeneste

Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Konkret informasjon og praktiske råd for klinikere. Bestillingsnummer IS-2723. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet eller lastes ned fra: www.shdir.no/publikasjoner/veiledere

Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse. Bestillingsnummer IS-1193. Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet eller lastes ned fra: www.shdir.no/seksuellhelse/publikasjoner/



5.5 Sigdcelleanemi og talassemi

Når gravide fra endemiske områder har anemi og mikrocytose, bør man ikke bare tenke jernmangel, men også om kvinnene kan ha en hemoglobinopati som krever vurdering av spesialist.

De som gjennomfører svangerskapskontrollene bør være oppmerksomme på tilstanden, slik at de kan søke nødvendig spesialisthjelp. Hemoglobinopati kan kreve henvisning til hematolog, eventuelt genetisk veiledning for seinere svangerskap. En skal spesielt være oppmerksom på at enkelte etniske grupper som kan affiseres av tilstanden.



5.6 Blodtype og antistoffer

Det anbefales at alle gravide tar blodprøve for å bestemme type og antistoffer tidlig i svangerskapet. Rhesusnegative kvinner skal screenes for antistoffer to ganger til, i uke 32 og 36. Kvinner som utvikler rhesus-antistoffer bør henvises til spesialisthelsetjeneste. Det anbefales alle rhesusnegative kvinner som føder et rhesuspositivt barn tilbys 1500 IE anti-D, innen 72 timer etter fødselen for å forebygge utvikling av antistoffer.



5.7 Trombocytantistoffer

Det anbefales foreløpig ikke å undersøke blodplatespesifikke alloantistoffer rutinemessig.



5.8 Asymptomatisk bakteriuri

Ved første svangerskapskontroll bør man spørre den gravide om tidligere urinveisinfeksjoner.



Dersom kvinnen har hatt gjentatte infeksjoner tidligere, bør det sørges for urindyrkning med korrekt prøvetakingsteknikk for å påvise ABU. Det skal ikke behandles før positiv prøve er verifisert i en kontrollprøve.

B

Vanlig praksis i Norge er å undersøke urinen med stiks på leukocyttesterase og nitritt ved alle kontroller. Dette er ineffektivt og kostbart, og slik praksis bør forlates.

D

5.9 Asymptomatisk bakteriell vaginose

Det anbefales ikke rutineundersøkelser for bakteriell vaginose.

A

5.10 Streptokokker gruppe B

Det er hensiktsmessig å markere påvisning av streptokokker gruppe B i urinen på helsekort for gravide, slik at fødeavdelingen kan gi antibiotikaproylaks (penicillin i.v.) under fødselen.

D

Forskning gir oss ikke grunnlag for å anbefale rutinemessig screening av gravide kvinner for å identifisere bærere av gruppe B-streptokokker.

A

5.11 Genital klamydia

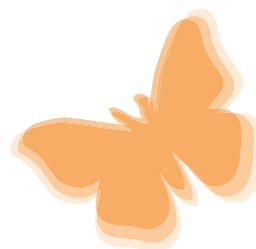
Det anbefales rutinemessig test for asymptomatisk genital klamydiainfeksjon for alle under 25 år. Ellers vurderes det etter kvinnens anamnese om det skal anbefales en test.

C

5.12 Hepatitt B

Gravide bør tilbys serologisk testing for hepatitt B-virus dersom kvinnen selv, hennes tidligere eller nåværende seksualpartner er:

- født eller oppvokst i mellom- eller høyendemisk område
- er tidligere eller nåværende sprøytemisbruker
- har fått blodoverføring i utlandet
- har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbruker
- har hatt seksuell kontakt med biseksuell mann
- har vært utsatt for yrkesmessig eksponering eller
- har hatt hepatitt B



Det er spesielt viktig å huske på å tilby test til gravide kvinner som kom til Norge for mange år siden som adoptivbarn eller innvandrere fra land med høy hepatitt B-forekomst.

A

5.13 Hepatitt C

Vi anbefaler ikke rutinemessig undersøkelse for hepatitt C-virus for gravide, fordi vi mangler bevis for at dette reduserer risiko for smitte til barnet.

C

HCV-virus bør testes hvis kvinnen opplyser noe som indiserer prøvetaking.

D

5.14 HIV

Ettersom mor-barn-smitte kan reduseres betydelig, anbefaler vi gravide kvinner rutineundersøkelse for HIV-antistoffer. Dagens praksis bør fortsette.

A

Alle som utfører svangerskapskontroller, skal ha klare retningslinjer for å henvise HIV-positive gravide slik at de sikres behandling av team med spesialkompetanse.

✓

Gravide bør få brosjyren «Tilbud om hivtest til alle gravide» slik at hun kan orientere seg om tilbudet.



Tilbud om hivtest til alle gravide. Brosjyren bestilles fra Nasjonalt folkehelseinstitutt eller per e-post: folkehelseinstituttet@fhi.no

5.15 Rubella

Gravide som ikke kan dokumentere antistoffer mot rubella, bør tilbys screening. Kvinner som ikke er immune mot rubella, bør anbefales vaksine etter fødselen. Å oppdage at kvinnen ikke har antistoffer har antakelig ingen innvirkning på det aktuelle svangerskapet, men dersom kvinnen vaksineres etter fødselen, vil det sannsynligvis redusere risiko for smitte i påfølgende svangerskap.



Fødeavdeling, helsestasjon, lege eller jordmor kan vaksinere. De må ha klare retningslinjer for hvor og når de vaksinere.



5.16 Syfilis

Alle gravide bør tilbys syfilisserologi ved første svangerskapskontroll. Kvinner med antatt høyere risiko, som for eksempel kvinner fra land i det tidligere Sovjetunionen og Afrika, bør tilbys gjentatt test i siste trimester eller før utreise fra barselavdeling. Positiv prediktiv verdi vil være lav (stor sannsynlighet for falsk positivt resultat). Kvinner med positiv test bør henvises til spesialisthelsetjeneste for utredning og eventuell behandling.



5.17 Toksoplasmose

Vi anbefaler ikke rutinemessig serologisk screening for toksoplasmose fordi screeningen risikerer å påføre mer skade enn nytte.



Den gravide bør få informasjon om primærforebyggende tiltak for å forebygge infeksjon:

- å vaske hendene før de håndterer mat
- å vaske all frukt og grønnsaker grundig
- å gjennomkoke eller -steke alt rått kjøtt og hurtigmat
- å bruke hansker i forbindelse med hagearbeid og
- å unngå katteavføring ved stell av dyr



5.18 Herpes genitalis

Gravide med førstegangs(primær-)utbrudd i dagene omkring fødselstermin bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Ved tvil om gjentatt infeksjon eller primærutbrudd kan dette sjekkes med blodprøver.



5.19 Svangerskapsdiabetes

Peroral glukosetoleranasetest bør tas hos gravide dersom

- det påvises glukosuri ved stiks i morgenurin
- ved økt risiko for svangerskapsdiabetes.

Gravide med økt risiko er:

- alder > 38 år
- type 1- eller type 2-diabetes hos foreldre eller søsken
- overvektige med KMI > 27 kg/m² ved svangerskapets begynnelse
- tidligere påvist svangerskapsdiabetes
- innvandrere fra utviklingsland



5.20 Preeklampsi

Risikofaktorene for å utvikle preeklampsi bør vurderes. Blant disse inngår:

- alder
- nulliparitet
- lang tid mellom svangerskapene
- tidligere preeklampsi
- flerlinger
- genetiske faktorer
- høy KMI ved første kontroll
- diabetes eller hypertensjon



Den gravide bør informeres om symptomer på alvorlig preeklampsi ettersom det kan gi dårligere utfall for mor og barn. Symptomene inkluderer plagsom hodepine, synsforstyrrelser (flimring), smerter nedenfor ribbekanten, oppkast og plutselige hevelser i ansikt, hender eller føtter.

Når blodtrykk hos den gravide måles, bør samtidig urinen testes for proteinuri. Alt personell bør bruke standardisert utstyr og teknikker for blodtrykksmålinger slik at de kan gjøre valide sammenligninger.

Gravide med preeklampsi bør henvises til obstetrisk poliklinikk.

Proteinuri påvises ved bruk av urinstiks. Alle som utfører svangerskapskontroller må være klar over risikoen for å påvise falskt positive og falskt negative resultater, spesielt at resultatet avhenger av urinens konsentrasjon (spesifikk vekt) og utflod.

C

D

C

D

✓

5.21 Overtidighet

Svangerskapet regnes som overtidig 14 dager etter ultralydtermin. Kvinnen skal henvises til obstetrisk poliklinikk eller fødested.

Dette må tilpasses etablerte rutiner ved det aktuelle fødestedet.

A

5.22 Depresjon

Gravide bør spørres om de tidligere har hatt psykisk sykdom. Kvinner som har hatt alvorlig psykisk sykdom tidligere, bør vurderes av fastlege og eventuelt henvises til psykiatrisk vurdering.

Gravide som har depressive symptomer bør fanges opp. Hvis jordmor gjennomfører svangerskapskontrollen bør det ut fra behov vurderes å henvise den gravide til fastlege.

Foreløpig forskning tyder ikke på at opplæring eller undervisning i svangerskapet hindrer depresjon etter fødsel.

B

D

A

Støttesenter mot incest: 23 31 46 50: www.sentermotincest.no

Mental Helses Hjelpetelefon: 810 30 030 (døgnåpent): www.mentalhelse.no

Organisasjonen Voksne for Barn: 23 10 06 10: www.vfb.no

Angstringen: 22 22 35 30: www.angstringen.no

5.23 Vold og seksuelle overgrep

Det anbefales foreløpig ikke å bruke screeningverktøy for å avdekke vold i hjemmet, ettersom vi ikke kjenner effekten av tiltak mot vold i hjemmet.

B

Det bør rettes en spesiell oppmerksomhet mot symptomer og tegn på mishandling eller voldserfaringer. Kvinner må gis mulighet til å snakke om vold i hjemmet på svangerskapskontrollen.

D

Det bør signaliseres at vold er uakseptabelt, og støtte kvinner som utsettes for mishandling, eventuelt ved å hjelpe den gravide med å kontakte det lokale krisesenteret. De som gir tilbud om svangerskapskontroll bør ha oversikt over kompetansemiljøer innen vold og seksuelle overgrep, flyktningshelse og traumer i sin region.

✓

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS (NKVTS). Senteret driver forsknings- og utviklingsarbeid, undervisning, kompetansebygging, veiledning og formidling om vold, overgrep, tvungen migrasjon, katastrofer og traumatisk stress. Senteret er et tilbud til fagfolk og hjelpeapparatet: www.nkvts.no

Krisesentersekretariatet: www.krisesenter.com

5.24 Palpasjon av abdomen og fosterleie

Rutinemessig palpasjon av abdomen for å vurdere fosterleie er ikke alltid nøyaktig. Det anbefales at fosterleie vurderes fra uke 36. På dette tidspunkt vil funn ha konsekvenser for videre oppfølging og planlegging av fødselen.

C

Ved mistanke om avvikende leie eller presentasjon, bør kvinnen henvises til ultralydundersøkelse fra uke 36 for diagnostisering og videre oppfølging.

Ved seteleie i uke 36 bør ytre vending vurderes i obstetrisk poliklinikk.

A

5.25 Symfyse - fundusmåling

Det anbefales at avstanden mellom symfyse og fundus måles ved hver kontroll etter 24. svangerskapsuke. Den som måler, bør plote resultatet inn på en vekstkurve på helsekortet.

C

Samme person bør måle hver gang. Ved store avvik bør den gravide henvises til poliklinikk for nærmere utredning.

✓

5.26 Rutineovervåking av fosterbevegelser

Foreløpig anbefaler vi ikke friske kvinner med normale svangerskap å telle fosterbevegelser rutinemessig ved hjelp registrerings skjema.

A

Den gravide skal informeres om at hvis de kjenner mindre eller lite liv, skal de kontakte jordmor, fastlege eller sykehus.

✓

5.27 Auskultasjon av fosterhertelyden

Dersom kvinnen kjenner liv, er rutinemessig auskultasjon av fosterhertelyden på hver svangerskapskontroll unødvendig. Ved auskultasjon kan den som undersøker like gjerne benytte trestetoskop som dopplerutstyr.

✓



6 Vedlegg

Anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (WHO)

Verdens helseorganisasjon (WHO) har introdusert en ny modell for svangerskapsomsorg med minimum fire kontroller. En kritisk gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget viser at innholdet og omfanget av svangerskapsomsorgen er mer rituell og tradisjonsbundet enn kunnskapsbasert.

En systematisk oversikt sammenlignet WHO-modellen med få kontroller med en standard modell med flere kontroller (5-7). Endepunktene var lav fødselsvekt (< 2500 gram), preeklampsi og eklampsi, alvorlig anemi etter fødsel og urinveisinfeksjon som krevde behandling. Oversikten fant ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene. Den konkluderer at en modell med færre svangerskapskontroller er like bra som en standard modell med flere kontroller, for disse viktige endepunktene. WHO anslår at andelen gravide med en tilstand eller risikofaktor som krever spesiell omsorg utover det vanlige tilbudet, er om lag 25 % av alle gravide.

WHO-modellen gjelder for friske gravide med normale svangerskap. Kvinner med spesielle risikofaktorer henvises til høyere kompetansenivå i helsetjenesten.

Kriteriene for modellen er blant annet god tid til samtale og informasjon. Tjenesten skal være lett tilgjengelig for den gravide og kvinnene får skriftlig og muntlig informasjon om hvem de kan kontakte 24 timer i døgnet.

Videre anbefaler WHO at gravide skal unngå unødig venting. Kvinner uten avtale skal ikke avvises, selv om de ikke trenger øyeblikkelig hjelp. Gravide skal føle seg velkommen og åpningstidene på kontrollstedet skal være brukervennlige.

Undersøkelser og tester skal utføres når det passer kvinnen, for eksempel på samme dag som kontrollen. WHO-modellen angir innholdet i de enkelte kontrollene. WHO mener samhandlingen mellom fagpersonene og den gravide er avgjørende for kvinnen og fosterets sikkerhet.

WHO - verdier og prinsipper i den perinatale omsorgen

Gjennomføringen av WHO-modellen er betinget av følgende ti prinsipper:

- Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert
- Omsorgen bør være basert på hensiktsmessig eller nødvendig teknologi
- Omsorgen bør være desentralisert
- Omsorgen bør være kunnskapsbasert (evidensbasert)
- Omsorgen bør være tverrfaglig
- Omsorgen bør være helhetlig
- Omsorgen bør være familiesentrert
- Omsorgen bør være kulturtilpasset
- Omsorgen bør involvere kvinnene i beslutningsprosesser
- Omsorgen bør respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet

Medikalisering i denne sammenheng defineres som en uhensiktsmessig bruk av medisinske inngrep ved hjelp av teknologi utført av personell i svangerskapsomsorgen. Demedikalisering vil si å endre omsorgen slik at uhensiktsmessige medisinske tiltak ikke brukes.

Metode for utarbeiding av retningslinjen

Sosial- og helsedirektoratet nedsatte i februar 2003 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide forslag til retningslinje for svangerskapsomsorgen. Gruppen har bestått av:

Atle Klovning, *førsteamanuensis, spesialist i allmennmedisin (leder av gruppen)*

Bjørn Backe, *overlege, professor, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer*

Ellen Blix, *jordmor, MpH*

Britt Ingeborg Eide, *klinikkleder, jordmor*

Synne Holan, *jordmor, MpH*

Mariann Mathiesen, *spesialist i allmennmedisin*

Johanne Aarseth, *jordmor*

Arbeidet har vært forankret i Avdeling for primærhelsetjenester, med seniorrådgiver Brit Roland som prosjektleder.

Følgende avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet medvirket:

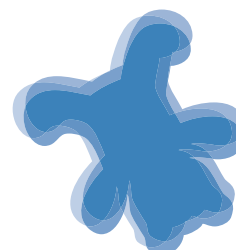
Primærhelsetjenesteavdelingen

Spesialisthelsetjenesteavdelingen

Avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet,

samt avdelingene for ernæring rus og fysisk aktivitet

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet er det gjennomført brukerundersøkelse blant gravide om svangerskapsomsorgen. Videre ble et utkast til retningslinje sendt på høring til brukerorganisasjoner, fag- og interesseorganisasjoner, enkelte kommuner og regionale helseforetak. En rekke av de forhold som fremkom i brukerundersøkelsen og gjennom høringen er tatt inn i retningslinjen.



Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Direktoratet har valgt å benytte den samme graderingen som National Institute for Clinical Excellence (NICE), Storbritannia bruker i sine retningslinjer. Graderingen er utformet på bakgrunn av nivåinndeling av kunnskapsgrunnlaget.

Det finnes ulike systemer for å beskrive vitenskapelig kunnskaps overbevisningskraft. Hensikten er å tydeliggjøre kvaliteten på forskningsgrunnlaget for hvert spørsmål som skal besvares. Graderingen i nivåer kan hjelpe brukere av retningslinjene til å finne ut hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn, og i hvilken grad de kan stole på resultatene av studiene retningslinjene bygger på. Tabellen viser hvordan dokumentasjonen er kategorisert i disse retningslinjene:

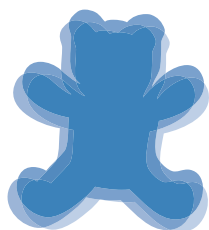
Kunnskap som bygger på systematiske oversikter og meta-analyser av randomiserte, kontrollerte studier.	Nivå 1a
Kunnskap som bygger på minst én randomisert, kontrollert studie.	Nivå 1b
Kunnskap som bygger på minst én godt utformet kontrollert studie uten randomisering.	Nivå 2a
Kunnskap som bygger på minst én annen type godt utformet kvasi-eksperimentell studie.	Nivå 2b
Kunnskap som bygger på godt utformede, ikke-eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og kasusstudier.	Nivå 3
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspert-komiteer, og eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter.	Nivå 4

Anbefalingene

I disse faglige retningslinjene har direktoratet valgt å benytte bokstav-kategorier for anbefalingene; [A] [B] [C] [D] etter retningslinjene fra Storbritannia. Styrken på anbefalingene avhenger av vurderingen av den forskningsbaserte kunnskapen.

Tegnet ✓ viser til anbefalinger for praksis basert på kliniske erfaringer i den gruppen som har utviklet retningslinjene. Tabellen nedenfor viser hvordan nivå for kunnskapsgrunnlag knyttes til gradering av anbefalingene.

- A** Trenger støtte i kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte, kontrollerte studier eller minst én randomisert, kontrollert studie av overveiende god kvalitet og konsistens. [Kunnskapsgrunnlag nivå 1a og 1b]
- B** Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier i forhold til den spesifikke anbefalingen. [Kunnskapsgrunnlag nivå 2a og 2b]
- C** Trenger støtte i flere godt utformede, ikke-eksperimentelle, beskrivende studier. [Kunnskapsgrunnlag nivå 3]
- D** Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte anvendbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. [Kunnskapsgrunnlag nivå 4]
- ✓ Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppen som har utviklet retningslinjen.



Genetisk veiledning

Rikshospitalet HF *Avdeling for medisinsk etikk*
0027 Oslo
Telefon 23 07 45 18
www.rikshospitalet.no

Haukeland sykehus/Helse Bergen HF *Avdeling for medisinsk genetikk*
5021 Bergen
Telefon 55 97 54 75
www.medgen.no

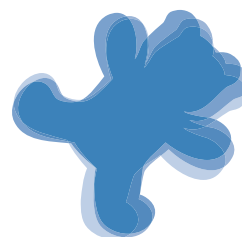
Ullevål universitetssykehus HF *Institutt for medisinsk genetikk*
Pb 1036 Blindern, 0317 Oslo
Telefon 22 11 98 60
www.ulleval.no

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF *Medisinsk genetisk avdeling*
9038 Tromsø
Telefon 77 64 54 10
www.rito.no

St. Olavs Hospital HF *Enhet for medisinsk genetikk*
O. Kyrresgate 17, 7006 Trondheim
Telefon 73 86 97 87
E-post: nsfm@st.olav.no

Informasjon om erkjennelse av farskap

Farskapet skal erkjennes på blankett IA 55-00.10 «Erkjennelse av farskap». Erkjennelsen sendes til lokalt folkeregister, der personen er bosatt.



Flyktninger og asylsøkere

Brosjyrene:

- *Allmennpraktikerens møte med flyktninger*
- *Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere*

Er tilgjengelig på: www.legeforeningen.no

Temaheftene:

- Psykisk helse hos flyktninger - vanlige reaksjoner og forebygging av psykiske problemer
- Kommunikasjon via tolk
- Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjeneste, rundskriv UDI 23/94,

Er tilgjengelig på UDI's nettside: www.udi.no

Veilederen:

- Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger
Bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet IS-1022
eller lastet ned fra www.shdir.no/publikasjoner
- NAKMI småskrifter 1/2005: Lokale helse- og sosialtjenester i de store byene har begynt å bruke såkalte naturlige hjelpere for å kommunisere bedre med minoritetsfamilier.
Bestilles via e-post: post@nakmi.no

Adresser for bestilling av publikasjoner og brosjyrer

Sosial- og helsedirektoratet *Trykksakekspedisjonen*

Pb 7000. Dep. 0130 Oslo
Telefon 24 16 33 68. Faks: 24 16 33 69
E-post: trykksak@shdir.no

Statens forvaltningstjeneste *Informasjonsforvaltning*

Pb 8169 Dep. 0034 Oslo
Telefon: 22 24 98 60. Faks: 22 24 27 86
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no

Arbeidstilsynets publikasjoner *Gyldendal Akademisk*

Pb 6730 St. Olavs plass. 0130 Oslo
Ordretelefon: 23 32 76 61. Faks: 23 32 76 98
E-post: kundeservice@gyldendal.no

Nasjonalt Folkehelseinstitutt *Publikasjonssenteret*

Pb 4404 Nydalen, 0403 Oslo
Faks 23 40 81 05
E-post: publikasjon@fhi.no

Referanser

Denne kortversjonen baseres i sin helhet på dokumentet *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, 2005, Sosial- og helsedirektoratet. I hoveddokumentet finnes en utførlig referanseliste.

Dokumentet «Retningslinjer for svangerskapsomsorgen» (IS-1179. ISBN 82-8081-067-6) kan bestilles fra:

Sosial- og helsedirektoratet

V/Trykksaksekspedisjonen

e-post:trykksak@shdir.no

eller lastes ned som pdf-fil fra:

www.shdir.no/publikasjoner