

Nye nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen

AV ATLE KLOVNING

1. Svangerskapsomsorgen er Norges største helseprogram

Svangerskapsomsorgen er det desidert største forebyggende helseprogrammet i Norge – 60 000 gravide tilbys 750 000 konsultasjoner årlig, og da er det spesielt viktig at vi tilbyr det som er nyttig og ikke tilbyr tiltak som er unyttige. Jeg har hatt gleden av å lede arbeidsgruppen som har ryddet på dette roteloftet bestående av omlag 100 ulike tiltak, og vil i denne artikkelen redegjøre for hovedtrekkene i de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen.

Til tross for omfanget av svangerskapsomsorgen er det aldri gjennomført en samlet gjennomgang av økonomiske, organisatoriske, etiske og eventuelt juridiske forhold knyttet til tjenesten. Teknologivurderinger er gjort både i Finland og Sverige på et tidligere tidspunkt. Mandatet til arbeidsgruppen ble avgrenset til å levere et oppdatert faglig grunnlag for svangerskapsomsorgen.

2. Hvordan utarbeide kunnskapsgraderte retningslinjer?

Helsekort for gravide (1984)

Arbeidsgruppen vurderte det til at helsekortet i nåværende utforming oppfordrer til altfor mange kontroller, unødig testbruk, unødvendige GU og SF-kurven ligger for lavt. Nytt helsekort må utarbeides, og baseres på de nye retningslinjene.

Krav til utarbeidelse av retningslinjer

Dagens retningslinjer må være kunnskapsgraderte, sikre brukermedvirkning og tverrfaglighet, bruke tydelig og tilgjengelig dokumentasjon, sikre fokus på praksis, implementering (som på bedre norsk skal betegnes iverksettelse), evaluering og oppdatering. Det var viktig at vi også utarbeidet en egen brukerversjon for gravide.

Om kunnskapsgraderte retningslinjer

Å skrive retningslinjer i dag, er en langt mer komplisert prosess enn tidligere tiders retningslinjearbeid. Helsetilsynet har utarbeidet «Retningslinjer for retningslinjer» (RR) for å kvalitetssikre denne prosessen. Det må først utarbeides kunnskapsoppsummeringer som så danner grunnlaget for å gradere anbefalingene. En kunnskapsoppsummering



Atle Klovning

(f. 1963), cand. med. 1989. For tiden halvtids førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB og halvtids fastlege for 1187 Olsvikinger i Bergen. Skrevet og undervist evidensbasert medisin siden 1997. Doktorgradsprosjekt underveis på bruk av Internetet som forskningsverktøy (www.cmwr.org), med urininkontinens som case. Leder av arbeidsgruppen som leverte forslag til nye nasjonale retningslinjer til Sosial- og helsedirektoratet januar 2004. Gynekologektefelle og tre stryke-musikanter på 9, 15 og 18 år. Gourmetkock og livsnyter når det er tid til overs.

innebærer at man formulerer en problemstilling, gjør systematiske søk i forhold til dette og så vurderer litteraturen på samme vis som i systematiske litteraturoversikter. Når man så har oppsummert dokumentasjonen, kan anbefalinger utarbeides. Disse skal deretter graderes for å vise dokumentasjonsnivået. Disse retningslinjene kan derfor betegnes som kunnskapsgraderte retningslinjer.

Forutsetninger for screening

En rekke formelle kriterier må være oppfylt for at et screeningprogram skal være hensiktsmessig. Wilson og Jungners kriterier regnes fortsatt som gyldige, og disse kan oppsummeres slik: – Tilstanden skal være vanlig og invaliderende, dens naturlige forløp skal være kjent, det skal være en identifiserbar latent eller presymptomatisk fase og det skal finnes en pålitelig, valid og reproducerbar screeningtest. Screeningtesten skal være akseptabel, uten risiko og enkel å utføre, ha en høy positiv prediktiv verdi, og kostnadene ved screeningprogrammet skal stå i et rimelig forhold til fordelene ved tidlig diagnose. Det skal finnes en effektiv og tilgjengelig behandling, helsevesenet skal ha kapasitet til å behandle tilfellene som identifiseres ved screeningprogrammet og det skal være enighet om hvem som skal tilbys behandling. Dersom et screeningprogram ikke oppfyller samtlige av disse kriteriene er det grunn til å stille spørsmål ved om det bør gjennomføres.

WHO's 10 prinsipper for svangerskapsomsorgen

WHO påpeker viktige verdier og prinsipper i den perinatale omsorgen, som vi har vektlagt i utarbeidelsen av ret-

ningslinjene: Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert, basert på formålstjenlig teknologi, desentralisert, kunnskapsbasert, tverrfaglig, helhetlig, familiesentrert, kulturtilpasset, involvere kvinnene i beslutningsprosesser og respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet.

Demedikalisering

Med medikalisering mener vi 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, og har vært et viktig mål for utarbeidelsen av retningslinjene.

Arbeidsgruppen

Sosial- og helsedirektoratet nedsatte i februar 2003 en arbeidsgruppe som leverte de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Medlemmene var professor Bjørn Backe (gynekolog), Ellen Blix (jordmor/MPH), klinikkssjef Britt Ingeborg Eide (jordmor), Synne Holan (jordmor/MPH), Mariann Mathiesen (fastlege), prosjektleder i SHdir Brit Roland (jordmor), og Johanne Aarseth (jordmor) og leder av arbeidsgruppen var Atle Klovning (førsteamanuensis/fastlege).

Arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppen skulle lage fokuserte, konkretiserte og strukturerte problemstillinger i forhold til dagens innhold i svangerskapsomsorgen, hvor disse dannet grunnlag for literatursøk for å finne relevante studier, først og fremst systematiske oversikter som skulle vurderes kritisk i forhold til gyldighet og generaliserbarhet. Den beste tilgjengelige kunnskap dannet grunnlaget for prioriteringer og valg arbeidsgruppen tok.

Målgruppen for arbeidet var primært fastleger og jordmødre, samt annet helsepersonell som arbeider med gravide, som f.eks. gynekologer, fysioterapeuter, helsesøstre m.fl. Retningslinjene vil forhåpentligvis også være nyttig for politikere, myndigheter og samfunnsplanleggere som er interessert i best mulig svangerskapsomsorg. Et eget informasjonshefte kalt «Til deg som er gravid – eller tenker å bli det» er laget for kvinner som planlegger graviditet, kvinner som er gravide, deres familie og publikum for øvrig med interesse for feltet.

Arbeidet med retningslinjene ble igangsatt og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, som på forhånd hadde utredet behovet for faglige retningslinjer, og utformet et mandat og mål for arbeidet. Det ble gjennomført en brukerkartlegging, og i tillegg ble ulike interessegrupper,

profesjoner, etater og brukerorganisasjoner invitert til å gi innspill til arbeidet i en tidlig fase, som f.eks. NSAM og APLF. Både brukerorganisasjoner og fagorganisasjoner benyttet anledningen til å gi verdifulle bidrag til arbeidet.

Sosial- og helsedirektoratet ba i sitt mandat arbeidsgruppen å utarbeide et forslag til kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på grunnlag av forskningsbasert kunnskap, profesjonsfaglig kunnskap, brukernes erfaringer og preferanser og samfunnsmessige vurderinger og prioriteringer. På denne bakgrunnen foretok arbeidsgruppen tilpasninger av NICE – retningslinjene til norske forhold, særlig på områdene: Arbeid i svangerskapet, sykefravær, forberedelse til amming, reiseforsikring, diagnostikk av kromosomavvik, trombocyttantistoffer, kosthold og ernærings-tilskudd i graviditeten.

Arbeidsgruppen vurderte veiledere, retningslinjer og systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer fra andre land, og oversikter over oversikter (OoO) som Clinical Evidence www.clinicalevidence.com og «A guide to effective care in pregnancy and childbirth» www.maternitywise.org. Vi fant omkring 100 ulike temaer som var aktuelle, og i tråd med RRs anbefalinger om å gå til eksisterende retningslinjer, tilpasset vi de britiske retningslinjene fra National Institute of Clinical Excellence (www.nice.org.uk) til norske forhold.

Arbeidsgruppens forslag har etterpå vært på intern høring i aktuelle avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet, som foretok presiseringer og justeringer i arbeidsgruppens forslag, før den endelige versjonen ble sendt på ekstern høring.

Milepæler i arbeidet med retningslinjene

- Febr 03 – januar 04: Utarbeidelse av høringsutgaven
- Mars 03: Brukerundersøkelsen: Hovedfunn: «Det gjøres en god jobb i dag»
- Jan 2004: Forslag til RL overlevert SHdir.
- Jan 04 – juni 04: Intern høring SHdir
- Juli 04 – 1. nov 04: Ekstern høring
- Bearbeidelse av høringsinnspillene
- Utgivelse vår 2005?

Oppdatering

Ansaret for oppdatering av innholdet i disse faglige retningslinjene er tillagt Sosial- og helsedirektoratet og er planlagt gjennomført hvert tredje til fjerde år. Underveis bør det være en kontinuerlig kvalitetssikring av innholdet, slik at det ved ny og avgjørende kunnskap skjer en fortløpende oppdatering av innholdet. Siste versjon skal være tilgjengelig på Sosial- og helsedirektoratets webside: www.shdir.no, eller mer presist på <http://www.shdir.no/index.db2?id=12265>.

3. Kunnskapskontroverser

Svangerskapsdiabetes

Hvordan håndterer vi motstridende funn? Såkalt «svangerskapsdiabetes» er et kontroversielt tema. Har vi to evidensbaserte tvisyn?

1. Vi skal ikke bry oss om at gravide lekker litt sukker i urinen (NICE 2003)
2. Vi skal oppdage og behandle svangerskapsdiabetes (NSAM 2005)

Screeningprogrammet for svangerskapsdiabetes oppfyller ikke grunnleggende screeningkriterier. Et problem er om man kan anvende de samme glukosegrensene for gravide og ikke-gravide. Det er blandet sammen begreper som incidens, assosiasjoner og kausalitet, og valget av utfall er viktig og må være pasientsentrerte. Skal utfallene være mortalitet eller andre perinatale surrogatutfall som makrosomi og skulderdystoci? Målet må være å redusere perinatale utfall som er viktige, og WHO har definert lav fødselsvekt < 2500 gram, preeklampsi og eklampsi, alvorlig anemi etter fødsel og urinveisinfeksjon som krevde behandling som de fire sentrale utfallene.

Problemet i dag er at det eksisterer mange ulike screeningmetoder, risikantscreening er ikke effektivt, screeningen fører til mye testbruk og det er ingen sammenheng mellom antall risikofaktorer og utfall. Universell screening fører til økt påvisning av sukrede svangerskap uten bedrete perinatale utfall. Nytteverdien av glukosuritestning er mildt sagt lav, gitt sensitivitet 7–46 prosent og spesifisitet 84–99 prosent. Det fører til at man finner mange falsk positive. Det er ikke dokumentert nytteverdi av tilfeldig blod-suktermåling, fastende blodsuktermåling, ulike former for glukosebelastning, eller hvilket trimester dette skal gjøres i. Om man så har påvist sukrede svangerskap, så mangler dokumentert nytteverdi



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

TABELL 1. Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Direktoratet har delvis valgt å benytte den samme nivåinndelingen eller graderingen som i retningslinjene fra Storbritannia. Nivåinndelingen er utformet på bakgrunn av kategorisering av kunnskapsgrunnlaget. Det finnes ulike systemer for å synliggjøre nivåinndelingen, hensikten her er å tydeliggjøre kvaliteten på forskningsgrunnlaget. Graderingen kan hjelpe brukere av retningslinjene til å finne ut hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn og i hvilken grad en kan stole på resultatene av studiene retningslinjene bygger på.

av diett aleine og diett og insulin kombinert. Videre mangler dokumentert nytte av intensivt blodsukkermonitorering-såkalt selvmåling. NSAM 2005 har valgt den tradisjonelle handlingsplanen, og SHdir har endret arbeidsgruppens forslag på dette punktet, ved at NSAM 2005 sine retningslinjer tas inn i stedet, inntil resultatene fra studiene ACHOIS (2004), n=1000 og HAPO (2004), n=25000 foreligger. Utfordringen for arbeidsgruppen var om vi skulle fortsette med dagens praksis eller ei – for å avklare dette er det bestilt en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Få konsultasjoner er OK

En systematisk oversikt (n=57418) sammenlignet WHO-modellen med få konsultasjoner med en standard modell med flere konsultasjoner [Kunnskapsgrunnlag nivå 1a]. De fire utfallsmålene var lav fødselsvekt < 2500 gram, pre-

eklampsi og eklampsi, alvorlig anemi etter fødsel og urinveisinfeksjon som krevde behandling. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom de to gruppene, og oversikten konkluderer med at en modell med færre svangerskapskontroller ikke påvirker viktige utfall hos mor og barn. Utfordringen vår er om vi kan overbevise helsepersonell og gravide om at færre kontroller er trygt.

4. Basisprogrammet for svangerskapsomsorgen

Det er viktig å identifisere kvinner som trenger ekstra oppfølging, og vi har forsøkt å avklare dette i retningslinjene. I basisprogrammet har vi utarbeidet forslag til det faglige innholdet i de anbefalte kontrollene, vektlagt det å sørge for adekvat informasjon til kvinnen/partner, vurdere anbefalte prøver og laget en oversikt over tiltak som ikke anbefales/ anbefales. Retningslinjene omfatter således kun opplegget for friske, normale gravide. Gravide kvinner med patolo-

TABELL 2. Anbefalinger

Utforming av anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet vil variere ut fra hvilke målgrupper og hvilket fagfelt anbefalingene er laget for. Anbefalingene graderes ut fra en helhetsvurdering av den forskningsbaserte kunnskapen, vurderinger foretatt av klinisk ekspertise på feltet, og vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold.*

Disse faglige retningslinjene har valgt [A] [B] [C] [D] etter retningslinjene fra Storbritannia. Tegnet √ viser til anbefalinger for praksis basert på kliniske erfaringer i den gruppen som har utviklet retningslinjene. [A] er den sterkeste anbefalingen, mens √ bare er basert på kliniske erfaringer. Styrken på anbefalingene avhenger av vurderingen av den forskningsbaserte kunnskapen.

A	Trenger støtte i minst en randomisert, kontrollert studie som en del av en samling litteratur/ publikasjoner av overveiende god kvalitet og konsistens i forhold til den spesifikke anbefalingen. [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 godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier i forhold til den spesifikke anbefalingen. [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 appliserbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. [Kunnskapsgrunnlag nivå 4]
√	Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppen som har utviklet retningslinjen

giske tilstander eller psykiske eller sosiale forhold kan ha behov for helsetjenester utover det som er beskrevet i retningslinjene, og det kan naturligvis også være tilstander som kan trenge hyppigere oppfølging enn det som beskrives i retningslinjene. Seleksjon av gravide til rett behandlingsnivå er en av svangerskapsomsorgens viktigste oppgaver, og der det er flere valgmuligheter, bør vi forsøke å gi kvinnen informasjon om hva hun kan forvente seg på de ulike stedene.

Avgrensninger

Temaer som den kliniske håndteringen av patologiske tilstander som overtidighet, seteleie, prematur fødsel og placenta praevia og gravide med ernæringsproblemer er for eksempel ikke tatt med i retningslinjene.

Tiltak som ikke anbefales som en del av rutineundersøkelsene i svangerskapet: Se oversikten over basisprogrammet.

Identifisere kvinner som kan trenge ekstra oppfølging:

Kvinner med følgende tilstander:

- ☐ Hypertensjon/hjertesykdom
- ☐ Nyresykdom
- ☐ Funksjonshemninger
- ☐ Epilepsi/nevrologisk lidelse
- ☐ Diabetes
- ☐ Endokrine lidelser
- ☐ Hematologiske forstyrrelser
- ☐ Autoimmun sykdom
- ☐ Kreft
- ☐ HIV
- ☐ Stoffmisbruk
- ☐ Andre sykdommer (vurderes)

Kvinner med noen av følgende tilstander:

- ☐ KMI (kroppsmasseindeks) over 35 eller under 18,5
- ☐ Tilhører utsatt/sårbar gruppe
- ☐ Tidligere keisersnitt
- ☐ Alvorlig preeklampi, HELLP eller eklampi
- ☐ Tre eller flere tidlige spontanaborter, tidligere prematur fødsel eller spontanabort i annet trimester
- ☐ Alvorlig psykisk lidelse
- ☐ Neonatalt dødsfall eller dødfødsel
- ☐ Tidligere barn med medfødt anomali
- ☐ Tidligere SGA eller LGA barn
- ☐ Arvelige tilstander i familien
- ☐ Omskårne kvinner
- ☐ Primærinfeksjon herpes genitales

Disse kvinnene vil kanskje ha behov for tilleggskonsultasjoner, og med et innhold som ligger utenfor omfanget av disse retningslinjene.

Det bør tilstrebes å oppnå kontinuitet (så få personer som mulig) i svangerskapsomsorgen.

uke 8–12

Innhold i konsultasjonene:

Ved første konsultasjon bør kvinnen få informasjon om:

- ☐ Svangerskapskontrollene
- ☐ Levevaner og kosthold
- ☐ Kvinner som røyker eller som nylig har sluttet bør støttes og tilbys røykeavvenningsopplegg
- ☐ Trygde- og tilretteleggingsordninger for gravide
- ☐ Muntlig informasjon bør støttes med tilbud om svangerskapskurs og skriftlig kunnskapsbasert informasjon
- ☐ Veiledning om anbefalte rutineundersøkelser
- ☐ Kvinnen bør forstå formålet med alle prøver og undersøkelser før hun gir sitt tilsagn til at de utføres
- ☐ Før svangerskapet og de første 12 ukene anbefales kvinner å ta folsyretilskudd (400 mikrogram daglig)
- ☐ Kvinnen bør oppbevare helsekortet selv
- ☐ Resultatene av alle prøvene, og prøvesvar påføres helsekortet og kvinnen skal være inneforstått med resultatene

Følgende prøver bør anbefales:

- ☐ Screening for anemi: ta hemoglobin på første kontroll og i uke 28. Dersom $Hb < 10,5$ på førstekontrollen, eller $Hb < 10,0$ i uke 28, kontrolleres ferritin
- ☐ Blodtyping, Rhesus-status, antistoffer, rubella immunitet, HIV, syfilisserologi
- ☐ Hepatitt B og C til utvalgte kvinner
- ☐ Urinprøve som screening for asymptomatisk bakteriuri bør kun anbefales kvinner som har hatt plager med gjentatte urinveisinfeksjoner
- ☐ Ultralyd i uke 17–19 for å vurdere gestasjonsalder, identifisere flerling, morkakens beliggenhet, og strukturelle anomalier
- ☐ Undersøkelser ved første kontroll bør inkludere måling av kroppsmasseindeks (KMI), proteinuri og blodtrykk
- ☐ Vurdering av risiko for sigdcelleanemi eller talassemi
- ☐ Klamydia hos kvinner < 25 år eller på indikasjon

Kvinnen/paret oppfordres til å fortelle om andre forhold som kan være viktig for svangerskapet, fødselen og barseltiden, som for eksempel tidligere ammeerfaring og fødsler.

Tiltak som ikke anbefales som en del av rutineundersøkelsene i svangerskapet: ☐ Gjentatte vektkontroller hos kvinner med normal KMI ☐ Hb-måling hver gang ☐ Brystundersøkelse ☐ Gynekologisk undersøkelse ☐ Screening for depresjon postpartum ved bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale ☐ Rutinemessig bruk av jerntilskudd ☐ Rutinemessig ferritin-prøver av kvinner uten anemi ☐ Screening for klamydia, Cytomegalovirus (CMV), hepatitt C, gruppe B-streptokokker (GBS), toksoplasmose ☐ Screening for svangerskapsdiabetes, inkl. bruk av urinstiks for glukose ☐ Screening for prematur fødsel ved vurdering av cervixlengde, ved UL eller vaginaleksplorasjon ☐ Telling av fosterbevegelser ☐ Rutinemessig CTG i svangerskap for kvinner med normal graviditet ☐ Rutinemessig UL etter 24 uker ☐ Rutinemessig dopplermåling av navlesnorsarterier for lavrisikogravide	18	Ultralydundersøkelse
	24	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden
	28	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Hb Rh-negative: Sjekk antistoffer og gi Anti-D Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden
	32	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Amming
	36	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kontroll av leie. Hvis mistanke om seteleie, henvis til ultralyd og vurdering av utvendig vending. Rh-negative: Ny antistoffkontroll for og eventuelt. 2. dose Anti-D Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden
	38	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie
	40	SF-høyde + BT + sjekk av proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie
	41	SF-høyde + BT + urinstiks for proteinuri Kjent liv/auskultasjon av fosterhertelyden Kontroll av leie Henvis til overtidsvurdering- induksjon etter 41 uker
Innholdet bør tolkes i tråd med de fullstendige retningslinjene for svangerskapsomsorgen og vurderes i forhold til den enkelte gravide		

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?
 Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Petter Brelin. Kontakt ham på brelin@c2i.net