
Når forløsning er eneste løsning, må bedre screening på plass

INVITERT KOMMENTAR

KJELL ÅSMUND BLIX SALVESEN

Kjell Åsmund Blix Salvesen er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emeritus ved NTNU. Han er medforfatter av kapittelet om hypertensive svangerskapskomplikasjoner i *Veileder i fødselshjelp*.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE CATHRINE STAFF

uxnnaf@ous-hf.no

Anne Cathrine Staff er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og forskningsleder ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Hun er hovedforfatter av kapittelet om hypertensive svangerskapskomplikasjoner i *Veileder i fødselshjelp*.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt studiestøtte fra Roche.

Innføringen av utvidet screening for preeklampsirisiko har latt vente på seg og er et eksempel på hvordan finansiering og organisering kan hindre forbedringer for gravide og nyfødte.

Preeklampsi tar årlig livet av minst 45 000 kvinner globalt [\(1\)](#), mens antall nyfødte som dør som følge av preeklampsi, trolig er en halv million. I Norge er imidlertid utviklingen gledelig. I 2024 var forekomsten av preeklampsi 3,1 % [\(2\)](#), og det har ikke forekommet mødredødsfall av tilstanden de siste 15 årene [\(3\)](#).

Ved etablert preeklampsi er det bare forløsning som kan stanse komplikasjonen og redde liv. I Norge forløses årlig vel 400 kvinner med preeklampsi før 37. svangerskapsuke, såkalt preterm preeklampsi. For tidlig fødsel kan gi alvorlige helseutfordringer for barna på både kort og lang sikt. Preeklampsi kan forebygges eller forsinkes hvis gravide med høy risiko for sykdommen identifiseres og foreskrives acetylsalisylsyre (4, 5), med oppstart rundt svangerskapsuke 11–14 (6, 7). Oppstart etter uke 16 er ikke anbefalt fordi dette ikke har vist forebyggende effekt.

«Ved etablert preeklampsi er det bare forløsning som kan stanse komplikasjonen og redde liv»

Dagens screeningprogram for preeklampsi i Norge er ikke optimalt. Kvinner screenes på bakgrunn av risikofaktorer som tidligere preeklampsi, førstegangsgaviditet, overvekt, alder over 40 år, flerlingsvangerskap, kronisk sykdom (hypertensjon, diabetes, nyresykdom, antifosfolipidsyndrom og lupus) og eggdonasjon, noe som identifiserer fire av ti med høy risiko (8).

En ny og bedre screeningmetode som inkluderer tre standardiserte tilleggsinformasjoner: aktuell blodtrykksmåling, blodgjennomstrømningen i livmorarteriene og blodnivå av et angiogenetisk protein (PlGF, *placenta growth factor*), detekterer risiko for preterm preeklampsi hos 75 % av dem som senere utvikler dette, og er anbefalt internasjonalt (7).

Beslutningsforum for nye metoder vurderte innføring av slik utvidet preeklampsiscreening i mars 2023. St. Olavs hospital fikk i oppdrag å gjøre en implementeringsstudie med fokus på ressursmessige og organisatoriske utfall. I studien ble 2 666 gravide undersøkt i uke 11–14. Studierapporten er nå til behandling hos Nye metoder (9). Én av ti studiedeltakere ble klassifisert med høy preeklampsirisiko og fikk resept på acetylsalisylsyre. Oppfølging i uke 24 viste at kvinnene tok medisinen som forskrevet (9).

Verdens preeklampsidag markeres 22. mai. Utvidet preeklampsiscreening oppfylder Verdens helseorganisasjons kriterier for screeningprogrammer og prioriteringskriteriene *nytte, ressursbruk og alvorlighet* vedtatt av Stortinget. Likevel nøler Beslutningsforum med å innføre utvidet screening for preeklampsi. Flere helseforetak rapporterer at screeningen blir krevende uten tilskudd av nye ressurser, ettersom utvidelsen stiller høyere krav til ultralydundersøkelsen som spesialutdannete jordmødre gjør av gravide i første trimester.

«Utvidet preeklampsiscreening oppfylder Verdens helseorganisasjons kriterier for screeningprogrammer og prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet vedtatt av Stortinget. Likevel nøler Beslutningsforum med å innføre utvidet screening for preeklampsi»

Folkehelseinstituttets helseøkonomiske analyse fra 2022 estimerte at 173 flere tilfeller av preterm preeklampsi kan unngås dersom utvidet screening innføres, sammenlignet med dagens praksis (10). Dette gir en sannsynlig besparelse på

17 millioner kroner per år, hovedsakelig fordi færre nyfødte trenger intensivbehandling. Analysen inkluderte ikke økonomiske og helsemessige langtidskonsekvenser av å bli født for tidlig på grunn av preeklampsi (10).

Kostnadene ved utvidet preeklampsiscreening vil belastes helseforetakene i form av ny blodprøveanalyse (PIGF) og økt tidsbruk ved ultralydundersøkelsen i uke 11–14. Besparelsene skjer i andre deler av helsetjenesten, som nyfødtintensivavdelinger og barnehabilitering, og i samfunnet for øvrig på grunn av færre langtidsrammede barn. Den største gevinsten ved utvidet screening mener vi likevel kommer kvinnen selv og hennes familie til gode, ved at omsorgsbyrden reduseres i tiden etter fødsel og resten av livet til de barna som overlever. Vi mener Norge bør ta seg råd til å tilby forebygging som sparer gravide, deres barn og samfunnet for store byrder.

LITTERATUR

1. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2025; 13: e626–34. [PubMed][CrossRef]
2. Thomsen LCV, Daltveot AK, Næss TP et al. Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024. Svangerskap og fødsler i Norge. <https://www.fhi.no/contentassets/b15e622b8bfd44aeb82b3eee744006c3/ar-srappport-for-medisinsk-fodselsregister-2024-rev.pdf> Lest 7.5.2026.
3. Sole KB, Staff AC, Räisänen S et al. Substantial decrease in preeclampsia prevalence and risk over two decades: A population-based study of 1,153,227 deliveries in Norway. *Pregnancy Hypertens* 2022; 28: 21–7. [PubMed][CrossRef]
4. Rolnik DL, Wright D, Poon LC et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med* 2017; 377: 613–22. [PubMed][CrossRef]
5. Bujold E, Rolnik DL, Poon L et al. Aspirin delays preeclampsia in women with chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 2025; 233: e91–3. [PubMed][CrossRef]
6. Staff A et al. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi. <https://metodebok.no/emne/K4U6nNQ3> Lest 7.5.2026.
7. Magee LA, Brown MA, Hall DR et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens* 2022; 27: 148–69. [PubMed][CrossRef]
8. O'Gorman N, Wright D, Poon LC et al. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 49: 756–60. [PubMed][CrossRef]

9. Salvesen KÅB. Implementering av screening for svangerskapsforgiftning med bruk av algoritme. Nye metoder (Sak 022-2023 ID2021 - 033).

Trondheim: St. Olavs, 2025. Tilgjengelig fra Helse Midt-Norge RHF eller forfatterne.

10. Sverre JM, Smedslund G, Stoinska-Schneider AK et al. Første trimester-screening for utvikling av preeklampsi med bruk av algoritme: En fullstendig metodevurdering.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/forste-trimester-screening-for-utvikling-av-preeklampsi-med-bruk-av-algoritme-rapport-2022.pdf> Lest 7.5.2026.

Publisert: 22. mai 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0306

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.