
Mer systematisk oppfølging etter fødsel

KRONIKK

INGERID BENTSEN

Ingerid Bentsen er medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ÅSA WALDUM

Åsa Waldum er ph.d., jordmor, enhetsleder og forsker ved Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MERYAM SUGULLE

Meryam Sugulle er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ATLE KLOVNING

Atle Klovning er spesialist i allmennmedisin, fastlege og førsteamanuensis II ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNETINE STAFF

uxnnaf@ous-hf.no

Annetine Staff er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, forskningsleder ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus og professor I ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er

kapittelansvarlig for «Hypertensive svangerskapskomplikasjoner» i *Veileder i fødselshjelp*.

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

*Ingerid Bentsen og Åsa Waldum har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Når en kvinne har hatt svangerskapskomplikasjoner som gir økt fare for senere hjerte- og karsykdom, svikter vi henne i oppfølgingen?

Kvinner med gjennomgåtte svangerskapskomplikasjoner, inkludert preeklampsi, svangerskapshypertensjon og svangerskapsdiabetes, har økt risiko for hjerte- og karsykdom, på gruppenivå. Likevel viser vår ferske nettbaserte spørreundersøkelse fra Norge at under halvparten av disse kvinnene tilbys relevant helseoppfølging etter fødsel. Hva innebærer den anbefalte primærforebyggende innsatsen etter slike svangerskapskomplikasjoner?

Kvinner som har hatt preeklampsi, svangerskapshypertensjon eller svangerskapsdiabetes, har en godt dokumentert epidemiologisk økt risiko for hjerte- og karsykdom resten av livet (1, 2). Derfor anbefaler både den norske *Veileder i fødselshjelp*, utgitt av Legeforeningen i samarbeid med Norsk gynekologisk forening (3, 4), og flere andre nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer (5–11) en systematisk primærforebyggende helseoppfølging av kvinner som har hatt slike svangerskapskomplikasjoner. Den norske retningslinjen anbefaler oppfølging i fastlegesystemet, med enkel avklaring av kardiovaskulær risikoprofil ved 3- og 12-månederskontroll etter fødselen samt generelle livsstilsråd i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Ved 12 måneder etter fødselen foreslås det at kvinnen sammen med sin fastlege legger en plan for fremtidig oppfølging av for eksempel blodtrykk, blodlipider, HbA1c, BMI, røyking og fysisk aktivitet (3, 4), tilpasset hennes risikoprofil. Likevel møter vi mange kvinner som aldri har fått høre at svangerskapskomplikasjonen deres kan betraktes som en gyllen mulighet til å ta tak i risikofaktorer for fremtidig hjerte- og karhelse.

«Den norske retningslinjen anbefaler oppfølging i fastlegesystemet, med enkel avklaring av kardiovaskulær risikoprofil ved 3- og 12-månederskontroll etter fødselen»

Faller mellom to stoler

Nylig publiserte vi funnene fra en nettbasert spørreundersøkelse fra Norge i 2024–25 (12). Nær 600 kvinner som opplyste at de hadde hatt hypertensive svangerskapskomplikasjoner og/eller svangerskapsdiabetes, deltok. Bare 36 % av disse rapporterte at de hadde fått noen form for forebyggende hjerte- og karoppfølging etterpå. Flere kvinner påpekte at ansvaret for oppfølgingen ofte faller mellom to stoler – spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og flere har selv måttet insistere på slik oppfølging.

Kommentarer fra kvinnene tydet på at for flere avvek sannsynligvis oppfølgingen etter svangerskapskomplikasjonene fra gjeldende retningslinjer – for eksempel fikk de kun helseoppfølging i neste svangerskap eller kun måling av HbA1c én gang etter svangerskapsdiabetes i stedet for årlig, slik det er anbefalt (4).

Vår publiserte studie bygger på selvrapporterte opplysninger etter en rekruttering via plakatooppslag på sykehus og sosiale medier (Facebook og medlemsinformasjon via brukerorganisasjoner) (12) og inkluderer derfor neppe et representativt utvalg av kvinner i Norge med slike svangerskapskomplikasjoner. Svarene gir likevel en tydelig pekepinn: Mange kvinner opplever at de ikke får oppfølging. Studien indikerer behov for en bedre organisering av oppfølgingstilbudet.

Bedre oppfølging de siste årene

Spørreundersøkelsen viste en lovende tidstrend. Andelen kvinner med gjennomgått hypertensive svangerskapskomplikasjoner og/eller svangerskapsdiabetes som oppga å ha fått primærforebyggende oppfølging, har nærmest doblet seg etter 2018 sammenlignet med før (44 % sammenlignet med 23 %) (12).

De norske anbefalingene om postpartumoppfølging etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner og svangerskapsdiabetes kom i *Veileder i fødselshjelp* utgitt i 2016. Økningen i andelen kvinner som rapporterer at de har fått informasjon og oppfølging, tyder på at anbefalingene når frem. Likevel virker det å være et betydelig sprik mellom det retningslinjene anbefaler og det kvinnene opplyser at skjer i praksis.

«Det virker å være et betydelig sprik mellom det retningslinjene anbefaler og det kvinnene opplyser at skjer i praksis»

Funnene samsvarer med tidligere studier. I en amerikansk studie ble bare 6 % av kvinner med hypertensjon i svangerskapet informert om økt risiko for senere hjerte- og karsykdom, til tross for klare anbefalinger (13). En annen amerikansk studie konkluderte med kunnskapshull hos helsepersonell når det gjelder kvinners langsiktige kardiovaskulære risiko etter

svangerskapskomplikasjoner (14). En kvalitativ studie gjennomført i Stavanger-regionen viste manglende helseoppfølging av kvinner etter svangerskapsdiabetes (15).

Hvorfor følges ikke anbefalingene?

At retningslinjer i veilederen i fødselshjelp (3, 4) ikke ser ut til å implementeres i praksis, kan ha flere årsaker. Kunnskapsmangel både i primær- og spesialisthelsetjenesten er en mulighet. Flere kvinner i vår studie etterlyste også bedre informasjonsflyt mellom tjenestenivåene. Siden svangerskapsoppfølging er delt mellom primærhelsetjenesten (både jordmor og fastlege) og spesialisthelsetjenesten (fødeavdelinger), kan ansvaret for hvem som skal informere og følge opp kvinnen, glippe mellom aktørene. Fastlegenes rolle er viktig i det primærforebyggende arbeidet, fordi de følger kvinner gjennom et langt livsløp. De kan tilby persontilpasset oppfølging og behandling basert på kvinnens individuelle risikoprofil og motivasjon for livsstilsendring. Dette står ikke i motsetning til at mange gravide i Norge nå følges av jordmor i et ukomplisert svangerskap, fordi jordmødre og fastleger i primærhelsetjenesten forutsettes å samhandle, spesielt der det utvikles en komplikasjon eller risikofaktorer med behov for medisinsk kompetanse.

«Siden svangerskapsoppfølging er delt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan ansvaret for hvem som skal informere og følge opp kvinnen, glippe mellom aktørene»

Fastleger har en stor mengde veiledere å forholde seg til. Rådene fra veilederen i fødselshjelp om oppfølging er de siste par årene kommet tydeligere frem i Norsk Elektronisk Legemiddelhåndbok, som benyttes av de fleste fastleger. Brosjyren fra Norsk gynekologisk forening med forslag til langtidsoppfølging etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner er tilgjengelig for pasienter og helsepersonell via HelseNorge (16). Svangerskapskomplikasjoner er i svært liten grad omtalt i nasjonale primærforebyggende retningslinjer for hjerte- og karsykdom (17). Her vises det til «egne retningslinjer», uten henvisning til det konkrete veilederkapittelet i fødselshjelp. Svangerskapshypertensjon eller svangerskapsdiabetes er ikke omtalt i Helsedirektoratets anbefaling, til tross for mye kunnskap om disse svangerskapskomplikasjonene (1, 2).

Rutinemessige lenker

Vi mener det er behov for bedre opplærings- og oppfølgingsrutiner samt et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å utnytte svangerskapet som en «stresstest» for kvinners hjerte- og karhelse. Vår studie (12) belyser hvordan muligheten til å benytte svangerskapsutfall som en tidlig screening for hjerte- og karhelse ikke benyttes hos alle kvinner i Norge i dag. Et

første enkelt steg i denne retningen er at epikriser fra fødeavdelinger til fastlege og helsestasjon rutinemessig inneholder lenker til dagens anbefalte oppfølging i primærhelsetjenesten (3, 4) samt at pasienter mottar faglig oppdatert pasientinformasjon (16, 18). Veilederen i fødselshjelp vil i 2026-utgaven inneholde konkrete forslag til epikrisefraser som kan bidra til bedre kommunikasjon mellom fødeavdeling, fastlege og pasient. Økt kunnskap og helsemestring blant kvinnene selv vil sannsynligvis være et viktig steg mot bedre oppfølging og optimalisering av modifiserbare risikofaktorer etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner og svangerskapsdiabetes.

«Veilederen i fødselshjelp vil i 2026-utgaven inneholde konkrete forslag til epikrisefraser som kan bidra til bedre kommunikasjon mellom fødeavdeling, fastlege og pasient»

Bruk av digitale hjelpemidler i det primærforbyggende arbeidet etter svangerskapskomplikasjoner er lite utprøvd (19). Noen studier tyder på at hjemmemonitorering forbedrer kontroll av blodtrykk etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner (20), men mer omfattende digitale oppfølgingsprogrammer er ikke testet. Ved Oslo universitetssykehus pågår det nå en randomisert kontrollert studie der en appbasert løsning (MumCare) tilbys kvinner etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner og svangerskapsdiabetes. Studien og apputviklingen er et samarbeid mellom gynekologer, jordmødre, brukergrupper, IT-eksperter, fastleger, kardiologer og sosiologer. Et endepunkt i denne randomiserte kontrollerte studien er om en slik persontilpasset «digital følgesvenn» vil øke andelen kvinner med slike svangerskapskomplikasjoner som får utført den anbefalte oppfølgingen hos fastlege ett år etter fødsel (21).

Mer persontilpasset

Vi mener at en systematisk postpartumoppfølging som kan individualiseres etter avklaring av risikofaktorer hos fastlege kan bidra til mer persontilpasset oppfølging og mer målrettet bruk av begrensede helseressurser. Tidlig diagnostikk av modifiserbare risikofaktorer (som hypertensjon, dyslipidemi, glukoseintoleranse/diabetes), livsstilsråd og eventuell intervensjon kan potensielt forsinke eller forhindre for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom. Godt primærforebyggende tilbud vil sannsynlig også redusere funksjonstap og bedre bevare livskvaliteten hos dem som overlever alvorlig kardiovaskulære hendelser som hjerneslag og annen tromboembolisk sykdom.

Vi synes det er på tide at Norge går foran med mer målrettet kvinnehelsestrategi for å forebygge hjerte- og karsykdom. Å benytte svangerskapsutfallet som en gylden mulighet til å forebygge hjerte- og karsykdom vil kunne føre til stor gevinst for kvinnen selv, hennes nærmeste og for samfunnets bruk av helseressurser.

LITTERATUR

1. Staff AC, Redman CW, Williams D et al. Pregnancy and Long-Term Maternal Cardiovascular Health: Progress Through Harmonization of Research Cohorts and Biobanks. *Hypertension* 2016; 67: 251–60. [PubMed][CrossRef]
2. Staff AC, Costa ML, Dechend R et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term maternal cardiovascular risk: Bridging epidemiological knowledge into personalized postpartum care and follow-up. *Pregnancy Hypertens* 2024; 36. doi: 10.1016/j.preghy.2024.101127. [PubMed][CrossRef]
3. Staff AC, Kvie A, Langesæter E et al. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi (2020). Norsk gynekologisk forening. [https://metodebok.no/emne/K4U6nNQ3/hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-eklampsi-\(2020\)/f%C3%B8dselshjelp-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/K4U6nNQ3/hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-eklampsi-(2020)/f%C3%B8dselshjelp-(ngf)) Lest 14.1.2026.
4. Friis CM, Roum EMS, Holm HO et al. Svangerskapsdiabetes (2020). Norsk gynekologisk forening. [https://metodebok.no/emne/gUetTSmM/svangerskapsdiabetes-\(2020\)/f%C3%B8dselshjelp-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/gUetTSmM/svangerskapsdiabetes-(2020)/f%C3%B8dselshjelp-(ngf)) Lest 9.1.2026.
5. Nguyen-Hoang L, Smith GN, Bergman L et al. FIGO pregnancy passport: A useful tool for women and their healthcare providers on health risks following pregnancy complications. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 162: 787–91. [PubMed][CrossRef]
6. Poon LC, Nguyen-Hoang L, Smith GN et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term cardiovascular health: FIGO Best Practice Advice. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 160 (Suppl 1): 22–34. [PubMed][CrossRef]
7. Sheiner E, Kapur A, Retnakaran R et al. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) Postpregnancy Initiative: Long-term Maternal Implications of Pregnancy Complications-Follow-up Considerations. *Int J Gynaecol Obstet* 2019; 147 (Suppl 1): 1–31. [PubMed][CrossRef]
8. 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]
9. Adam S, McIntyre HD, Tsoi KY et al. Pregnancy as an opportunity to prevent type 2 diabetes mellitus: FIGO Best Practice Advice. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 160 (Suppl 1): 56–67. [PubMed][CrossRef]

10. Brown MA, Magee LA, Kenny LC et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension* 2018; 72: 24–43. [PubMed][CrossRef]
11. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2021; 143: e902–16. [PubMed][CrossRef]
12. Bentsen I, Waldum Å, Sugulle M et al. Self-reported primary preventive follow-up of women's cardiovascular health after hypertensive pregnancy complications and gestational diabetes. *Pregnancy Hypertens* 2026; 44. doi: 10.1016/j.preghy.2026.101474. [PubMed][CrossRef]
13. Triebwasser JE, Janssen MK, Sehdev HM. Postpartum counseling in women with hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2021; 3. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100285. [PubMed][CrossRef]
14. Wilkins-Haug L, Celi A, Thomas A et al. Recognition by Women's Health Care Providers of Long-Term Cardiovascular Disease Risk After Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 1287–92. [PubMed][CrossRef]
15. Toft JH, Økland I, Risa CF. Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian primary health care: a qualitative study. *BJGP Open* 2022; 6. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0104. [PubMed][CrossRef]
16. Staff A, Kvie A, Langseter E et al. Preeklampsi. Pasientinformasjon fra Norsk Gynekologisk Forening. Den norske legeforening. https://www.legeforeningen.no/contentassets/b70eddf6781472db2478b210cbf6e2e/pasientinfo_norsk_preeklampsi.pdf Lest 7.5.2026.
17. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom> Lest 7.5.2026.
18. Staff A, Sugulle M, Fiskå BF et al. Svangerskapsdiabetes. Pasientinformasjon fra Norsk Gynekologisk Forening. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/60bb82666d3449428e4628eb84d99229/staff-a-et-al-veilederen-ngf-gdm-pasientbrosjyre-versjon-11-230614-netto.pdf> Lest 7.5.2026.
19. Fiskå BS, Pay ASD, Staff AC et al. Gestational diabetes mellitus, follow-up of future maternal risk of cardiovascular disease and the use of eHealth technologies-a scoping review. *Syst Rev* 2023; 12: 178. [PubMed][CrossRef]
20. Patel E, Bisson C, Suresh S et al. Systematic treatment and management of postpartum hypertension using remote patient monitoring. *Pregnancy*

Hypertens 2025; 39. doi: 10.1016/j.preghy.2024.101180. [PubMed]
[CrossRef]

21. MumCare: Mum's Cardiovascular Health for Life.

<https://clinicaltrials.gov/study/NCT05835596> Lest 7.5.2026.

Publisert: 22. mai 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0185

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.