

Fetma (BMI \geq 30)

Andelen överviktiga och gravida med fetma ökar successivt i Sverige. Idag har ca 15 procent av alla gravida ett BMI 30 eller mer. Många komplikationer som preeklampsi, graviditetshypertoni, graviditetsdiabetes, stora barn, intrauterin fosterdöd och trombosjukdomar ökar med vikten hos den gravida. Även vid förlossningen är risken för komplikationer större med t.ex. ökad risk för större blödning. Gravida med fetma förlöses oftare med kejsarsnitt fram för allt pga. ökad födelsevikt hos barnen.

Genom att hålla nere viktuppgången under graviditeten kan risken för framför allt preeklampsi, graviditetshypertoni och stora barn minska. Att erbjuda viktkontroll vid varje barnmorskebesök ger tillfälle att diskutera den gravidas mat och rörelsevanor. Viktökning för den gravida med fetma bör vara 5–9 kg enligt American Institute of Medicine. Viktnedgång under graviditeten hos gravida med fetma är inte farligt om den gravida mår bra och äter bra mat.

Handläggning

Utökade kontroller

- Erbjud 2–4 extra barnmorskebesök i början av graviditeten för motiverande samtal angående levnadsvanor.
- Informera den gravida om Sund Start på 1177.
- Vikt noteras vid varje besök, vägning på BMM
- Erbjud samtal med dietist för kostanamnes och rådgivning.
- Erbjud FaR, ev. bassängbad [Primärvårdsrehabilitering, bassängbad](#)
- Erbjud besök till fysioterapeut.
- Remittera för OGTT (oral glukos test) på alla gravida med BMI > 35 samt enligt riktlinjen för gestationsdiabetes i graviditetsvecka 24–28.
- Erbjud tidigt läkarbesök för vårdplanering och bedömning och om eventuell anestesibedömning behövs för kvinnor med uttalad fetma (\geq 35), kvinnor med fetma och interkurrent sjukdom eller tidigare komplicerad graviditet och förlossning.
- Tillväxtultraljud erbjuds i graviditetsvecka 32 vid svårighet att mäta SF mått och oftare vid graviditetskomplikationer.

Inför förlossningen och post partum är det bra att den gravida vet att:

- Vaginal förlossning rekommenderas. Kejsarsnitt innebär ökade risker för kvinnor med högt BMI som ex. sårruptur, infektioner och tromboser

- öppningsskedet kan gå långsammare hos gravida med fetma men att utdrivningsskedet inte påverkas och kan till och med vara kortare.
- Sfincterskador är mindre vanligt med högt BMI.
- Det kan ta längre tid att amningen kommer igång, fler med höga BMI har ”Late onset” dvs. att mjölken rinner till senare.
- Amningsstöd är extra viktigt då det är vanligare att kvinnor med högt BMI har amningsproblem och att amning minskar risken för typ 2 diabetes och fortsatt viktuppgång hos modern. Studier har också visat att barn som ammas har lägre risk att utveckla fetma.

Mat och fysisk aktivitet

Förutom en väl balanserad kost enligt tallriksmodellen med tre huvudmål, ska den gravida informeras om att äta bra mindre mellanmål, ex. en frukt. Under graviditeten finns ett ökat behov av flera näringsämnen som till exempel järn, folsyra, jod, D-vitamin och omega 3-fettsyror. Därför är det viktigt att äta näringsriktig mat under graviditeten.

[Stöd och verktyg](#)

Alla gravida rekommenderas att röra på sig minst 150 min/vecka med måttlig intensitet, en rask promenad, cykeltur, simning eller vattengymnastik är några exempel. Hänvisa till fysioterapeut för bedömning och eventuell behandling i bassäng, de flesta primärvårds rehab kan erbjuda bassängträning i grupp. Som ett alternativ eller komplement till vattengymnastik kan fysisk aktivitet på recept (FaR®) initieras av barnmorska eller fysioterapeut.

Den som är välmotiverad att ändra levnadsvanor kan föra mat och rörelsedagbok. Dagboken kan fungera som ett stöd med dagliga anteckningar om mat och rörelsevanor. Vid eventuellt besök till dietist ger dagboken värdefull information och en god överblick över mat och rörelsevanor den senaste veckan. Ett alternativ kan vara att fotografera måltiderna under dagen.

Fortsatt stöd efter förlossning

Vid efterkontrollen på Bmm vägs patienten och ett motiverande samtal bör hållas för att stödja fortsatt goda levnadsvanor. Informera om att viktnedgång bör ske successivt, max 1 kg/vecka och att kvinnan ska, om möjligt, inom ett år återta sin vikt före graviditeten för att bl.a. minska risk för komplikationer vid nästkommande graviditet.

[Se rekommendationer i Handlingsprogram övervikt och fetma 2016–2020, Vårdgivarguiden, SLL.](#)

Referenser

Lindholm ES, Norman M, Kilander CP, Altman D. Weight control program for obese pregnant women. *Acta ObstetGynecol Scand.* 2010;89(6):840-3.

Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2 pt 1):419-33.

Gaston A, Cramp A. Exercise during pregnancy: a review of patterns and determinants. *J Sci Med Sport.* 2011;14(4):299–305.

Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktine AL. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetrician/gynecologists should know. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009;21(6):521–6.

CMACE/RCOG Care of Women with Obesity in Pregnancy (Green-top Guideline No.72)
Published 22/11/2018

Regionalt vårdprogram Övervikt och Fetma

Risker med övervikt och fetma vid graviditet, Socialstyrelsen.se december 2019

Utfärdat av Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm

Datum: 2014-12-16

Reviderad: 2020-06-24

Gäller tills vidare.