

Råd om vägningsrutiner för gravida vid besök hos barnmorska – systematisk litteraturöversikt

Frågeställning

Finns det något tillvägagångssätt avseende vägningsrutiner vid besök hos barnmorska som ger bättre utfall för att motverka ohälsosam viktuppgång under graviditet?

Frågeställare

Nationell arbetsgrupp mödrahälsovård

Bakgrund

Enligt statistikmyndigheten SCB och Folkhälsomyndigheten har övervikt och obesitas ökat bland vuxna kvinnor i Sverige från 27 procent 1980–1981 till 54 procent 2024. Enbart obesitas har ökat från 5 till 16 procent under samma tidsperiod [1, 2]. Även Graviditetsregistret har sett en ökning av gravida som har en övervikt eller obesitas vid ingången av graviditeten från 38,4 procent år 2014 till 46,9 procent 2024. Regionala skillnader kan ses med ett intervall mellan 39–58,8 procent per region 2024 [3].

Med övervikt och obesitas ökar också risken för komplikationer, både för gravida och för barnet på kort och lång sikt. Under graviditeten finns ökad risk för missfall, blodpropp, graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning, högt blodtryck samt förtidig förlossning. Under förlossningen finns en ökad risk för stor blödning och kejsarsnitt. För barnet finns ökad risk för vissa missbildningar, perinatal sjuklighet och även en ökad risk för intrauterin fosterdöd [4-6].

Det finns internationella rekommendationer om en lämplig viktuppgång under graviditet som utgår från den gravidas Body Mass Index (BMI), där underviktiga och normalviktiga rekommenderas en större viktuppgång än gravida med övervikt eller obesitas [7].

I samband med att ett nytt basprogram för mödrahälsovård tas fram i Sverige har frågan uppkommit om hur ofta och på vilket sätt vägning bör göras vid besöken på mödravården. Regionerna arbetar idag olika med att stödja gravida till en lämplig viktuppgång under graviditet. Även antalet kontroller av vikten varierar stort mellan de olika regionerna.

Syftet med följande korta rapport är att genom en systematisk litteraturöversikt sammanställa tillgänglig forskning kring effekter av vägning vid olika många tillfällen med eller utan tillägg av rådgivning eller andra insatser på viktuppgång under graviditeten.

Frågeställningen definieras utifrån PICO (Population, Intervention, Jämförelse (Comparator), och Utfall (Outcome), enligt följande:

P = Gravida kvinnor som besöker mödravård

I = Strategier för vägning / antal vägningar på mödravården

C = Ingen fastställd strategi

O = Viktuppgång / Ohälsosam viktuppgång

Litteratursökning

Litteratursökningen genomfördes 2025-08-29 i de tre databaserna PubMed, CINAHL och Cochrane. Följande söksträng användes vid sökningen i PubMed:

```
((("maternal health services"[mesh] OR "prenatal care"[mesh] OR "maternal care"[tiab:~5] OR "maternal health service*"[tiab] OR "antenatal care"[tiab:~5] OR "prenatal care"[tiab:~5] OR "antepartum care"[tiab:~5] OR "prepartum care"[tiab:~5] OR "pregnancy care"[tiab:~5] OR "pregnant care"[tiab:~5])) AND ("Gestational Weight Gain"[mesh] OR "routine weigh*"[tiab] OR "regular weigh*"[tiab] OR weighing[tiab] OR "weight gain"[tiab] OR "weight change"[tiab] OR "weight measur*"[tiab])) AND ((meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR systematicreview[Filter]))
```

Avgränsning gjordes till studiedesignerna meta-analyser, systematiska översikter och randomiserade kontrollerade studier. För vissa termer i Mödrhälsövårdsblocket användes PubMeds NEAR-operator: "maternal care"[tiab:~5] som innebär att Maternal och Care ska förekomma inom 5 ord från varandra. Den fångar alltså till exempel maternal health care. Mindre justeringar av söksträngen gjordes för sökningarna i CINAHL och Cochrane.

Sökningarna gav totalt 784 träffar efter dubblettrensning. Efter granskning utifrån titlar gick 50 vidare till abstract-läsning. Fyrtiofyra artiklar exkluderades för att de inte överensstämde med PICO, och en metaanalys [8] exkluderades eftersom den inkluderade två studier varav endast en överensstämde med PICO och redan var inkluderad [9].

Sammanlagt inkluderades således fem publikationer [9-13] för fulltextgranskning och bedömning avseende risk för bias. Samtliga dessa bedömdes kunna accepteras då de alla hade måttlig risk för bias utifrån granskningsmallen RoB 2 [14], dvs Bedömning av risk för bias i randomiserade kontrollerade studier (RCT). Denna typ av intervention kan svårtligen blindas, vilket alltid innebär en viss risk för snedvridning.

Sammanfattning av studier

Totalt inkluderades fem randomiserade kontrollerade studier [9-13] som uppfyllde inklusionskriterierna utifrån uppställt PICO, se tabell 1 nedan.

Tabell 1. Sammanfattning av de fem inkluderade studierna

Studie	Deltagare	Intervention	Kontroll	Resultat avseende viktuppgång
Quinlivan et al 2011 [12] RCT Australien	132 gravida kvinnor med övervikt eller fetma	- Samma vårdgivare vid varje besök - Vägning vid varje besök - Kort kostrådgivning vid varje besök - Psykologisk värdering vid tecken på depression, oro, stress	Standardvård, antal besök eller vägningar ej specificerade	Mindre viktuppgång i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (7.0 vs 13.8 kg, $p < 0.0001$).
Daley et al 2015 [11] Feasibility-RCT England	76 kvinnor totalt, varav 33 med övervikt, graviditetsvecka 10-14	- Vägning vid varje antenatalt besök (oftast 8 gånger) - Personlig viktkurva - Mål för maximal viktuppgång mellan besök - Kort återkoppling om viktuppgång - Uppmuntran om egen vägning varje vecka	Standardvård, antal vägningar ej specificerade	Något färre kvinnor i interventionsgruppen överskred rekommenderad viktuppgång vid graviditetsvecka 38 (23.5% resp. 29.4%), och skillnaden var tydligare för dem med övervikt än för dem med normalvikt före graviditeten (37.5% resp. 53.5%). Inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende viktuppgång totalt eller per vecka.
Brownfoot et al 2016 [9] RCT Australien	782 friska kvinnor 18-45 år, graviditetsvecka ≤ 21	- Vägning vid varje antenatalt besök, i medeltal 5,6 gånger - Rådgivning om rekommenderad viktuppgång	Vägning vid inskrivning och v 36, i medeltal 1,8 gånger	Inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende viktuppgång eller andel med viktuppgång enligt rekommendationer.
Rönnerberg et al 2016 [13] RCT Sverige	445 kvinnor ≥ 18 år, BMI > 19 , graviditetsvecka ≤ 16	- Vägning vid varje antenatalt besök och vid inläggning på förlossning - Personlig viktkurva - Rådgivning om rekommenderad viktuppgång och träning	Vägning vid inskrivning, v 36 och vid inläggning på förlossning	Interventionsgruppen hade lägre viktuppgång ≤ 16 veckor efter förlossning (1.8 kg vs. 3.2 kg, $p = 0.016$) Efter 1 år kvarstod inte signifikant skillnad.
Daley et al 2019 [10] RCT England	656 kvinnor, graviditetsvecka 10-14	- Vägning vid varje antenatalt besök (oftast 8 gånger) - Personlig viktkurva - Mål för maximal viktuppgång mellan besök - Kort återkoppling om viktuppgång - Uppmuntran om egen vägning varje vecka	Standardvård, antal vägningar ej specificerade	Inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende viktuppgång.

Evidensgradering

Evidensgradering görs utifrån systemet GRADE [15], se tabell 2 nedan. Olika evidensgraderingar görs för de två olika populationerna alla gravida respektive gravida med övervikt eller fetma. När det gäller viktuppgång hos alla gravida så finns det begränsad tillförlitlighet (+++○) för att de specifika interventionerna inte gav några bestående skillnader i viktuppgång. Hos gravida med övervikt eller fetma förefaller de specifika interventionerna leda till mindre viktuppgång, men detta resultat har låg tillförlitlighet (++○○) till följd av få studier och deltagare.

Tabell 2. Bedömning av tillförlitlighet i vetenskapligt underlag utifrån GRADE

Utfallsmått	Antal individer respektive studier	Sammanvägt resultat	Tillförlitlighet i vetenskapligt underlag	Kommentarer
Viktuppgång - alla	1959 individer från 4 studier	Inga bestående skillnader i viktuppgång	+++○ Begränsad tillförlitlighet	Avdrag -1 för ej blindade studier
Viktuppgång – kvinnor med övervikt eller fetma	165 kvinnor, 2 studier	Mindre viktuppgång i interventionsgruppen	++○○ Låg tillförlitlighet	Avdrag görs för ej blindade studier (-1) och litet antal studerade (-1)

Diskussion

Denna litteraturöversikt motiverades av den ökande andelen gravida kvinnor med övervikt eller fetma, de ökade risker detta innebär för både kvinnan och barnet, och de skillnader som finns mellan regionerna vad gäller antalet vägningar och stöd för lämplig viktuppgång. De fem inkluderade studierna visade ingen skillnad i viktuppgång då interventioner med fler vägningar riktades till alla gravida kvinnor. Däremot påvisades effekt med mindre viktuppgång då insatserna riktades till kvinnor med övervikt eller fetma, vilka utgör en ökande andel av de gravida.

Relativt få studier med fokus på vägning hos vårdgivare kunde identifieras. I många av de studier som exkluderades utvärderades livsstilsinterventioner såsom kostrådgivning och fysisk träning utan vägning eller enbart med självvägning. I samtliga fem inkluderade randomiserade kontrollerade studier jämfördes ett högre antal vägningar kombinerat med rådgivning och stöd för lämplig viktuppgång, med standardvård. Att flera insatser utvärderades tillsammans gör det svårt att särskilja effekten av enbart fler vägningar, men de andra insatserna bestod huvudsakligen av information och råd som tar lite tid i anspråk och är en naturlig insats i samband med vägning.

Ingen hälsoekonomisk studie har identifierats, men potentiell kostnadseffektivitet kan diskuteras utifrån de inkluderade kliniska studierna. Vid avsaknad av effekt för extra vägningsrutiner riktat till alla gravida så innebär varje form av merkostnad för interventionen att det inte är kostnadseffektivt. Å andra sidan så bedöms extra vägningsrutiner inte leda till stora höga kostnader per deltagare, så

om de kan riktas till gravida kvinnor med övervikt eller fetma så torde de uppfattas som kostnadseffektiva.

Slutsats

De studier som ingår i denna systematiska litteraturöversikt påvisar ingen skillnad då interventioner med fler vägningar riktats till alla gravida kvinnor, men studierna som riktats till kvinnor med övervikt eller fetma påvisar effekt med mindre viktuppgång. Båda dessa resultat är osäkra till följd av brist på blindning i studierna samt litet underlag när det gäller övervikt.

Medverkande

Raymond Lenrick, Ann-Sofi Kammerlind, Maria Olsson, Annicka Johansson, Thomas Davidson

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten, Utveckling av BMI i Sverige 1980-2022. 2024.
2. SCB, Statistikdatabasen, www.statistikdatabasen.scb.se. 2025.
3. Skogsdal, Y., Conner, P., Elvander, C., Hed, C., Agelheim, M., Algovik, M., et al., Graviditetsregistrets årsrapport 2023 2024. 2025.
4. Catalano, P.M. and Shankar, K., Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*, 2017. 356: p. j1.
5. Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E.K., and Begley, C., Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*, 2015. 16(8): p. 621-38.
6. Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalan, C., Uauy, R., Herring, S., et al., Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2016. 4(12): p. 1025-1036.
7. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, *Weight Gain During Pregnancy - Reexamining the Guidelines*. 2009, Washington (DC) National Academies Press (US).
8. Fealy, S.M., Taylor, R.M., Foureur, M., Attia, J., Ebert, L., Bisquera, A., et al., Weighing as a stand-alone intervention does not reduce excessive gestational weight gain compared to routine antenatal care: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017. 17(1): p. 36.
9. Brownfoot, F.C., Davey, M.A., and Kornman, L., Routine weighing to reduce excessive antenatal weight gain: a randomised controlled trial. *BJOG*, 2016. 123(2): p. 254-61.
10. Daley, A., Jolly, K., Jebb, S.A., Roalfe, A., Mackillop, L., Lewis, A., et al., Effectiveness of a behavioural intervention involving regular weighing and feedback by community midwives within routine antenatal care to prevent

excessive gestational weight gain: POPS2 randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2019. 9(9): p. e030174.

11. Daley, A.J., Jolly, K., Jebb, S.A., Lewis, A.L., Clifford, S., Roalfe, A.K., et al., Feasibility and acceptability of regular weighing, setting weight gain limits and providing feedback by community midwives to prevent excess weight gain during pregnancy: randomised controlled trial and qualitative study. *BMC Obes*, 2015. 2: p. 35.
12. Quinlivan, J.A., Lam, L.T., and Fisher, J., A randomised trial of a four-step multidisciplinary approach to the antenatal care of obese pregnant women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2011. 51(2): p. 141-6.
13. Ronnberg, A., Hanson, U., Ostlund, I., and Nilsson, K., Effects on postpartum weight retention after antenatal lifestyle intervention - a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2016. 95(9): p. 999-1007.
14. Sterne, J.A.C., Savovic, J., Page, M.J., Elbers, R.G., Blencowe, N.S., Boutron, I., et al., RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 2019. 366: p. 14898.
15. Schunemann, H.J., Oxman, A.D., Brozek, J., Glasziou, P., Bossuyt, P., Chang, S., et al., GRADE: assessing the quality of evidence for diagnostic recommendations. *Evid Based Med*, 2008. 13(6): p. 162-3.