

Sköldkörtelvården under graviditet

– en rapport baserad på en undersökning
bland barnmorskor i mödrahälsovården
och en analys av regionala kunskapsstöd



Förord

Efter att ha fått ta del av stora skillnader i upplevelser av sköldkörtelvården under graviditet, bland våra medlemmar och andra med erfarenhet, ville vi undersöka situationen närmare. Vi bestämde oss för att genomföra en enkät bland barnmorskor inom mödrahälsovården i Sverige. Syftet var att få veta mer om hur sköldkörtelvården under graviditet fungerar i praktiken.

Frågorna i enkäten baserades på riktlinjerna "Tyreoideasjukdom i samband med graviditet". Riktlinjerna är framtagna av experter inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), tillsammans med Mödrahälsovårdsöverläkargruppen och Svenska Endokrinologföreningen (1). Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer 2025: graviditet, förlossning och tiden efter" innehåller rekommendationer om allmän screening för sköldkörtelsjukdom, som överensstämmer med rekommendationerna i SFOG:s riktlinjer (2).

Utöver enkäten har vi genomfört en analys av regionala kunskapsstöd – riktlinjer för sköldkörtelsjukdom vid graviditet samt basprogram – för att undersöka hur väl de överensstämmer med varandra, med riktlinjerna från SFOG och med Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är viktigt att betona att det inte är tvingande för regionerna att följa nationella riktlinjer och rekommendationer.

Vi ser en skillnad mellan regionernas olika kunskapsstöd, där alla inte är i enlighet med SFOG:s riktlinjer och Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vi ser även i enkätens resultat, en skillnad mellan och inom olika regioner. För att underlätta det livsviktiga arbete som alla barnmorskor och annan vårdpersonal genomför, är det väsentligt att välfungerande och uppdaterade riktlinjer finns på plats – riktlinjer som utgår ifrån vad som är visat att vara bäst och säkrast för den gravidas, fostrets och barnets hälsa. I nuläget är vården i Sverige inte jämlik. Vi konstaterar att personer, inte minst gravida, får olika vård beroende på var de bor eller söker sig.

Ett av Sköldkörtelförbundets viktigaste mål är att öka medvetenheten om vikten av korrekt diagnostik, behandling och uppföljning av sköldkörtelsjukdomar, inte minst under graviditet. Det handlar inte bara om att följa de evidensbaserade riktlinjer som finns, utan också om att öka kunskapen om sköldkörtelns betydelse för både moderns och barnets hälsa.

Anna Bergkvist, ordförande för Sköldkörtelförbundet

Innehåll

Rapporten i 5 punkter	4
Kort om sköldkörtelsjukdom under graviditet	6
Allmän screening	7
Känd hypotyreos före graviditet	9
Uppföljning av tyroxinbehandling	11
Råd om jod	12
Diskussion	13
7 förslag på åtgärder	16
Så gjordes undersökningarna	18
Referenser	19

Rapporten i 5 punkter

220 barnmorskor från 20 regioner har besvarat frågorna i enkäten, baserat på hur de gör i sin vardagspraktik och på sin nuvarande arbetsplats inom mödrahälsovården. Om det inte är de själva som utför det vi frågat om, har vi bett dem att svara efter bästa förmåga hur man gör på deras arbetsplats. Enkätundersökningen visar att:

1 Tre av fyra utför screening för sköldkörtelsjukdom tidigt under graviditeten. Hos var femte gravid sker screeningen för sent som rutin.

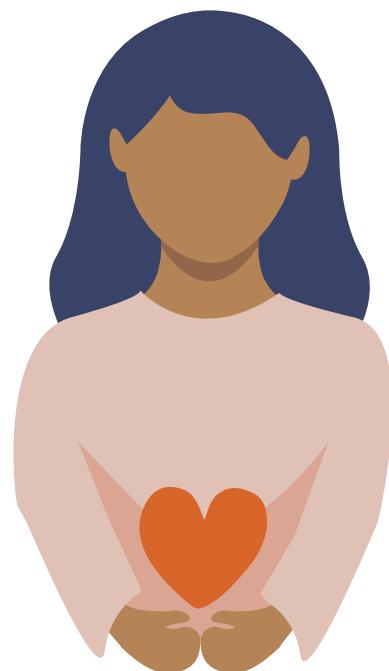
72 procent utför vanligtvis screening med sköldkörtelprovtagning hos gravida i vecka 5–8. Hos 19 procent sker screeningen vanligtvis först vecka 10–12 eller senare. Under de första 12 veckorna saknar fostret egen produktion av sköldkörtelhormon och är helt beroende av moderns sköldkörtelhormon fram till vecka 18–20. Därför är det viktigt att upptäcka och behandla sköldkörtelhormonbrist (hypotyreos) hos modern så tidigt som möjligt. Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen och från SFOG anger att allmän screening ska ske tidigt i graviditeten.

2 Hälften tar prov på både TSH och T4 i screeningen av gravida. Hälften tar endast TSH.

53 procent tar vanligtvis både TSH- och T4-prov, som är den screening som rekommenderas i nationella riktlinjer från Socialstyrelsen och SFOG. 45 procent tar vanligtvis enbart TSH-prov i screeningen. Genom att ta prov på både TSH (tyreoideastimulerande hormon) och T4 (tyroxin) kan man upptäcka det ovanliga tillståndet central hypotyreos, men även låga T4-värden hos den gravida som inte nödvändigtvis avspeglas med ett TSH-värde utanför referensområdet. Att det finns adekvata nivåer av sköldkörtelhormonet T4, det vill säga varken för lite eller för mycket, är viktigt både för modern, fostret och för graviditeten.

3 Var fjärde har varit med om att gravida slutat ta sin sköldkörtelmedicin.

23 procent har varit med om att kvinnor som medicinerar för underfunktion i sköldkörteln har slutat ta sin medicin på eget initiativ när de blivit gravida, till exempel av rädsla för att skada fostret. Under den första trimestern saknar fostret egen produktion av sköldkörtelhormon och är helt beroende av moderns sköldkörtelhormon fram till vecka 18–20. Sköldkörtelhormonbrist hos fostret kan få allvarliga konsekvenser, likaså hos den gravida.



4 En av fyra ger råd till gravida om att öka dosen av sköldkörtelmedicin vid första telefonsamtalet. Hälften ger inte råd om dosökning utan föregående provtagning.

27 procent ger råd om dosökning till gravida som redan medicineras för underfunktion i sköldkörteln, vid första telefonsamtalet. 12 procent ber den gravida kontakta behandlande läkare för doshöjning och uppföljning. 51 procent ger inte råd om dosökning utan föregående provtagning. Behovet av sköldkörtelhormon ökar under graviditet. SFOG rekommenderar att gravida som redan behandlas ökar veckodosen av sköldkörtelhormon (T4) från 7 till 9 ordinarie dygnsdoser så snart graviditeten konstaterats. Provtagning (TSH och T4) bör ske 3–4 veckor efter denna dosökning. Sköldkörtelhormonbrist hos fostret kan få allvarliga konsekvenser.

5 En av fyra ger råd om moderat salt. Över hälften ger aldrig sådana råd.

28 procent ger råd till alla gravida att använda jodsalt och gör det tidigt under graviditeten. 14 procent ger sådana råd ibland. 57 procent ger inte några specifika råd om jodsalt till gravida. Jodbrist hos foster eller gravida kan få allvarliga konsekvenser. Mild jodbrist är vanligt hos gravida kvinnor i Sverige och under en graviditet ökar jodbehovet. Därför är det viktigt att gravida ökar sitt jodintag.

Det är viktigt att betona att det inte är tvingande för regionerna att följa nationella riktlinjer och rekommendationer. Vår analys av regionala kunskapsstöd visar att det finns skillnader mellan dem och att de inte alltid överensstämmer med nationella riktlinjer.



Kort om sköldkörtelsjukdom under graviditet

Sköldkörtelhormon är avgörande för en normal graviditet och fostrets utveckling. Behovet av sköldkörtelhormon ökar med cirka 50 procent under graviditeten, och under första halvan av graviditeten är fostret helt beroende av moderns sköldkörtelhormoner, särskilt T4 (3).

Hypothyreos (underfunktion i sköldkörteln) förekommer i uppskattningsvis 4 procent av graviditeterna (0,5 procent overt- och 3,5 procent subklinisk hypothyreos) och hyperthyreos (överfunktion i sköldkörteln) i 2,4 procent av graviditeterna (0,6 procent overt- och 1,8 procent subklinisk hyperthyreos) (3). Den här rapportens fokus låg på hypothyreos då det är den diagnos som framförallt hanteras inom primärvården.

Obehandlad hypothyreos hos modern kan leda till komplikationer såsom för tidig födsel, missfall och påverkan på barnets neurokognitiva utveckling. Riskerna ökar med graden av hypothyreos (4). De flesta fall av hypothyreos under graviditet är kvinnor som behandlas för hypothyreos före graviditeten, men hypothyreos kan också uppstå/diagnostiseras under graviditeten.

Sköldkörtelsjukdomar är vanliga bland kvinnor i barnafödande ålder. Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel skrevs tyreoida-hormoner ut till 84 100 kvinnor i åldrarna 20–44 år i Sverige under 2024, vilket motsvarar 5,1 procent i gruppen.

Enligt Socialstyrelsens rapport *”Kvinnor med Sköldkörtelproblematik”* har andelen behandlade under senare år ökat mest bland unga kvinnor (20–40 år), där en fördubbling sågs under åren 2006–2017. En del av den rapporterade ökningen kan sannolikt kopplas till en ökad medvetenhet om sköldkörtelhormoners betydelse för en normal fosterutveckling, samt införandet av screeningprogram för att upptäcka sköldkörtelsjukdomar i samband med graviditet (5).

Behovet av sköldkörtelhormon ökar med cirka **50 %** under graviditeten.

Hypothyreos, underfunktion i sköldkörteln, förekommer i uppskattningsvis **4 %** av alla graviditeter.

Obehandlad hypothyreos hos modern kan leda till komplikationer såsom för tidig födsel, missfall och påverkan på barnets neurokognitiva utveckling.

Allmän screening

Alla gravida i Sverige ska i dag screenas för sköldkörtelsjukdom. Socialstyrelsens nationella basprogram för graviditetsövervakning anger att provtagning med TSH och T4 ska ske tidigt i graviditet – en rekommendation som är placerad före vecka 10–12 i tidslinjen (2).

Socialstyrelsen skriver i sitt kunskapsunderlag till de nationella riktlinjerna att *”Avvikande sköldkörtelfunktion kan påverka den gravida och fostret negativt. Genom att kontrollera mängden tyroideastimulerande hormon (TSH) och fritt tyroxin i tidig graviditet kan låg respektive hög ämnesomsättning upptäckas och behandlas, vilket främjar den gravidas och fostrets hälsa”* (6).

De nationella riktlinjerna överensstämmer med riktlinjerna från SFOG, som rekommenderar att *”provtagning med TSH och fritt T4 ska tas på alla gravida som basprogramspör vid första kontakt med BMM”* (1).

Tidpunkten för provtagning är viktig eftersom fostret inte har någon egen produktion av sköldkörtelhormon före vecka 12, och därmed är helt beroende av moderns sköldkörtelhormon, framför allt T4, fram till omkring vecka 18–20 (3). Ju tidigare en avvikelse upptäcks, desto snabbare kan behandling sättas in för att ge bästa möjliga förutsättningar för en normal fosterutveckling och minskad risk för graviditetskomplikationer.

Det är viktigt att prov på både TSH och T4 tas för att kunna upptäcka det ovanliga tillståndet central hypotyreos, vilket beror på bristande funktion i hypofys eller hypotalamus, men också låga eller förhöjda T4-värden som inte nödvändigtvis avspeglas med ett TSH-värde utanför referensintervallet. Att det finns adekvata nivåer av sköldkörtelhormonet T4, det vill säga varken för lite eller för mycket, är viktigt både för modern, fostret och för graviditeten.

Resultat från undersökningen

89 procent anger att gravida tillfrågas i vecka 5–8 om historik av, eller pågående behandling för, sköldkörtelsjukdom. 72 procent utför vanligtvis screening med sköldkörtelprovtagning hos gravida i vecka 5–8. Hos 19 procent sker screeningen vanligtvis först vecka 10–12 eller senare.

53 procent tar vanligtvis både TSH- och T4-prov, som är den screening som rekommenderas i nationella riktlinjer från Socialstyrelsen och SFOG. 45 procent tar vanligtvis enbart TSH-prov i screeningen.

72 %
utför vanligtvis
screening med
sköldkörtelprovtag-
ning i vecka 5–8.

45 %
tar vanligtvis
enbart TSH-prov
i screeningen.

19 %
utför vanligtvis
screeningen
först vecka 10–12
eller senare.

Styrkor

- 89 procent anger att gravida tillfrågas i vecka 5–8 om historik av, eller pågående behandling för, sköldkörtelsjukdom.
- 72 procent svarar att de vanligtvis genomför screening av gravida med sköldkörtelprovtagning i vecka 5–8.

Förbättringspotential

- 19 procent uppger att screeningen vanligtvis genomförs först i vecka 10–12 eller senare.
- 45 procent svarar att de vanligtvis enbart tar prov på TSH vid screening.

Analys av regionala kunskapsstöd

10 av 21 granskade basprogram anger att prov på TSH och T4 ska tas vid screeningen, i enlighet med gällande nationella riktlinjer. I de elva basprogram som anger att man bara tar TSH, skriver två regioner – Dalarna och Jönköpings län – i sina riktlinjer att de använder sig av så kallat "reflex-test", vilket innebär att laboratoriet analyserar T4 per automatik om TSH är avvikande.

När det gäller tidpunkt för screeningen anger 9 av 21 granskade basprogram att den sker före vecka 8. I Region Västra Götaland sker screeningen enligt basprogrammet i vecka 10–12. I Region Jönköpings län, Kalmar län och Östergötland sker screeningen enligt basprogrammet först i vecka 11–15. Sju regioner anger inte någon specifik tidpunkt för provtagningen.

- **9 av 21 granskade basprogram anger att screeningen sker före vecka 8.**
- **Region Västra Götaland genomför screeningen enligt basprogrammet i vecka 10–12.**
- **Region Jönköpings län, Kalmar län och Östergötland sker screeningen enligt basprogrammet först i vecka 11–15.**
- **7 regioner anger inte någon specifik tidpunkt för provtagningen.**



Känd hypotyreos före graviditet

Behovet av sköldkörtelhormon ökar redan från graviditetsvecka 5 och med cirka 50 procent under första halvan av graviditeten (3, 7). Fostret är helt beroende av sköldkörtelhormon från den gravida fram till omkring vecka 18-20. Därför bör kvinnor som behandlas för hypotyreos, i förebyggande syfte och på eget initiativ, höja dosen av sköldkörtelhormon (T4) så snart graviditeten är känd. Sköldkörtelhormonbrist hos fostret kan få allvarliga konsekvenser.

SFOG:s riktlinjer anger att "Patienter rekommenderas öka veckodosen tyroxin från 7 till 9 dygnsdoser så snart graviditeten konstaterats, vilket ofta äger rum innan inskrivning på BMM. Det är särskilt viktigt att denna dosökning sker hos kvinnor med bortopererad sköldkörtel." (1).

Resultat från undersökningen

En av fyra barnmorskor (27 procent) svarar att de ger råd om dosökning till gravida som medicinerar med sköldkörtelhormon vid första telefonsamtalet. 6 procent uppger att de ger råd om dosökning vid första besöket på mottagningen. 12 procent ber den gravida kontakta behandlande läkare för doshöjning och uppföljning. Hälften (51 procent) ger inte råd om att öka dosen utan föregående provtagning.

Hälften (49 procent) uppger att ingen av de gravida de mött själv höjt dosen T4 i början av graviditeten. 36 procent svarar att 5 procent eller färre höjt sin dos på eget initiativ. Var fjärde (23 procent) svarar att de varit med om att kvinnor har slutat medicinera med T4 på eget initiativ när det blivit gravida, till exempel av rädsla för att skada fostret.

Det finns tydliga regionala skillnader bland svaren. I vissa regioner svarar en klar majoritet att de ger råd om dosökning vid första telefonkontakt, i andra regioner är bilden den motsatta, där de allra flesta svarar att de inte ger råd om dosökning innan första provtagning. Vissa barnmorskor uppger att de känner till att detta står i riktlinjerna, men att de blir stoppade av läkare som är skeptiska till att den gravida själv justerar sin dos.

Förbättringspotential

- Hälften (51 procent) ger inte råd om dosökning utan föregående provtagning.
- En majoritet (85 procent) svarar att 5 procent eller färre av de gravida de mött höjt dosen T4 på eget initiativ i början av graviditeten.

27 % svarar att de ger råd om dosökning till gravida vid första telefonsamtalet.

6 % uppger att de ger råd om dosökning vid första besöket på mottagningen.

12 % ber den gravida kontakta behandlande läkare för doshöjning och uppföljning.

51 % – över hälften – ger inte råd om att öka dosen utan föregående provtagning.

Analys av regionala kunskapsstöd

14 av 18 tillgängliga riktlinjer rekommenderar dosökning vid konstaterad graviditet, i enlighet med SFOG:s riktlinjer.

Bra förebilder är Region Halland, Uppsala och Örebro län som särskilt noterar att rekommendation om dosökning ska ges vid första kontakt med mottagningen (till exempel i samband med telefonkontakt för bokning av tid).

Riktlinjerna från Region Gävleborg och Kronoberg saknar helt information om dosökning vid konstaterad graviditet. Region Stockholm anger att dosen ofta behöver ökas, men inte när, av vem eller med hur mycket. Region Dalarna och Skåne anger att dosökning ofta behövs tidigt i graviditet, men indikerar att det endast ska ske om provtagning visar på avvikelse.

- Region Halland, Uppsala och Örebro län noterar särskilt att rekommendation om dosökning ska ges vid första kontakt med mottagningen.
- Region Gävleborg och Kronoberg saknar helt information om dosökning vid konstaterad graviditet.



"De ska öka så snart de vet att de är gravida. Men vår läkare har inte velat att vi rekommenderar det."

Kommentar från barnmorska

"De ska enligt våra riktlinjer öka dosen när de blir gravida och sen ta prov, men vårdcentralen brukar sällan öka innan de tar prover. En del ökar inte alls."

Kommentar från barnmorska

Uppföljning av tyroxinbehandling

Regelbunden uppföljning av tyroxinbehandling är viktigt för att säkerställa adekvata nivåer av T4 under graviditeten. Tyroxinbrist hos fostret kan få allvarliga konsekvenser och SFOG rekommenderar provtagning på både TSH och T4 var 4–6:e vecka fram till vecka 25 (1). Samma rekommendation gäller för den som påbörjat sin behandling under graviditeten, som för gravida som redan får behandling.

Genom att ta bägge prover kan man upptäcka låga eller förhöjda T4-värden hos den gravida, som inte nödvändigtvis avspeglas med ett TSH-värde utanför referens. Internationella riktlinjer från American Thyroid Association rekommenderar förvisso uppföljning med endast TSH – men anger istället ett lägre behandlingsmål (under 2,5 mIU/L) än vad SFOG anger i sina riktlinjer (inom referensintervallet)(1, 8).

Resultat från undersökningen

En majoritet (71 procent) av barnmorskorna svarar att gravida som satts in på T4 följs upp med blodprover var 4–6:e vecka fram till vecka 25. Hos gravida som står på behandling sedan tidigare är motsvarande siffra 65 procent. I båda grupperna är det vanligt att man tar prover mer frekvent som rutin. I gruppen som redan får behandling är det även vanligt att ordinarie behandlande läkare sköter uppföljningen.

Drygt hälften, 58 procent, uppger att de tar prov på både TSH och T4. Hos gravida som står på behandling sedan tidigare är motsvarande siffra 59 procent. En av tre, 34 procent, provtar endast TSH vid uppföljningen. Hos gravida som redan får behandling är siffran 31 procent.

Styrkor

- En klar majoritet följer upp tyroxinbehandling enligt SFOG:s riktlinjer eller oftare.

Förbättringspotential

- En av tre tar endast TSH vid uppföljningen.

Analys av regionala kunskapsstöd

13 av 18 tillgängliga riktlinjer rekommenderar provtagning med TSH och T4 i enlighet med SFOG:s riktlinjer. Följande regioner rekommenderar endast provtagning med TSH: Halland, Skåne, Uppsala och Örebro. Region Kronoberg saknar uppgifter om vilka prover som tas vid uppföljning och hänvisar till att all behandling under graviditet sköts av endokrinolog.

71 %

svarar att gravida som satts in på T4 följs upp med blodprov var 4–6:e vecka till vecka 25.

65 %

är motsvarande siffra för gravida som står på tyroxinbehandling sedan tidigare.

58 %

tar prov på både TSH och T4. 34 %, tar endast TSH-prov vid uppföljningen.

Råd om jod

Jod är nödvändigt för produktionen av sköldkörtelhormoner och behovet ökar under graviditet (1). Jodbrist vid graviditet är allvarligt och kan störa utvecklingen av nervsystemet, den fysiska utvecklingen och leda till psykiska utvecklingsstörningar hos fostret (9). Forskning visar att även mild jodbrist hos den gravida skulle kunna påverka fostret negativt. Studier på gravida kvinnor i Sverige visar på mild jodbrist, vilket indikerar att jodintaget är otillräckligt och flera studier pågår (10).

SFOG anger att "Gravida kvinnor ska använda joderat salt. Jodbehovet är ökat under graviditet och intaget av jod bör vara högre än de 150 ug/dag som rekommenderas för icke-gravida. Gravida föreslås därför inta 175–250 ug/dygn. Vid misstanke om bristfällig nutrition bör ett kosttillskott av jod på 150 ug/dag övervägas. Multivitaminpreparat för gravida innehåller ofta jodtillskott" (1).

Resultat från undersökningen

I enkäten svarar 28 procent av barnmorskorna att de ger råd till alla gravida att använda joderat salt, och gör det tidigt under graviditeten. 14 procent gör det ibland. 6 procent uppger att de rekommenderar jodtillskott till gravida som riskerar att få i sig för lite jod via kosten.

Förbättringspotential

- Över hälften (57 procent) ger inte några specifika råd om joderat salt till gravida.
- En majoritet (79 procent) ger inte råd om kosttillskott till gravida som riskerar att få i sig för lite jod via kosten.

Analys av regionala kunskapsstöd

Vår genomgång av tillgängliga regionala kunskapsstöd visar att 17 av 18 regionala riktlinjer innehåller rekommendationer om joderat salt till gravida. Specifika råd om jod tas däremot inte upp i något av de regionala basprogrammen.



Region Västmanland är ett föredöme då flera barnmorskor därifrån svarar att de brukar rekommendera jodsalt.

"Jag tror att det glöms bort att säga att gravida rekommenderas salt med jod."

Kommentar från barnmorska

Diskussion

I den här undersökningen fokuserar vi på frågeställningar som berör barnmorskans arbete inom mödrahälsovården. Barnmorskan har en viktig roll och har ofta första kontakten med den gravida. När det gäller sköldkörtelsjukdomar under graviditet är tidiga insatser avgörande, både när det gäller screening och för att säkerställa adekvata nivåer av sköldkörtelhormon hos modern. Därför är det viktigt med strukturerade och heltäckande kunskapsstöd där insatser, rekommendationer och ansvarsfördelning mellan olika professioner är tydlig.

Ansvarsfördelningen mellan olika professioner, vem som gör vad, är något som skiljer sig mellan regioner. Ett tydligt exempel på detta är råd om doshöjning vid konstaterad graviditet. Ansvaret för ordination och dosförändring är alltid i grunden läkarens, men flera regioner har löst det så att barnmorskor har möjlighet att göra det. Ibland verkar det vara oklart vem som ska göra vad. Vi hade inga specifika frågor kring samarbetet mellan barnmorskor och behandlande läkare i primärvården, men kunde utifrån svaren se behov av förbättrat samarbete.

Sverige är ett av flera länder som infört allmän screening för sköldkörtelsjukdom hos gravida. SFOG:s riktlinjer om screening publicerades 2017 och befastes 2023 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter (senast uppdaterad i mars 2025)(1,2). Allmän screening är kostnadseffektiv och upptäcker dubbelt så många fall av sköldkörtelsjukdomar jämfört med riktad screening baserad på riskfaktorer, som tidigare användes i Sverige (11).

Tidpunkten för provtagning är viktig eftersom fostret är helt beroende av moderns sköldkörtelhormon, framför allt T4, fram till omkring vecka 18-20 (3). Ju tidigare en avvikelse upptäcks, desto snabbare kan behandling sättas in för att ge bästa möjliga förutsättningar för en normal fosterutveckling och minskad risk för graviditetskomplikationer, så som missfall och prematur födsel.

I Graviditetsregistrets Årsrapport 2023 uppgav alla regioner att man kontrollerade TSH tidigt i graviditet (12). I 16 regioner kontrollerades TSH i samband med det första inskrivningsbesöket, medan fyra regioner hade olika riktlinjer i olika områden, där TSH kontrollerades vid det första eller andra inskrivningsbesöket. En region kontrollerade TSH vid andra inskrivningsbesöket.

Majoriteten av de som behandlas för hypotyreos före graviditet behöver höja T4-dosen under graviditeten. Behovet av sköldkörtelhormon ökar med cirka 50 procent under första halvan av graviditeten och så tidigt som graviditetsvecka 5 (7). Riktlinjerna från SFOG är tydliga - en ökning från 7 till 9 dygnsdoser per vecka rekommenderas så snart graviditeten konstateras, vilket ofta sker innan inskrivningen på mottagningen (1).

”Vad är mitt och vad är läkarens ansvar?”

Kommentar från barnmorska

Det är oroväckande att en majoritet (85 procent) av barnmorskorna i vår undersökning svarar att 5 procent eller färre av de gravida de mött höjt dosen av T4 på eget initiativ i början av graviditeten.

1177.se anger i sin information till patienter att "Vid graviditet behöver dosen av sköldkörtelhormon ökas för att efterlikna det som händer i kroppen vid en graviditet. Prata därför med din läkare om du planerar att bli gravid så att du vet hur du ska göra och att dina hormonnivåer är välinställda. Om du upptäcker att du är gravid bör du själv öka dosen av levotyroxin med två dygnsdoser per vecka, utspritt över veckans dagar." (13).

Vår erfarenhet är att detta är något som många kvinnor som behandlas för hypotyreos inte känner till. Det är viktigt att kvinnor i fertil ålder som behandlas för hypotyreos får den informationen, till exempel av behandlande läkare. Den bör ges både muntligt samt skriftligt och informera om vikten av att justera dosen av T4 vid graviditet, liksom att det är en fördel att kontrollera sina värden redan inför en planerad graviditet.

Det är vidare mycket viktigt att kvinnor som redan behandlas för hypotyreos inte avbryter sin behandling vid en graviditet. En norsk undersökning visade att 13 procent av gravida kvinnor slutat ta sin sköldkörtelmedicin i början av graviditeten (14). Samband med obehandlad psykisk ohälsa (till exempel depression och ångest) samt bristande följsamhet till rekommenderade kosttillskott (till exempel folsyra) ökade risken markant. Studien betonar vikten av att identifiera kvinnor som riskerar att avbryta sin behandling och att sjukvårdspersonal bör vara medvetna om dessa riskfaktorer för att kunna ge bättre rådgivning och stöd under graviditeten.

Många mottagningar har börjat använda sig av digitala bokningar, vilket innebär att den gravida själv bokar in sig på sitt första besök och får därmed inte någon direktkontakt vid bokningstillfället där muntlig information kan ges.

Regionerna bör ha rutiner för att fånga upp de kvinnor som inte kommer till första hälsosamtalet, så att de ändå erbjuds screening med sköldkörtelprover, råd om dosökning samt uppföljning i de fall kvinnan behandlas med T4 före graviditeten. Vi ser även en trend mot ökade digitala vårdkontakter. Enligt Graviditetsregistrets årsrapport 2023 erbjöd nästan hälften av mottagningarna digitala vårdkontakter till gravida (11). Med den utvecklingen blir det särskilt viktigt att säkerställa hur provtagningar genomförs och information delges i rätt tid.

"Det finns generellt för dålig kunskap kring sköldkörtelsjukdom. Patienten får begränsad information av läkare om sjukdomen, behandlingen och uppföljningen."

Kommentar från barnmorska

"Många gravida vill inte eller kommer inte till hälsosamtalet. Det vill säga det besök som bokas in så snart som möjligt efter den gravida tagit kontakt. Omföderskor går väldigt sällan på ett hälsosamtal. Många gravida hör inte av sig förrän runt graviditetsvecka 10."

Kommentar från barnmorska

I förberedelserna av den här undersökningen samt i en del av resultatet, framkom det en osäkerhet kring vem som gör vad i vårdkedjan. Vi kunde exempelvis höra från överläkares håll att barnmorskor antagligen inte kan svara på dessa frågor, medan barnmorskor i pilot-testningen av enkäten ansåg att frågorna var relevanta för dem som yrkesgrupp. Samtidigt är riktlinjerna framtagna av överläkare och specialistläkare och det tåls att fundera på om inte barnmorskorna själva bör bli mer delaktiga i framtagandet av riktlinjer som rör deras arbetssituation.

Resultaten i vår undersökning visar på en ojämlik vård där gravida med sköldkörtelsjukdom hanteras olika beroende på var de bor eller söker sig. Det är variation i vilka undersökningar som utförs och när, samt vilka justeringar i behandlingen som görs och när. Det finns även en osäkerhet hos barnmorskorna kring deras roll i sköldkörtelvården. Det innebär en risk att den gravida faller mellan stolarna om vårdpersonalen inte har klart för sig vem som gör vad. Även om många mottagningar har goda rutiner kring vad som är barnmorskans uppgift och vad som är läkarens uppgift, så behöver detta vara klart och tydligt på alla mottagningar i hela landet.

Barnmorskorna svarar att de främst följer regionala vårdrutiner. Barnmorskorna gör således helt rätt, ett stort problem är dock att dessa vårdrutiner inte alltid speglar riktlinjerna från SFOG eller Socialstyrelsens nationella riktlinjer – riktlinjer som utgår ifrån vad som är visat att vara bäst och säkrast för den gravidas, fostrets och barnets hälsa. Flera svarar i fritext att de önskar att alla ska följa en och samma riktlinje. Samtidigt svarar andra att de är nöjda med riktlinjerna.

Även om vi vill argumentera för att sköldkörtelfunktionen är bland det viktigaste att optimera vid en graviditet, så är listan på diagnoser och tillstånd som en barnmorska ska ha koll på väldigt lång. Det i kombination med att arbetsförhållandena inte alltid är optimala stärker behovet av att tydliga och välfungerande riktlinjer finns på plats.

"Alla följer inte samma riktlinjer och då kan det bli olika behandling från person till person beroende på vilken ansvarig läkare patienten har."

Kommentar från barnmorska

"Vi har bra och tydliga riktlinjer."

Kommentar från barnmorska

"Svårt att få en överblick om en gravid har mer än en diagnos."

Kommentar från barnmorska

7 förslag på åtgärder

1 Riktlinjer om screening för sköldkörtelsjukdom hos gravida i vecka 5–8, i alla Sveriges regioner.

De regioner som i sina basprogram och/eller riktlinjer anger att screening för sköldkörtelsjukdom hos gravida bör ske i vecka 10–12 eller i vecka 11–15, behöver skyndsamt ändra detta till vecka 5–8. Läs om varför detta är viktigt samt hitta referenser i avsnittet "Allmän screening". SFOG och Socialstyrelsen behöver i sina riktlinjer förtydliga vad de menar med "tidigt i graviditeten" och tydliggöra varför det är viktigt att ta prover tidigt.

2 Riktlinjer om screening för sköldkörtelsjukdom hos gravida med provtagning på både TSH och T4, i alla Sveriges regioner.

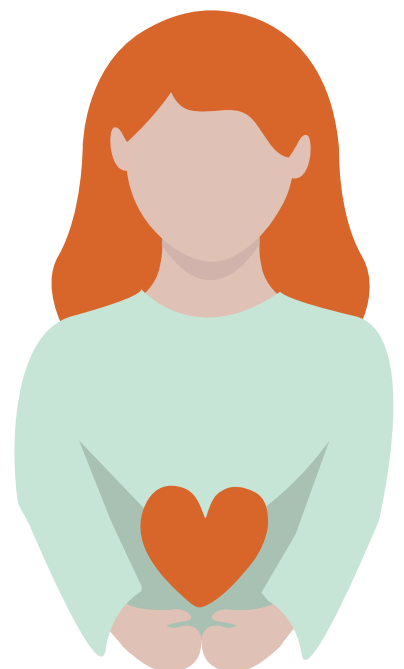
De regioner som i sina basprogram och/eller riktlinjer anger att screening för sköldkörtelsjukdom hos gravida sker med endast TSH-prov eller "reflex-test", behöver skyndsamt ändra detta till TSH och T4. Läs om varför detta är viktigt samt hitta referenser i avsnittet "Allmän screening". SFOG och Socialstyrelsen behöver i sina riktlinjer tydliggöra varför det är viktigt med provtagning på både TSH och T4.

3 Riktlinjer om att redan vid första telefonsamtalet ge råd till gravida som står på tyroxinbehandling att öka sin dos, i alla Sveriges regioner.

De regioner som i sina basprogram och/eller riktlinjer anger att dosökning hos gravida som redan behandlas för underfunktion i sköldkörteln ska ske först efter provtagning som visar avvikande värden, eller senare än vid första telefonsamtalet, behöver skyndsamt ändra på detta. Läs om varför detta är viktigt samt hitta referenser i avsnittet "Känd hypotyreoos före graviditet". SFOG behöver tydliggöra varför det är viktigt att öka dosen av T4 redan vid konstaterad graviditet.

4 Specifik patientinformation till kvinnor i barnafödande ålder som behandlas för underfunktion i sköldkörteln, i alla Sveriges regioner.

De regioner som inte ger specifik patientinformation till kvinnor i barnafödande ålder som behandlas för underfunktion i sköldkörteln, till exempel om vikten av att på eget initiativ öka sin dos av T4 från 7 till 9 dygnsdoser/vecka så snart graviditeten är känd, behöver skyndsamt ändra på detta. Informationen bör förmedlas både muntligt och skriftligt, och vara återkommande under åren då graviditet kan vara aktuellt. Läs om varför detta är viktigt samt hitta referenser i avsnittet "Uppföljning av tyroxinbehandling". SFOG behöver tydliggöra varför det är viktigt med specifik patientinformation.



Socialstyrelsen bör ta fram skriftlig patientinformation till kvinnor i barnafödande ålder som behandlas för underfunktion i sköldkörteln, om vad som är viktigt vid en eventuell graviditet, samt ge riktlinjer kring hur patientinformationen regelbundet ska nå målgruppen

5 Riktlinjer om joderat salt till gravida, i alla Sveriges regioner.

De regioner som i sina basprogram och/eller riktlinjer inte anger att joderat salt ska rekommenderas till alla gravida, behöver skyndsamt ändra på detta. Läs om varför detta är viktigt samt hitta referenser i avsnittet "Råd om jod". SFOG behöver tydliggöra att det är viktigt att rekommendera jodsalt.

6 En jämlik vård för alla gravida, i alla Sveriges regioner.

Revidera och uppdatera regionala riktlinjer och basprogram i enlighet med SFOG:s riktlinjer, så att de blir enhetliga när det handlar om vad som är säkrast för moderns, fostrets och barnets hälsa. Vilken region man tillhör ska inte påverka utfallet för graviditetskomplikationer, missfall eller barnets samt moderns framtida hälsa.

7 Utvecklade och aktuella kunskapsstöd i framkant.

SFOG:s riktlinjer bör, som de själva skriver, revideras minst vart annat år. Kommande revidering bör göras i samklang med de nya internationella riktlinjerna från American Thyroid Association som väntas komma hösten 2025. Socialstyrelsen bör utveckla sina rekommendationer kring sköldkörtelvård i samband med graviditet, som idag enbart omfattar screening.

För att säkerställa jämlik och evidensbaserad vård före, under och efter graviditet behöver Sveriges Kommuner och Regioner skyndsamt ta fram ett nationellt vårdprogram för hypotyreos, där graviditet ingår. Vidare bör implementeringen av det nationella vårdprogrammet för hypertyreos prioriteras i regionerna.



Så gjordes undersökningarna

Enkäten

Vi har utfört en digital enkätundersökning bland barnmorskor inom mödrahälsovården. Enkäten pilottestades med fyra yrkesverksamma och var öppen för datainsamling från den 26 november 2024 till den 31 januari 2025. 220 barnmorskor från alla Sveriges regioner utom Gotland svarade på enkäten, det var en stor variation i antal år i yrket hos de som svarade. Undersökningen analyserades i februari 2025.

Datainsamling för enkäten skedde via:

- Barnmorskeförbundet och Vårdförbundets barnmorskenätverk (hemsida/sociala medier/nyhetsbrev)
- Regioners samordningsbarnmorskor
- Privata barnmorskemottagningar
- Barnmorskor med många följare på Instagram

Regionala kunskapsstöd

Offentligt tillgängliga basprogram och riktlinjer för sköldkörtelsjukdom i samband med graviditet hämtades i förekommande fall från regionernas webbplatser. Övriga regioner kontaktades via e-post under november 2024 med en förfrågan om att dela motsvarande kunskapsstöd. Basprogram från samtliga 21 regioner samt 18 regionala riktlinjer analyserades med avseende på de frågeställningar som ingick i enkäten. Saknade riktlinjer var från Region Kalmar (lämnades inte ut med hänvisning till att de är under uppdatering), Sörmland och Östergötland (ej svarat).

Brister och styrkor med enkätundersökningen

En brist med vår enkätundersökning är att vi inte har en jämn fördelning av respondenter mellan regionerna. Vi kan inte heller garantera att varje respondent endast har besvarat enkäten en gång.

Enligt en rapport från Nationella vårdkompetensrådet med statistik från Statistikmyndigheten SCB, fanns det 6 900 personer med barnmorskeexamen som var yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården år 2020 (15). Av dessa arbetade 24 procent inom primärvården där mödrahälsovården ingår. Det innebär att vår enkätundersökning har besvarats av 13 procent av Sveriges yrkesverksamma barnmorskor inom primärvården. Detta, samt att vi har respondenter från 20 av 21 regioner med en stor variation i antal år i yrket, ser vi som styrkor.

Referenser

1. Tyreoideasjukdom i samband med graviditet, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2017, senast justerad 2019)
2. Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter, Socialstyrelsen (2025)
3. Assessment and treatment of thyroid disorders in pregnancy and the postpartum period, Nat Rev Endocrinol (2022)
4. Levothyroxine supplementation trials in preconception and pregnant women, Eur J Endocrinol (2025)
5. Kvinnor med sköldkörtelproblematik, Socialstyrelsen (2018)
6. Nationella riktlinjer 2025: Bilaga: Kunskapsunderlag för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. Graviditet, förlossning och tiden efter, Socialstyrelsen (2025)
7. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism, N Engl J Med (2004)
8. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum, Thyroid (2017)
9. Jod, Livsmedelsverket (2025)
10. Iodine deficiency in pregnant women in Sweden: a national cross-sectional study, Eur J Nutr (2020)
11. Thyroid Screening in Early Pregnancy: Pros and Cons, Front Endocrinol (2018)
12. Graviditetsregistrets årsrapport (2023)
13. Läkemedel vid hypotyreos, 1177.se
14. Risk factors for discontinuation of thyroid hormone replacement therapy in early pregnancy: a study from the Norwegian Mother and Child Cohort Study and the Medical Birth Registry of Norway, AOGS (2018)
15. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården, Nationella vårdkompetensrådet (2023)

Tack till:

Vi vill rikta ett stort tack till alla som har hjälpt oss att nå ut med enkäten och till alla barnmorskor som tagit sig tid att svara. Utan er hade undersökningen inte kunnat genomföras!



Om Sköldkörtelförbundet

Sköldkörtelförbundet är en ideell organisation för personer som lever med sköldkörtelsjukdom och deras närstående. Vi har funnits sedan 1993 och blev ett riksförbund 2017. Vi arbetar för bästa möjliga hälsa hos en halv miljon sköldkörtelpatienter och för att alla ska ha rätt till en individanpassad vård, i enlighet med patientlagen 2014:821. Stöd vårt arbete genom att swisha en gåva till 123 048 66 96 eller bli medlem på skoldkortelforbundet.se



Skanna och bli medlem nu.

Sköldkörtelförbundet

C/O Funktionsrätt Sverige
Box 1386
172 27 Sundbyberg
info@skoldkortelforbundet.se
skoldkortelforbundet.se

