

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-03-17

Innehållsansvar: Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Anemiscreeing och anemiutredning under graviditet och postpartum

Gäller även för område M5, Närhälsan MHV Skaraborg och alla vårdcentraler (närhälsan + privata) i Skaraborg/östra VGR.

Godkänd av: Åsa Prebensen, områdeschef barnmorskemottagningarna i östra VGR.

Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

Bakgrund, syfte och mål

Screening för järnbrist i tidig graviditet och behandlingsrutin för gravida kvinnor med anemi och/eller järnbrist.

Arbetsbeskrivning

Definitioner anemi

Anemi

Sänkt hemoglobinhalt (= lågt Hb) oavsett orsak.

Anemi under graviditet

Hb < 110 g/L venöst fram till vecka 27+6.

Hb < 105 g/L venöst efter vecka 28.

Anemi postpartum

Hb < 100 g/L venöst.

Svår anemi postpartum

Hb < 80 g/L venöst.

Vanliga orsaker till anemi under graviditet och postpartum

Handläggs på BMM av barnmorska/allmänläkare på vårdcentral i första hand.

- **Utspädningsanemi (sen graviditet)**

På grund av att plasmavolymen ökar med cirka 50 % och erytrocytvolymen med cirka 25 %. Medför att Hb sjunker, fram för allt runt graviditetsvecka 28–32. Lab-fynd, se [tabell från SU](#). Om normalt Hb vid inskrivning, men anemi vid senare provtagning i graviditeten (\geq vecka 25) får utspädningsanemi misstänkas. Dessa patienter ordineras järnsubstitution och behöver bara remitteras till vårdcentral om Hb inte stiger trots adekvat järntillförsel.
- **Järnbristanemi på grund av ökade behov**

(95 % av anemier under graviditet.) Järn behövs för att bilda hemoglobin. Järnbrist hos kvinnor i fertil ålder är vanligt. Järnförrådet i kroppen kan uppskattas genom screening av S-Ferritin. P-järn kan även mätas vid behov. Cirka 30 % av fertila kvinnor och 40 % gravida beräknas ha ”järnbrist” med eller utan anemi. Cirka 8–10 % av kvinnor i tidig graviditet förväntas att ha anemi, oavsett orsak. Dagsbehovet av järn för gravida är > 15 mg/dag, varav cirka 1–2 mg resorberas. Järnbehovet ökar 10 gånger från första till andra trimestern.
- **Järnbristanemi – övrig orsak**

Om järnbristen inte har en sedan tidigare känd orsak som ”riklig mensblödning” eller postpartumblödning efter närliggande förlossning vid inskrivning på MVC, *ska annan orsak utredas av läkare på vårdcentral*. PAB remitterar patienten till ”sin” vårdcentral för vidare utredning. [Remissmall](#) + provsvar från ”Basal anemiutredning” (se nedan).
- **Blödningsanemi**

Blodförlust av obstetrisk blödning postpartum, oftast ≥ 1000 ml.

Mindre vanliga orsaker till anemi under graviditet och postpartum

Handläggs i första hand av läkare på vårdcentral. Remiss till hematolog, njurmedicin eller annan specialitet vid behov.

Folsyra/B12-brist

Vid malabsorption till exempel vid celiaki – var särskilt observant på gastric bypassopererade som inte tagit föreskrivna kosttillskott. Se Riktlinje verkställighet [Handläggning av gravida, på barnmorskemottagning, som genomgått överviktskirurgi](#).

Se RMR [Vitamin B12- och/eller folatbrist](#) + [flödesschema](#).

Thalassemi (hemoglobinopati)

Medfödda defekter i förmågan att bilda hemoglobin. α -Thalassemi och β -thalassemi finns, beroende på vilken del av hemoglobinet som är defekt.

β -thalassemia minor (heterozygoti) är vanligast. Tänk på denna diagnos hos kvinnor med ursprung från medelhavsområdet, mellanöstern, västafrika, Indien.

Om kvinnan är heterozygotbärare och barnafadern okänt bärarskap ska denne provtas (Fraktionerade Hemoglobiner) snarast på BMM! Svarstid cirka 1 vecka. Dokumentation för blivande barnafader görs i egen P-mapp i Obstetrix.

Om båda föräldrar är heterozygoter erbjuds snarlig tid till specialist-MVC på SkaS, då fostret har risk på 25 % att utveckla allvarlig homozygot form av thalassemi, Cooley's anemi.

Paret erbjuds fosterdiagnostik i sådant fall på specialist-MVC.

Se även:

- Socialstyrelsen; [Thalassemi](#).
- Läkartidningen; [Thalassemi – ärftlig anemi på intåg även i Sverige](#).
- Styrdokument, SU; [Anemi under graviditet och postpartumperiod – utredning och behandling](#).
- [Nationella rekommendationer för handläggning av patienter med talassemier](#).

- Internetmedicin; [Thalassemia major](#), [Thalassemia minor/minima](#) och [Thalassemia intermedia](#).

Rådfråga vid behov Specialist-MVC och/eller hematolog!

Sicklecellsanemi (hemoglobinopati)

Defekt form av HgbS. Erytrocyterna ser ut som ”skäror”. Diagnosen oftast ställd redan i barndomen eftersom sjukdomen ger symtom. Vanligast i Afrika, mellanöstern och Indien. För vidare detaljer se:

Internetmedicin; [Sicklecellanemi och andra sicklecellsjukdomar](#).

Styrdokument, SU; [Anemi under graviditet och postpartumperiod – utredning och behandling](#).

Socialstyrelsen; [Sicklecellsjukdom](#)

Läkartidningen; [Sicklecellanemi ger skiftande symtombild och hög morbiditet](#).

Hematolog- och narkoskonsult rekommenderas. PAB remitterar till specialist-MVC.

Anemi på grund av kronisk sjukdom

Till exempel RA, cancer, njursjukdom, infektion, kronisk atrofisk gastrit, inflammatorisk tarmsjukdom. Se Internetmedicin:

[Anemi och järnbrist vid inflammatorisk tarmsjukdom \(IBD\)](#)

[Anemi vid cancersjukdomar](#)

[Anemi vid kronisk njursjukdom](#)

[Anemi, sekundär](#)

Detta bör utredas/handläggas på vårdcentral eller i samråd med annan specialistläkare beroende på orsak. ***Rådfråga vid behov Specialist-MVC på SkaS.***

Hemolytisk anemi

Till exempel vid HELLP; ”blodkroppar går sönder” och mera ovanliga former. Diagnosen oftast känd sedan tidigare. Haptoglobin lågt. Se även

[Internetmedicins sida](#) (hemolytisk anemi).

Rådfråga vid behov Specialist-MVC på SkaS. Hematologkonsult rekommenderas.

Kombination av flera typer av anemier finns även!

Vid behov eftersänd aktuella journalkopior från annan vårdgivare via blankett

[Begäran om journalkopior.](#)

Symtom på anemi – handläggs på vårdcentral – PAB remitterar ([remissmall](#))

Bland annat:

- Blekhet.
- Trötthet, huvudvärk, yrsel, svimning.
- Andfåddhet, hjärtklappning.

Vid samtidig förekomst av anemidefinition, se sidan 1.

Laboratoriefynd

[Tabell från SU](#)

Se även Unilabs sida, [anvisningar.se](#).

Handläggning på barnmorskemottagning (BMM)

Se riktlinje [Järntillskott under graviditet, barnmorskemottagningar VGR](#) och [Hantering av prover och provsvar barnmorskemottagningar, VGR](#).

Anemidefinition

Om Hb < 110 innan vecka 27+6.

Om Hb < 105 efter vecka 28+0.

Om Hb < 117 post partum/icke gravid kvinna.

Handläggning vid anemi vid inskrivning på barnmorskemottagning

Cirka 8 % beräknas ha anemi vid inskrivning. Speglar hälsotillståndet innan graviditet.

- Ta prover ”basal anemiutredning” – [blodstatus](#), [P-järn](#) ([P-ferritin](#)).
Provsvaren bifogas remissen till vårdcentralen. Vid etnicitet från riskregioner för thalassemi ta även [fraktionerade hemoglobiner](#).
- [Remiss\(-mall\)](#) till patientens vårdcentral. PAB bevakar remissen tills brevsvaret anlänt.
- Observera att utspädningsanemi, definition se sidan 2, endast remitteras till vårdcentral vid utebliven Hb-stegring trots adekvat järntillförsel. Se även nedan.

Tolkning av svar

- **Vårdcentralen** utreder orsaken till anemin enligt där gällande riktlinjer och skriver remissvar till BMM. Ordinerar hur ofta Hb kontrolleras om tätare kontroller än enligt [basprogram](#) behövs (v 25, 37 + efterkontroll).
- Handläggning om **normalt Hb vid inskrivning** men **anemi vid senare graviditetskontroller**: PAB ansvarar.
(Oftast järnbrist eller utspädningsanemi.)
 1. Ta [blodstatus](#), [P-järn](#), [P-ferritin](#) om avvikande provsvar konferera eventuellt med vårdcentral.
 2. Efterhör compliance för ordinerad järnmedicinering.
Vid svårighet/biverkan med järntablett – prova att hålla ut innehåller i t ex kapsel Niferex och strö på t ex gröt.
 3. Höj nuvarande järnmedicinering till högsta tolerabla dos enligt FASS. Om patienten inte alls tolererar p o järn kan i v järn på BB SkaS övervägas. PAB kontaktar specialist-MVC SkaS för tidsbokning.
 4. Om dessa åtgärder räcker – kontroll av Hb var 2–3 vecka tills normalt, sedan enligt [basprogram](#). Fortsätt med järnmedicinering i profylaxdos!
 5. Om Hb inte ökar trots insatta åtgärder enligt ovan – remiss till vårdcentral enligt rutiner ovan. Journalkopior + labsvar bifogas.

Se även tabell! [Labsvar vid olika anemityper \(tabell från SU\)](#).

”Ytterligare provtagning” handläggs av läkare på vårdcentral

Till exempel:

- [P-homocystein](#) Vid makrocytär anemi (högt MCV). Vid brist: tablett [Behapan](#) 1 mg (se FASS), eventuellt tablett [Folacin](#) 1 mg eller 5 mg (se FASS). Se [flödesschema B12-brist](#). **Normalt S-homocystein utesluter B12- och Folatbrist.**
- [Fraktionerade hemoglobiner](#) vid misstanke om β -thalassemi eller sicklecellsanemi. OBS! Detta prov skickas till klin kemi, SU. *Svarstid cirka 1 vecka.* (Hette tidigare Hb-elfores)
 - Normalt: HbA > 95 %, HbA₂ < 4 %, HbF < 2 .
 - Vid thalassemi: HbA ↓, HbA₂ ↑, HbF ↑.
- [S-Haptoglobin](#) vid misstanke om hemolys. Sjunger vid hemolys.
- [”Diff” \(B-celler\)](#) för bedömning av blodbild och benmärgsfunktion.
- [Retikulocyter](#) för bedömning av blodbild och benmärgsfunktion.
- [P-TIBC](#) vid konstaterad B12-brist för att utesluta järnbrist.
- [P-krea](#) vid misstanke om njursjukdom.
- [U-protein](#) vid misstanke om njursjukdom.
- [TSH](#) vid misstanke på tyreoidasjukdom.

OBS! Läkare på vårdcentral som ordinerat ytterligare provtagning ansvarar även för tolkning + uppföljning av dessa inom 1 vecka och eventuell remiss till hematolog, njurmedicin SkaS eller annan lämplig specialitet beroende på grundsjukdom. **”Ovanliga” anemier bör remitteras till hematolog!** Specialist-MVC kan rådfrågas vid behov.

Järntillskott/järnmedicinering

- Alla gravida kan erbjudas järn, se Livsmedelverkets sida [Järn](#).
- **Profylaxdos järn** ges vid **normalt Hb och lågt P-ferritin enligt riktlinje [Järntillskott under graviditet, barnmorskemottagningar VGR](#).**

Allt intag av p o järn bör ske på fastande mage för att optimera

upptaget! C-vitamin befrämjar upptaget. Järnpreparat intas minst 2 timmar separerat från annan medicinerings som Levaxin, antacida (till exempel Novalucol, Novaluzid etc), bulk laxantia (till exempel Lactulos, Lunelax etc).

Även kaffe och grönsaker kan minska järnupptaget.

Sväljs med minst ½ glas vätska, inte i liggande ställning.

- **Dosering vid etablerad järnbristanemi** (Hb lågt, MCV lågt, S-ferritin lågt, eventuellt P-järn lågt) = **Behandlingsdos:**
Tablett [Duroferon](#) 100 mg, 1 x 1 till max 2 x 2 (se FASS).
Samma råd för intag som ovan. Niferex enterokapsel kan vid behov öppnas och innehållet strös på gröt eller liknande, för patienter som har sväljsvårigheter.

***Vid all järnmedicinering – efterhör compliance;
tar kvinnan medicineringen som ordinerat?***

- **Kontroll av Hb efter insatt järnmedicinering** sker efter cirka 2–3 veckor (Hb uppgång cirka 15 g/L på 2–3 veckor), målvärde Hb > 110, om målvärde uppnås fortsatt med profylaxdos, Hb-kontroll sedan enligt [basprogram](#).
- **Intravenös järnbehandling på BB Skövde**
Om på grund av svåra gastrointestinala biverkningar p o järn inte kan tolereras alls av patienten får i v järn övervägas i andra och tredje trimestern. Var god se styrdokument Intravenöst järn till gravid kvinna i andra och tredje trimestern – administrering (länk kommer). **För dosering, se FASS [Monofer](#).**
- **Om tveksam Hb-uppgång trots adekvat järnmedicinering** – ta blodprover enligt Basal anemiutredning. Provsvar bör ses av PAB inom en vecka. Om avvikande svar remitterar PAB till vårdcentral, i första hand, som får följa upp/utreda patienten.

Dokumentation

Se riktlinje [Hantering av prover och provsvar på barnmorskemottagningar, VGR](#). **Dokumentation på läkemedelslista ska framgå med preparatnamn, styrka och dosering.**

All järnmedicinering anges på MHV2, provsvar finns i Melior Lab-modul. Avvikande provsvar och handläggning på MHV3. Om blivande barnafader behöver provtas på BMM med [fraktionerade hemoglobiner](#) skapas journal för denne i Obstetrix P-mapp. (Om kvinnan är heterozygot bärare och mannen har okänt bärarskap.) På vårdcentralen dokument-

eras i det journalsystem som finns på vårdcentralen. *Kopia skickas alltid till patientens BMM från konsultationer på vårdcentral.* Om PAB remitterar till vårdcentral skrivs remiss i Obstetrix. Remiss + relevanta journalkopior skickas till patientens vårdcentral via internpost. Vid brådskande ärenden – överväg även telefonkontakt!

Anemi postpartum (blödningsanemi) – gäller BB + förlossning SkaS

Blodförlust uppkommer oftast på grund av obstetrisk blödning > 1000 ml, se styrdokument [Postpartal blödning – omvårdnad och behandling](#).

Blodtransfusion ordinerar av läkare om patientens kliniska symtom indikerar detta, till exempel hos cirkulatoriskt påverkad patient med Hb < 70–80, där effekt av i v järn inte kan inväntas. Börja med 2 enheter e-konc (innehåller cirka 225 mg järn). Hb kollas inför utskrivning på BB och vid efterkontroll på BMM. Patienten behöver [Duroferon](#) 100 mg x 1–3 fram till efterkontrollen på BMM!

- **Om Hb < 80–90** och patient är cirkulatoriskt stabil, kan i v järn (till exempel [DiaFer](#) eller [Ferinject](#)) övervägas. Dosering enligt FASS. Om 1000 mg järn ges i v, förväntas Hb stiga med cirka 25 g/L. Hb kollas på efterkontrollen på BMM.
- **Patient med Hb > 90** som är cirkulatoriskt stabil, börjar med tablett [Duroferon](#) 100 mg x 2–3 postpartum och fortsätter minst till efterkontrollen på BMM; Hb kontrolleras då åter.

Om kvarstående anemi = Hb < 117 på efterkontrollen på BMM; remiss till patientens vårdcentral.

Referenser

- ARG-rapport nr 76, [Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa](#) (2016).
- [Hantering av prover och provsvar barnmorskemottagningar, VGR.](#)
- Internetmedicin.se:
[Anemi och järnbrist vid inflammatorisk tarmsjukdom \(IBD\),](#)
[Anemi vid cancersjukdomar,](#)
[Anemi vid kronisk njursjukdom,](#)
[Anemi, sekundär,](#)
[Anemi, allmän utredning, akut behandling,](#)
[Sickelcellsanemi och andra sickelcellssjukdomar,](#)
[Thalassemia major,](#)
[Thalassemia minor/minima,](#)
[Thalassemia intermedia.](#)

- [Järntillskott under graviditet, barnmorskemottagningar VGR.](#)
- Nationellt kliniskt kunskapsstöd, 1177 för vårdpersonal:
[Anemi.](#)
[Brist på vitamin B12 och folat.](#)
- Obstetrikboken, G Ajne, M Blomberg, Y Carlsson, M Algovik, M Alkmark.
- Obstetrik öppenvård, K Marsál, L Grennert (2011).
- Regional medicinsk riktlinje [Vitamin B12- och/eller folatbrist.](#)
- REK-listan [Blod – Anemi.](#)
- Rutin [Remisshantering barnmorska Barnmorskemottagningar VGR.](#)
- SFOG [Handläggning av järnbristanemi under graviditet.](#)
- Socialstyrelsen [Thalassemi.](#)
- Socialstyrelsen [Sicklecellssjukdom.](#)

Patientinformation

- 1177.se [Blodbrist.](#)
- Livsmedelsverkets kostråd ”kosttillskott” [Järn.](#)
- Regionhälsan [Patientinformationer \(regionala och lokala\).](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-48

Version: 26.0

Giltig från: 2026-03-17

Giltig till: 2028-03-31