

Gravide og smitterisiko

1. Hensikt

Hindre at gravide arbeidstakere blir smittet med sykdomsfremkallende mikrober som kan forårsake sykdom og/eller skade hos mor eller foster.

2. Ansvar

Det påhviler den enkelte arbeidstaker å informere nærmeste leder om svangerskapet. Arbeidsgiver har et ansvar for å tilrettelegge arbeidsoppgavene slik at retningslinjen kan etterleves. Praktisk gjennomføring må skje i samarbeid med den gravide.

3. Generelt

Graviditet i seg selv ser ikke ut til å innebære noen økt risiko for yrkesbetinget infeksjon hos helsepersonell. Men noen infeksjonssykdommer kan medføre en ekstra risiko for gravide i form av økt alvorlighetsgrad for den gravide og/eller økt risiko for skader på fosteret.

4. Fremgangsmåte

Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Sør-Øst har utarbeidet en anbefaling som ligger til grunn for denne prosedyren, og som i detalj beskriver smitterisiko og tiltak ved de mest relevante bakterielle og virale infeksjoner som kan representere en smitterisiko for gravide helsearbeidere: [Forholdsregler mot smitte for gravide helsearbeidere](#)

I e-håndboken fra OUS beskrives smitemåter, konsekvenser av infeksjon i svangerskapet og eventuelle ekstra forholdsregler mot smitte for gravide helsearbeidere ved en del vanlige infeksjoner: [Gravide helsearbeidere og forholdsregler mot smitte](#)

4.1 Bakterielle infeksjoner:

Ved vanlig bakterielle infeksjoner er det ingen spesiell risiko for gravide sammenlignet med ikke gravide. Basale smittevernrutiner praktiseres for alle pasienter, og vanlige isolerings- og smitteregimer benyttes der det er indisert.

- Gravide arbeidstakere kan pleie smitteisolerte pasienter (MRSA, ESBL, VRE/LRE) ved riktig bruk av anbefalt beskyttelsesutstyr.
- Kikhoste: Helsepersonell bør revaksineres mot kikhoste hvert 10. år. Kikhostevaksinen er sikker for gravide, og kan benyttes i siste halvdel av svangerskapet for at det skal dannes beskyttende antistoffer som overføres til barnet. Gravide som har vært utsatt for pasient med kikhoste uten bruk av beskyttelsesutstyr, og som ikke er vaksinert i svangerskapet, bør få boostervaksine og posteksposisjonell profylakse.

4.2 Virusinfeksjoner:

Gravide som ikke har beskyttende antistoffer (som følge av vaksine eller gjennomgått infeksjon) må unngå å komme i kontakt med pasienter med:

- Influenza:
Fra 2 uker etter vaksinasjon benyttes samme forholdsregler som ikke-gravide

- **Covid-19:**
Helsepersonell skal bruke anbefalt personlig beskyttelsesutstyr ved mottak og behandling av pasient med mistenkt, sannsynlig eller påvist covid-19 uavhengig av helsepersonells vaksinasjonsstatus. Det er ikke andre anbefalinger til gravide enn for annet helsepersonell i en underliggende risikogruppe. For helsepersonell som er gravide og som i tillegg har svangerskapskomplikasjoner eller kroniske sykdommer som kan være forbundet med økt risiko for alvorlig forløp av covid-19, kan arbeidsplasser vurdere omplassering til andre arbeidsoppgaver vurdert ut fra individuell risiko. Dette gjelder uavhengig av vaksinasjonsstatus.
- **Vannkopper og Herpes zoster:**
Ved eksponering av seronegative gravide bør det vurderes profylakse med varicella-zoster immunoglobulin.
- **Røde hunder (Rubellavirus)**
- **Meslinger**
- **Kusma**
- **Parvovirus B19-infeksjon (5. barnesykdom)**
- **Generalisert herpesinfeksjon (herpes simplex-virus 1 og 2)**
- **Enterovirusinfeksjon (gjelder kun i siste trimester)**
- **CMV-infeksjon (cytomegalovirus)**
- **Hepatitt A**
- **Hepatitt B:**
Gravide som ikke er immune bør ikke stelle pasienter med hepatitt B, hvis det er fare for ukontrollert blodsøl.
- **Hepatitt E:**
ingen ekstra forholdsregler for gravide helsearbeidere ved genotype 3 og 4, som er de vanlige i Norge. Hvis pasienten de siste 8 uker før sykdomsutbrudd har hatt opphold land der genotype 1 og 2 er utbredt (Asia, Afrika, Mexico), eller hvis det er verifisert genotype 1 eller 2, skal gravide ikke ha kontakt med pasienten).

4.3 Råd vedrørende vaksinasjon mot influensa- og koronavirus:

Gravide i 2. og 3. trimester har økt risiko for alvorlig sykdom og komplikasjoner som følge av influensasykdom. Vaksinasjon av gravide vil i tillegg til å beskytte mor, også bidra til å beskytte barnet inntil 6 måneder etter fødsel. Kvinner som er i 2. eller 3. trimester i influensasessongen skal derfor tilbys inaktivert influensavaksine. Hos gravide som tilhører en av risikogruppene, eller som er helsepersonell, anbefales det vaksine også i 1. trimester.

Gravide kvinner har en høyere risiko enn ikke-gravide kvinner på samme alder for å utvikle et alvorlig forløp av covid-19, selv om den absolutte risikoen er lav. Det anbefales at alle gravide er vaksinert mot covid-19 for å være godt beskyttet mot alvorlig sykdomsforløp. I tillegg viser data at vaksinasjon av mor bidrar til at barnet er beskyttet i de første levemånedene. En stor mengde observasjonsdata viser at vaksinerings av gravide mot covid-19 ikke gir uheldig påvirkning på svangerskapsforløp for verken mor eller foster. Folkehelseinstituttet anbefaler at gravide i 2. eller 3. trimester bør vaksineres med en oppfriskningsdose før høst-vintersessongen 23/24. Vaksinasjon i 1. trimester kan vurderes dersom den gravide har tilleggssykdommer som gir ytterligere økt risiko.

5. Referanser

- [Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Sør-Øst: Forholdsregler mot smitte for gravide helsearbeidere \(2014\)](#)
- Sykehuset i Vestfold HF: Smittevern - gravide helsearbeidere (2023)
- [OUS e-håndbok: Gravide helsearbeidere og forholdsregler mot smitte \(2015\)](#)