



Referat

*Obstetrisk Guidelinemøde
Vejlefjord d. 15-17.01 2026*



Fredag d. [16.01.2026]



Foetus magnus

- **Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)**
- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen**

Definition:

- $>90\%$ percentilen = fødselsvægt $> 90\%$ af sammenligningsgruppen
- Percentilbaseret vægtgrænse: estimeret vægt ift. referencepopulation
- Absolutte vægtgrænse: estimeret vægt uafhængigt af gestationsalder

Forslag til definition:

- Svær LGA $> p97\%$ svt $> +22\%$

Forekomst af foetus magnus

- Forekomsten af disse børn er relativt stabile.
- Forhåbentligt fordi vi er bedre til igangsættelser og behandle GDM.



Foetus magnus

- **Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)**
- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen**

Diagnostiske metoder

- Ny data understøtter den aktuelle praksis
- UL oftest mere korrekt end klinisk estimering. Opmærksomhed for under- og overestimering ved UL
- Der ses den bedste balance mellem specificitet og sensitivitet ved UL mellem GA 35+0-37+6.
- Kontrolskanning efter GA 38 anbefales ikke uden ændret klinisk præsentation og vægtskanninger i denne periode skal generelt tolkes med forsigtighed pga usikkerhed.

Risici for mor og barn

- Begrænset mængde data, der refereres til tidligere guideline på disse punkter
- Stigende risici ved stigende fødselsvægt



Foetus magnus

- **Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)**
- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke og Frederikke Vestergaard Nielsen**

Igangsættelse ved foetus magnus suspicio

- Tidligere litteratur: 2 systematiske review og 4 RCT → igangsættelse i 37+0
- Nyt studie fra 2025 "The Big Baby Trial"
 - Underpowered studie
 - Randomiseret til 2 grupper
 - Igangsættelse: 38+0 – 38+4
 - Standard care: afventende regime
 - Outcome
 - Intention to treat: *ikke signifikant* forskel i skulderdystoci (RR 0,75)
 - Per-protocol analyse: analyserer kun deltagere som fulgte den protokol de var allokeret til
 - 1180 i igangsættelsesgruppen, 1074 i standard care gruppen
 - *Signifikant* forskel i skulderdystoci (RR 0,62)
 - *Signifikant* reduktion i akut sectio (RR 0,79)
 - Studiets udfordringer
 - Underpowered, risiko for type II fejl.
 - Standard care kan variere og er formentlig ikke samme som i DK



Foetus magnus

- **Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)**
- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen**

Inddragelse af fælles beslutningstagen

- Anbefaler skitsering af fordele og ulemper og at inddrage den gravide med foetus magnus's ønske i den fælles beslutningstagen så der laves en fødselsplan som passer til den enkelte.
- Mitigerende faktorer: tidl. ukompl. fødsel af stort barn
- Skærpende faktorer: tidligere skulderdystoci, BMI > 30, lav maternel højde

Anbefaler brug af kodninger:

- DO366: Graviditet med stort fosterskøn + 22% > 2SD
- DP081: Barn med høj fødselsvægt for gestationsalder af anden årsag



Foetus magnus

- Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)
- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Diskussion:

- **Svær LGA > p97% svt >+22%**
 - Salen godtager definitionen.
 - Hvorfor ønskes DP-kode på alle børn når vi har længde og vægt
 - *Svar fra salen: ønsker DP-kode slettet.* Denne slettes, da det giver mere arbejde for dem der skal kode.
- **Diagnostiske metoder:** skal rekommandationer for tidspunkt for scanninger ændres?
 - *"Ved nyopstået mistanke om foetus magnus efter GA 38 bør vægtscanning tolkes med forsigtighed"*
 - Der stilles spørgsmålstejn til om det betyder man skal scanne eller ej
 - Guidelinegruppen kan ikke give evidensbaseret svar herpå
 - Enighed om, at der godt må vægtscannes efter GA 38, men tolkningen er fortsat med forsigtighed
 - *Svar fra salen/enighed om: Der laves om i formuleringen:*
 - *"Ved nyopstået mistanke om foetus magnus efter GA 38 kan vægtskanning tilbydes og tolkes med forsigtighed"*



Foetus magnus

- Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)
- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Diskussion:

- **Fælles beslutningstagen**
 - *"Ved EFW > P₉₇ (sv.t. 22%) bør kvinden informeres om fordele og ulemper ved afventende regime, igangsættelse og sectio. Beslutningen om fødselsmåde individualiseres efter fælles beslutningstagen"*
 - Debat om hvorvidt den nuværende formulering i rekommandationerne er en anbefaling af sectio. Guidelinegruppen ønsker at det ikke er meningen at det skal være et tilbud om sectio, bare fordi barnet er +22% i uge 38, men at den gravide også fortjener at blive informeret om sectio (både fordele og ulemper)
 - Der er et ønske om at fjerne sectio fra rekommandationen eller tilføje gestationsalder efter GA 38. Der er et ønske om at ændre igangsættelse og sectio til fødselsmåde inkl evt. igangsættelse. Dette godkendes.
 - Svar fra salen/enighed om: *Der laves om i formuleringen*
- **Skal igangsættelse overvejes hvis barnet er >4500g, men ikke +22%.**
 - Svar: 5000g er den absolutte grænse for at tilbyde elektivt sectio, derfor er 4500g med vilje fjernet fra rekommandationer, uenighed omkring dette.



Foetus magnus

- Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)
- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Diskussion:

- **Elektivt sectio >5000g?**
 - Hvis man bruger UL fosterskøn på 5000g som grænse kommer man til at underestimere dem med reel fødselsvægt på 5000g, derfor bør grænsen rykkes ned.
 - Guidelinegruppen: uenige, da der mangler litteratur som understøtter hvor grænsen skal sættes.
 - Svar: Olau Bjørn Petersen vil gerne regne på dette og komme med et bud til guidelinegruppen.



Foetus magnus

- **Revision af guideline fra 2018 (3. udgave)**
- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen**

Fra guidelinegruppen: Rekommandationerne er ikke ændret i forhold til den gamle guideline, men de er opsat i nutidige guidelinerammer og der er fundet den evidens der foreligger for de nuværende rekommandationer.

Guidelinen godkendes ikke. Der enes om:

- Ønske om fast vægt sættes ind i rekommandationerne igen
- Kommentarer sendes til guidelinegruppen, som får en måned til at arbejde med kommentarerne og lave et nyt udkast. Guidelinegruppen vil gerne tilføje de 4500g som grænse igen.

****Lørdag 17/1 26 tilføjes at arbejdsgruppen gerne vil retur med forslag til rettelse til Guidelinemøde 2027****

Guideline godkendes ikke



Hot topics - Remifentanyl

- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen**
- Remifentanyl: ultrakorttidsvirkende opioid
 - Ligger smertelindringsmæssigt mellem lattergas og epidural blokade
 - Halveringstid: få minutter, er HELT væk efter 10 min (påvirker ikke barnet efter fødslen)
- Jdm. kan opstarte, den fødende kan selv styre behandlingen med bolus ved behov.
- Indikation: rask fødende, til termin, aktiv fødsel
- Jdm. kontinuerligt på stuen, observation for opioidbivirkninger
- Skal stoppes ca 10 min før forløsning
- Er anbefalet i NICE-guideline og er anvendt i en del andre lande.
 - Studie fra Schweiz (brugt Remi siden 2009, bruges nu på 25 sygehus, 15.000 fødende)
 - Høj tilfredshed, Smertescore falder fra 9 til 6
 - Få bivirkninger, ingen påvirkning af apgar score
- Giver en mulighed for mere individualisering og løft i smertebehandlingen. Der er ikke et ønske om at erstatte anden smertebehandling. Bliver ikke smertefri, men smertelindret – undgår "panikfasen"
- Arbejdsgruppen kan kontaktes for lommekort, sparring og har lavet en "*quickguide til føderemi*"
- Diskussion
 - DASAİM har tidligere været kritisk overfor indførslen af Remi, men de har skiftet til en mere positiv holdning
 - Remi kan også bruges/tændes igen ved suturering af bristning
 - Der er ingen risiko for serotonergt syndrom (kort halveringstid - er ude af kroppen efter 10 min)



Hot topics – GDM screening

- Status på guideline fra 2023 (er blevet til to guideline)
- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Guideline 1: GDM – behandling obstetrisk kontrol og post partum opfølgning

- Godkendt 01.04.2024
- Nu implementeret i ca. 80 % af DK (implementeres i Region Sjælland i løbet af kommende forår)
- Antal insulinbehandlet GDM er steget fra 2015 – 2025 (efter implementering af guideline)
- z-score (fødselsvægt) nærmer sig baggrundsbefolkningen i 2024, dvs. god effekt af implementering.
- Flere igangsættelser. Formentlig fordi insulinbehandlet GDM anbefales igangsættelse ved GA 40+0

Guideline 2: GDM – screening og diagnose

- Er fortsat i gang med arbejdet (dialog med sundhedsstyrelsen ift. screening mm.)
- Behandlingsguideline skal snart opdateres (DES hvert 3. år)
 - De fleste ønsker at fortsætte, men der er et par enkelte ledige pladser, disse bliver slået op.
- Tovholderposten skifter hænder (fra Tine til Christina)
- Nordisk samarbejde er i gang med at blive etableret, evt inddragelse af sundhedsstyrelsen

Obs: Der er kommer opdateret guideline om prægestationel diabetes og graviditet (2025)

- Er lavet af 50% obstetrikere, 50% endokrinologer, hvorved den anses som vedtaget fra obstetrisk side.
- Væsentlige ændringer: insulinpumper, smartpumper samt mindre finesser i forhold til det obstetriske.



Hot topics - FREIA

- **Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen**
- **Fetal Risk & Embryotoxicity Informtaion service Aarhus**
 - Supplement til eksisterende lægemiddelrådgivning
- Op til 90 % af gravide (50.000) anvender medicin, men er det farligt?
- Formål: Fremskaffe sikkerhedsdata hurtigere, omgå årtiers forsinkelse og medtage alle graviditetsudfald
- Kigger på alle gravide fra uge 12 og laver follow up af børnene ved tilbageregistrering
 - Inkluderer medicin registreret i medicinmodul
 - Inkluderer information fra UL-scanninger i Astraia (især vigtigt ved intrauterin fosterdød)
- Aktuell anvendelse: supplement til den eksisterende lægemiddelrådgivning i RM og RN.
- Kan teoretisk etablere alarmsystemer hvis der pludselig ses stigende incidens af en komplikation. Kræver dog at det benyttes nationalt og at man evt. samarbejder med andre nordiske lande.
- I gang med udbredelse på national plan.



Hot topics - Trombofiliudredning

- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Trombofili (øget trombose-risiko)

- DVT, LE, Sinus venose trombose
- Præeklampi, spontan abort, IUGR, intrauterin føtteredød, placentainfarkt

Inddeling

- Arvelige (faktor V leiden og faktor II (protrombin))
- Erhvervede (antifosfolipide)

Hvornår skal vi udrede?

- Arteriel eller venøs trombose: udredes for *både* arvelig og erhvervet trombofili
- Påvist arvelig trombofili hos førstegradsslægtning før 50-års alderen: udredes *kun* for arvelig trombofili
- Svære obstetriske komplikationer: udredes *kun* for erhvervet trombofili

Vigtigt med 2 forskellige trombofili-pakker ved udredning

- Ved placentamedieret komplikation
- Ved venøs tromboemboli

Trombofiliudredning:

- Erhvervet: typisk 3 mdr efter event (erhvervet trombofili påvirkes af graviditeten)
- Arvelig: påvirkes ikke af graviditeten og kan udredes under graviditet



Hot topics – Ballonkateter på OUH

- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Omlægning fra Angusta til ballon/HSP pga besparelser

- Forudsætning: Brug Foley-kateter
 - Jdm oplægger ballon medmindre sectio antea, da ved læge.
- Viste sig i praksis at ballon ikke blev primær metode – det gjorde HSP
 - 27 % fødte ved HSP alene
 - 60 % fødte ved HSP og efterfølgende modnings o-drop
 - 10 % fødte ved HSP + modnings o-drop + o-drop ved aktiv fødsel
 - 3% fødte ved HSP + modnings o-drop + 2 x o-drop ved aktiv fødsel
- Sparede > 600.000 kr alene på udgiften til Angusta
- Hovedmetoden for igangsættelse: HSP (også ved umodne forhold)
 - Hvis HSP ikke muligt (skal vurderes i GU-leje): ballonkateter
 - Hvis særligt ønske om angusta kunne dette imødekommes
- Igangsættelser fra 1/7 til 21/13 2025: 521
 - Angusta (14), Ballon(105), HSP(397), O-drop (3), Ballon/HSP/Angusta (1)
- Outcome: 80% vaginal fødsel, 20% akut sectio



Hot topics – Ballonkateter på OUH

- Referent: Sofia Byllov og Frederikke Vestergaard Nielsen

Spørgsmål fra salen:

- Er der længere vandafgang? (>18 t) – *nej*
- Hvor lang tid går der fra HSP til fødsel, og hvilke komplikationer ses der (blødning, infektion) – *vides ikke, svar kommer med 1-års opfølgning.*
- Hvor meget koster det i ekstra oxytocin? - *svar kommer med 1-års opfølgning, men der forventes at det ikke er en stor ekstra udgift*
- Hvor befinder de fødende sig med o-drop? – *På fødestue*
- Hvorfor gik i fra ballon som 1. valg? – *God erfaring fra Kolding og god fornemmelse når der blev forsøgt HSP på umodne forhold.*
- Hvordan er belægningen på fødegangen? – *Den er ok på OUH. Det er en bekymring fra salen, da der nogle steder i landet måske ikke er plads til at en igangsættelse optager en fødestue før de er i aktiv fødsel.*

