



# Indberetning af kvindens vægt ved fødslen

## Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler - Januar 2024

Formålet med de kliniske kvalitetsdatabaser er at belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter for derigennem at bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling. Arbejdet har grundlag i Sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser. Regioner, kommuner, private og institutioner, der driver sygehuse mv., har ifølge loven indberetningspligt til de kliniske kvalitetsdatabaser efter nærmere fastsatte regler. <https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/drift-af-databaser/vejledninger/kvalitetsudvikling-og-det-gode-indikatorsat-oktober-2021.pdf>

I RKKP's databaser ønsker man, at indikatorerne afspejler hele sygdomsområdet i den pågældende database. I Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) har der i årevis primært været fokus på indikatorer, der beskriver og vedrører fødslen. Det har længe været et ønske, at man også inddrager indikatorer vedrørende graviditeten og barselsperioden.

Kvindens højde i cm og prægravid vægt i kg er blevet indberettet til Landspatientregistret (LPR) og det Medicinske Fødsels Register (MFR) i 20 år. De to oplysninger indgår i resultatindberetningen på maters fødselskontakt, hvor oplysningerne er obligatoriske. Der er meget stor kompletthed, cirka 98 % af de omkring 60.000 fødende årligt har oplysning om højde og prægravid vægt.

Der er betydelige argumenter for den nye indberetning af kvindens vægt ved fødslen, og nedenfor skitseres både de kortsigtede og langsigtede perspektiver.

### Kvindens vægt ved fødslen som kvalitetsindikator

Der planlægges to indikatorer, der omhandler kvindens vægt ved fødslen.

- 1) Andelen af fødende, hvor der er indberettet en vægt, der er målt ved fødslen eller indenfor 14 dage før fødslen.
- 2) Andelen af fødende, hvor vægtøgningen i graviditeten er indenfor Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

#### **1) Andelen af fødende, hvor der er indberettet en vægt, der er målt ved fødslen eller indenfor 14 dage før fødslen**

##### Baggrund:

Nødvendigheden af at kende kvindens vægt i relation til sikker medicinering og anæstesi:

- Mere end 25 % af alle fødende har kontakt med personale fra anæstesiologisk afdeling i forbindelse med deres fødsel. Det sker blandt andet i relation til forløsning ved kejsersnit, behov for anæstesi



til suturering af komplicerede bristninger eller manuel eksploration af uterus på baggrund af komplicerende blødning. Oftest anvendes regional anæstesi, men det er i nogle tilfælde nødvendigt at anvende generel anæstesi. Ved generel anæstesi doseres anæstesimidlerne efter aktuel vægt. Derfor er det vigtigt at kende den gravides aktuelle vægt.

- Gravides totale blodvolumen er afhængig af vægt, og ved akut blødning vurderes behovet for blodtransfusion bl.a. ud fra det tabte blodvolumen i forhold til det totale blodvolumen (det procentuelle tab). Derfor er den gravides aktuelle vægt sammen med mange andre parametre vigtig i vurdering af transfusionsbehovet. Andelen af fødende med behandlingskrævende blødning er støt stigende - både nationalt og internationalt. I DKF ses at andelen af kvinder der bløder mere end 1 liter er steget fra 6,4 % i 2014 til 9,4 % i 2022.
- Gravide med høj vægt/BMI ved fødslen har generelt betydelig øget risiko for komplikationer ifm. behov for akut anæstesi - især ved behov for generel anæstesi. Risikoen for svære intubationsforhold og aspiration mv stiger betydeligt. Den aktuelle vægt ved fødslen kan være øget meget i forhold til den prægravide vægt, således at kvindens aktuelle BMI kan udgøre indikation for at anbefale tidlig epiduralblokade ifm. vaginal fødsel i tilfælde af, at der skulle opstå behov for bedøvelse til kejsersnit eller andre indgreb. Derudover har det betydning at kende vægtøgningen i graviditeten, da en stor vægtøgning kan medføre behov for ekstra sikkerhedsforanstaltninger. Det kan for eksempel være revurdering i forhold til fødested.
- Fødende kvinder er den eneste patientkategori, hvor den aktuelle vægt er ukendt for det personale, der er ansvarlige for anæstesen, hvilket udgør en potentiel risiko for patientsikkerheden.

Begrundelsen for at indføre denne indikator er således primært at beskytte den gravide i tilfælde af akutte situationer, der kræver medicinering eller blodtransfusion.

Derudover er viden om kvindens vægt ved fødslen og vægtøgning i graviditeten værdifuld for egen læge ved konsultationen otte uger efter fødslen, hvor et af fokuspunkterne er kvindens vægt. Det er relevant for kvindens praktiserende læge at vide, hvor meget kvinden tog på under graviditeten mhp. rådgivning i forhold til forebyggelse af overvægt, følgesygdomme og planlægning af fremtidige graviditeter.

Se <https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/drift-af-databaser/vejledninger/kvalitetsudvikling-og-det-gode-indikator-sat-oktober-2021.pdf>

”RKKP's indsats skal ultimativt have en effekt på patienter og borgers helbred og livskvalitet.”

Der har været diskussion vedrørende beslutningen om at tillade en vægt, der er registreret indenfor 14 dage inden fødslen. Der er argumenter for, at det bør være ved selve fødslen, da kvindens vægt kan ændre sig væsentligt på 14 dage. Andre har argumenteret for, at det passer dårligt med den sidste jordemoderkonsultation, hvor der sagtens kan gå mere end 14 dage, inden kvinden føder. I international litteratur anvendes en vægt målt helt op til 4 uger før fødslen. 14 dage er således et kompromis.



### Registrering af vægt:

DKF har været i dialog med Sundhedsdatastyrelsen om den nye indberetning, og det har således været muligt fra 1. januar 2023 at indberette moders vægt ved fødslen i fødselsindberetningen til LPR.

Der kan være situationer, hvor man ikke kender kvindens vægt. Det kan f.eks. være i akutte situationer, hvor der ikke er tid til, at kvinden vejes. Det kan også skyldes, at kvinden ikke ønsker at oplyse sin vægt. Hvis man ikke kender kvindens vægt, er det naturligvis (i lighed med øvrige indberetninger) muligt at indberette "uoplyst" (værdien -1).

Regionerne bør tilstræbe automatisk datahøst for at minimere klinikernes registreringsbyrde og for at minimere risikoen for fejlindtastninger.

I Region Hovedstaden og Region Sjællands IT-system, Sundhedsplatformen, er det programmeret således at hvis kvindens vægt er registreret i systemet, f.eks. i forbindelse med jordemoder- eller lægekonsultation indenfor de seneste to uger op til fødselstidspunktet, trækkes denne værdi automatisk ind i resultatindberetningen i fødselsindberetningen. Der er således ikke behov for, at klinikerne bruger tid på at registrere værdien igen. Desuden bør der i hele landet arbejdes på at kvinden selv kan indsende værdien elektronisk til fødestedet, f.eks. via en app, og at værdien også her automatisk hentes ind i fødselsindberetningen. Dette forudsætter, at kvinderne er informerede om, hvorfor det er vigtigt at kende den aktuelle vægt i tilfælde af akutte situationer.

Indikatoren indføres pr 1/1 2024.

De endelige beregningsregler er under udarbejdelse.

## **2) Andelen af fødende, hvor vægtøgningen i graviditeten overholder Sundhedsstyrelsens anbefalinger.**

### Baggrund

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen findes specifikke anbefalinger for gestationel vægtøgning for såvel normal- som overvægtige gravide. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.ashx>

Vi ved fra litteraturen, og fra klinisk praksis, at risikoen for komplikationer i graviditet, fødsel og barselsperiode stiger med stigende prægravid BMI og ved stor vægtøgning i graviditeten (GWG, gestational weight gain). Der findes en god gennemgang i følgende review: Patrick M Catalano, Kartik Shankar. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. BMJ 2017; 356: j1. doi: 10.1136/bmj.j1

I graviditeten er højt prægravid BMI og stor vægtøgning associeret med øget risiko for komplikationer som GDM, makrosomi, hypertension og præeklamsi. Lille vægtøgning i graviditeten er omvendt associeret med lav fødselsvægt. I fødslen har højt BMI og gestationel vægtøgning betydning for risikoen for komplikationer for mor og barn. Der er forøget risiko for dystoci, skulderdystoci og kejsersnit. Efter fødslen er der øget risiko for post partum blødning, tromboembolisk sygdom, sårkomplikationer efter kejsersnit og for problemer med amningen.



Ved vægtstigning i graviditeten over de anbefalede grænser øges risikoen for vægtretention efterfølgende og således også risikoen for, at kvinden er i en højere BMI-klasse ved en efterfølgende graviditet. Dette medfører yderligere øget risiko for fertilitetsproblemer, abort og komplikationer i graviditeten og fødslen. Gestationel vægtstigning over de anbefalede grænser samt vægtretention 6 måneder efter fødsel er identificeret som nogle af de vigtigste faktorer for fedme og metabolisk syndrom på lang sigt.

Et nyt studie af langtidseffekten af stor vægtøgning i graviditeten viser, at det påvirker middellevetiden på grund af en øget dødelighed af alle årsager, specielt kardiovaskulære årsager og diabetesrelateret død.

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/vaegtstigning-under-graviditeten-og-moderens-langtidsprognose>

Børn af mødre med højt BMI eller stor vægtøgning i graviditeten har større risiko for overvægt og metabolisk dysfunktion i barndommen.

De fleste kvinder er motiverede for at optimere og ændre deres vaner under graviditeten. Derfor er denne periode et gunstigt tidspunkt at intervenere i forhold til at forbedre både kosten og opmærksomheden på fysisk aktivitet.

Vægtøgning og overvægt skyldes imidlertid et komplekst samspil mellem gener, livsstil og det omgivende samfund, og der forskes meget på at forstå sammenhænge omkring dette.

Styregruppen vurderer, at andelen af fødende, hvor det lykkes at overholde Sundhedsstyrelsens anbefalinger for vægtøgning i graviditeten, er en velegnet indikator i DKF.

Andelen af fødende med vægtøgning indenfor Sundhedsstyrelsens anbefalinger opgøres på regionsniveau. Vi er interesseret i at se den nationale udvikling over tid, ikke udviklingen på de enkelte sygehuse.

Afhængigt af hvad data fra DKF viser, kan man håbe at den nye viden sikrer ressourcer til et etablere meningsfulde tilbud til de gravide i fremtiden.

I Sundhedsstyrelsens netop udgivne analyse og kortlægning af fødeområdet beskrives også en tiltagende kompliceret population af fødende, bl.a. med en stigende andel af overvægtige gravide (side 11):

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Graviditet-og-f%C3%B8dsel/Kortlaegning-og-analyse-af-normeringer-paa-foedeomraadet.ashx>

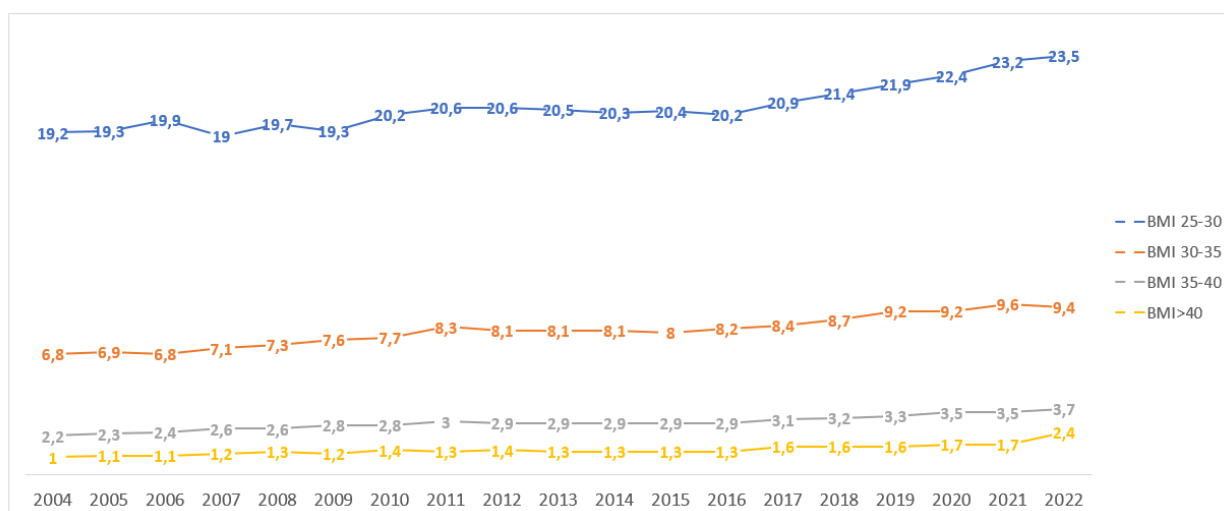
Indikatoren er velegnet af følgende årsager:

- Indikatoren vil omhandle en meget stor del af den gravide population.
- Den vil klarlægge et betydende område af svangreomsorgen, som vi i øjeblikket ikke har viden om.
- Vi ved fra litteraturen, at henholdsvis stor vægtøgning og lille vægtøgning kan have betydelige konsekvenser for risikoen for komplikationer i graviditet, fødsel og barsel, og således har vidtrækkende konsekvenser for mor og barn.
- Vi ved, at andelen med højt prægravid BMI er stigende, og vi formoder, at andelen med stor vægtøgning i graviditeten også er stigende. Denne mistanke begrundes i, at andelen af kvinder og børn i baggrundsbefolkningen med højt BMI og andelen af gravide med GDM er stigende. Se nedenstående grafer.



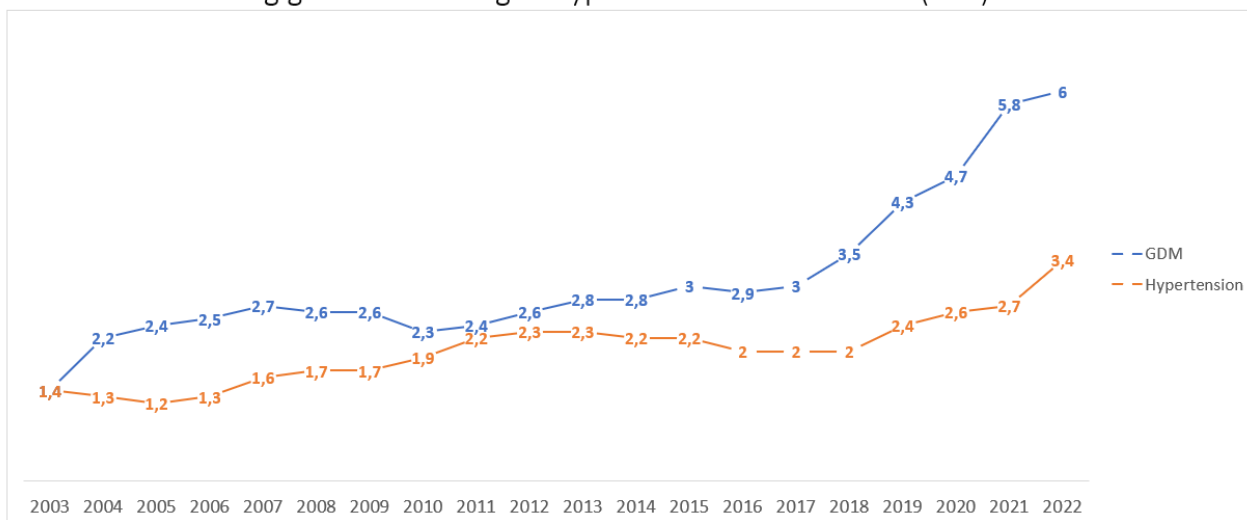
- Registrering af vægt ved fødslen vil give mulighed for at lave forskning på området. Kendskab til vægtøgning i graviditet i den danske population af fødende vil gøre det muligt at udforske sammenhænge imellem vægtøgning og komplikationer i graviditet, fødsel og barsel. Det kan blandt andet være sammenhængen mellem vægtøgning i graviditeten og blødning i forbindelse med fødslen.
- Vi formoder, at der er et forbedringspotentiale. Der er flere fødesteder, hvor specielle tiltag for at forhindre for stor vægtøgning, f.eks. adgang til diætist, er blevet fjernet på grund af besparelser. Opgaven med at tilbyde hjælp til livstilsændringer (i relation til kost, rygning, alkohol og motion) som tidligere blev varetaget af fødestederne er nu de fleste steder kommunernes ansvar. Det er styregruppens indtryk at der er stor forskel på tilbuddenes indhold og tilgængelighed i de forskellige kommuner. Ofte er de ikke tilpasset gravide kvinder.
- Desuden er der landsdelene imellem en skævhed i sundhedskompetencer, som betyder, at dem der kunne have mest gavn af hjælpen, måske ikke altid har overskud til at opsøge den. Hvis det lykkes at få fokus på området, vil der være en mulighed for at målrette svangreomsorgen. De eksisterende studier af virkningen af interventioner mod overvægt i graviditeten viser, at der er størst effekt, hvis der intervereres helt tidligt i graviditeten, eller prægestationelt.
- Hvis det lykkes at iværksætte indsatser, der begrænser de gravides vægtøgning i graviditeten, vil det have betydende implikationer på fødselsområdet. Specielt kan det få betydning for, hvor mange, der får graviditetskomplikationer som makrosom fostervækst, GDM og hypertension, hvilket blandt andet kan have betydning for andelen af fødsler, der skal sættes i gang og andelen, der ender med at føde ved kejsersnit.

#### Udvikling i gravides prægravide BMI 2004 til 2022 (SDS)

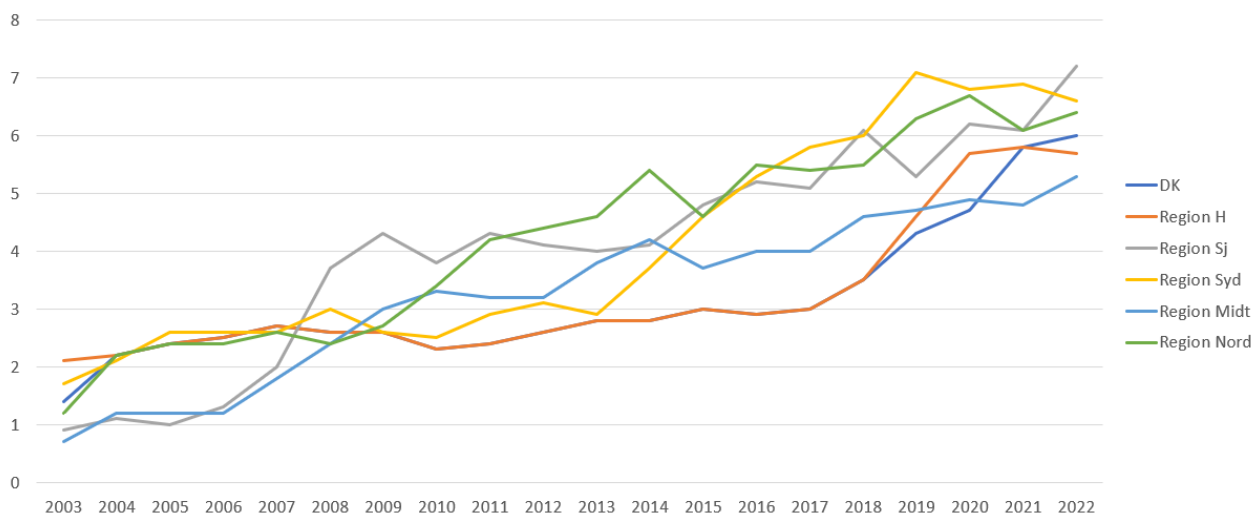




## Andel med GDM og graviditetsbetinget hypertension 2003 til 2022 (SDS)



## Udvikling i andel med GDM nationalt og regionalt




### Referencer:

Blondon M, Harrington LB, Boehlen F, Robert-Ebadi H, Righini M, Smith NL. Pre-pregnancy BMI, delivery BMI, gestational weight gain and the risk of postpartum venous thrombosis. *Thromb Res* 2016 Sep;145:151-6.

Annie M Dude, William Grobman, David Haas, Brian M Mercer, Samuel Parry, Robert M Silver, Ronald Wapner, Deborah Wing, George Saade, Uma Reddy, Jay Iams, Michelle A Kominiarek. Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes among Nulliparous Women. *Am J perinatal* 2021;38(2),182-190



Hyo Kyojuka,  Tsuyoshi Hiraiwa, Tsuyoshi Murata, Misa Sugeno, Toki Jin, Fumihito Ito, Daisuke Suzuki, Yasuhisa Nomura, Toma Fukuda, Shun Yasuda, and Keiya Fujimori. Gestational weight gain as a risk factor for dystocia during first delivery: a multicenter retrospective cohort study in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22:728

Patrick M Catalano, professor and director and Kartik Shankar, associate professor. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ* 2017; 356: j1  
Doi: [10.1136/bmj.j1](https://doi.org/10.1136/bmj.j1)