

# Rygning i graviditeten

Mange faktorer har indflydelse på graviditetsforløbet og fostret, men if. Sundhedsstyrelsen er rygning den enkeltfaktor, som har størst betydning [1]. Derfor hilser præsentationen af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)'s guidelines meget velkommen [2].

De helbredsmæssige risici for mor og barn ved aktiv og passiv rygning under graviditeten er velbelyste. Rygning i graviditeten er årsag til spontan abort, placentalsløsning, misdannelser, væksthæmning, fosterdød, asfyksi, præterm fødsel og vuggedød. Det kan være svært for en læge/jordemor at forstå, hvorfor en gravid vil udsætte sit barn for disse risici. Hvorfor holder de ikke bare op? For det første, fordi nikotin er lige så afhængighedsskabende som heroin. For det andet har de gravide, der ryger i dag, ofte svære psykosociale problemer. De er oftere kortuddannede, arbejdsløse, unge, har psykiske sygdomme, har været udsat for vold af partnere e.l. De har måske heller ikke den største tiltro til behandlingssystemet, og eksperterne i den unge kvindes liv er snarere hendes mor eller veninder (de røg, fik raske børn og »slap for at føde store børn«). Kan vi gøre noget for disse, ofte sårbare, gravide, og hvem skal tage hånd om dem?

I de nye guidelines præsenteres evidensen: Psykosociale interventioner øger chancen for gravidens rygestop og reducerer andelen af spædbørn med lav fødselsvægt og henvisninger til neonatal intensivbehandling. En dansk undersøgelse viser, at gravide har lige så stor succes med at blive røgfri som ikke-gravide, når de kommer på et rygestophold [3]. Så det kan lade sig gøre.

Guidelinene har gode anbefalinger. Alle gravide kvinder bør ved alle kontakter spørges om aktiv og passiv rygning samt brug af e-cigaretter og andre nikotinholdige produkter, da nikotin i sig selv er fosterskadeligt. Kvinder, der ryger eller bruger andre nikotinholdige produkter, bør tilbydes hjælp til rygestop via very brief advice (VBA)-metoden, hvor kommunen ringer op og tilbyder den gravide at komme på rygestophold. Det er også vigtigt, at den digitale svangrejournale kan integrere de nye anbefalinger. Kunne man have ønsket sig mere?

Interview med danske rygende gravide har vist, at de ønsker tidlig hjælp og savner mere dialog med lægen samt støtte til rygestop [4]. I den optimale ver-

den burde den rygende gravide derfor allerede ved første undersøgelse hos egen læge blive tilbudt intensiv støtte til rygestop. Man kan også frygte, at samarbejdet om VBA-metoden ikke kommer i gang, fordi kommunen ikke løfter opgaven. Derfor opfordres DSOG til at styrke samarbejdet med almen praksis og kommunerne i næste version af guidelinene.

At få stukket et telefonnummer til STOPlinien i hånden er nok spild af papir, fordi disse kvinder ikke har ressourcer til selv at ringe op og bede om støtte, og en kort telefonsnak ikke er tilstrækkeligt.

Når rygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for graviditetsforløbet og fostret, kan det undre, at rygning fortsat behandles stedmoderligt. Har den gravide sukker i urinen eller forhøjet blodtryk, sættes alle sejl til, med hyppige kontroller og rådgivning, for at passe optimalt på mor og barn. Hvorfor klassificeres den rygende gravide ikke som højrisikopatient med hyppige kontroller? Man kunne koble en personlig rygestoprådgiver til den gravide fra første kontakt til sundhedsvæsenet. Denne skulle sørge for motiverende samtaler, opmuntring og intensiv rygestopstøtte. Et randomiseret studie viste, at blandt patienter, der havde KOL og blev indlagt mhp. rygestop, var 52% røgfri efter et år mod 7% i kontrolgruppen, der fik vanlig kort rådgivning om at holde op med at ryge [5] (rygende gravide er som patienter med KOL ofte meget afhængige, kortuddannede og sårbare). Dette er inspiration til, når guidelinene skal revideres ...

Alle gravide elsker deres barn og vil barnet det bedste, selvom de ryger. De nye DSOG-guidelines er et vigtigt skridt på vejen til at sikre, at mor og barn kommer godt igennem graviditeten. Det skal Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi have tak for.

## LITTERATUR

1. Wisborg K, Henriksen TB. Tobak og graviditet. Sundhedsstyrelsen, 2004.
2. Rausgaard NLK, Knudsen AAV, Broccia MD et al. Tobak og graviditet. Ugeskr Læger 2019;181:V04190215.
3. Rasmussen M, Heitmann BL, Tonnesen H. Effectiveness of the gold standard programmes (GSP) for smoking cessation in pregnant and non-pregnant women. Int J Environ Res Public Health 2013;10:3653-66.
4. Projekt klistermærke til gravide rygere. Nationalt Center for Rygestop, 2004.
5. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rate of smoking abstinence in COPD patients: smoking cessation by hospitalization. NicotineTobRes 2008;10:883-90.

## LEDER

Charlotta Pisinger

Ugeskr Læger  
2020;182:V70754

## KORRESPONDANCE:

Charlotta Pisinger, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital. E-mail: charlotta.pisinger@regionh.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk