



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Vejledning til undersøgelse for barnløshed

Undersøgelse for barnløshed er ret omfattende, og virker også ofte forvirrende for parret. Denne vejledning er udfærdiget for at give en oversigt over lovgivning, alternative muligheder for at få et barn og undersøgelser, så I hele tiden kan følge med i, hvad der foregår.

Lovgrundlag er: Bekendtgørelse om assisteret reproduktion lov nr. 923 af 4. september 2006, som ændret ved lov nr. 1313 af 27. november 2013. Samt Sundhedsstyrelsens vejledning om autoriserede sundhedspersoners og vævscentres virksomhed og forpligtelser i forbindelse med kunstig befrugtning. December 2012.

(<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2012/vejledning-efter-aendring-af-lov-om-kunstig-befrugtning> , <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/graviditet-og-spaedboern/kunstig-befrugtning/lovmateriale>) og

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/C34D231D4E4A442E9389404D2178815D.ashx>

Tilbud om behandling:

Normalt vil behandling af ufrivillig barnløshed ikke blive indledt, førend tilstanden har bestået i mindst 12 måneder, medmindre dette på forhånd må anses for udsigtsløst pga. en eller flere væsentligt fertilitetsnedsættende biologiske faktorer hos parret eller hos kvinden (herunder høj alder hos kvinden). Hensynet til at tilstanden skal have bestået i mindst det anførte antal måneder, for at sikre tilstrækkelig styrke af behandlingsindikation, gælder også hvor en enlig ung kvinde, som biologisk må antages at være fuldt fertil, af andre grunde ønsker reproduktionsfremmende behandling, som omfatter sæddonation. Inden reproduktionsfremmende behandling indledes, bør der være foretaget undersøgelser, som i fornødent omfang belyser årsagen til evt. biologisk betingede konceptionsvanskeligheder. Disse bør som hovedregel omfatte gynækologisk undersøgelse, ægløsningsbestemmelse, sædanalyse og HSU/HSG (passage undersøgelse af æggelederne), eller andre undersøgelser, som ækvivalerer dette omfang. Forberedende undersøgelser omfatter endvidere celleprøve fra livmoderhalsen samt smitteundersøgelser for HIV og hepatitis (anti-HIV-1/2, HBsAg, anti-HBc samt Anti-HCV), røde hunde status og undersøgelse for klamydia.

Kvindens alder:

Behandling med kunstig befrugtning må ikke indledes eller fortsættes fra og med kvindens 46-års fødselsdag. Ved kunstig befrugtning forstås i denne forbindelse såvel behandling, hvor der udtages og/eller oplægges æg fra en kvinde, som inseminationsbehandling herunder ovulationsfremmende behandling kombineret med insemination.

Helbredsmæssige forudsætninger:

Lægen skal foretage en helbredsvurdering hos kvinder, som ønsker at blive gravide ved kunstig befrugtning, samt på baggrund heraf informere kvinden/parret om den risiko, der eventuelt i det konkrete tilfælde må antages at være forbundet med behandling eller med svangerskab og fødsel. Hvor det vurderes, at der foreligger en væsentligt øget helbredsmæssig risiko, særligt forhold som indebærer en nærliggende risiko for fosterets udvikling, bør dette søges afhjulpel før kunstig befrugtning iværksættes, eventuelt må lægen fraråde etablering af graviditet eller efter en konkret vurdering i særlige tilfælde afslå at medvirke.

Forældreegnethed:

Lægen skal - inden for rammerne af det kendskab til en kvinde/et par, som normalt kan forudsættes opnået i forbindelse med den sundhedsfaglige udredning og stillingtagen



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

til behandling for ufrivillig barnløshed – være opmærksom på, om der er åbenbar eller dog efter lægens vurdering begrundet tvivl om kvindens/parrets omsorgsevne i forhold til et kommende barn.

Information og samtykke:

Behandling med kunstig befrugtning forudsætter, at der indhentes skriftligt samtykke fra kvinden og dennes eventuelle ægtefælle eller partner til behandlingen

Der skal, som forudsætning for et gyldigt samtykke, gives såvel skriftlig som mundtlig information. Kvinden/parret har ret til at få supplerende mundtlig information i det omfang, det ønskes.

Der skal altid informeres om behandlingens udsigt til at lykkes, de mulige risici, samt alternativer til behandling med kunstig befrugtning.

Information om udsigten til vellykket behandlingsresultat efter behandling med kunstig befrugtning skal bl.a. belyse kvindens/parrets sandsynlighed for, at opnå levende fødsel af (mindst) ét barn ved den pågældende behandling, beregnet per påbegyndt behandlingscyklus, eller – ved insemination – per behandlingscyklus. Ved information om sandsynligheden for levende fødsel efter behandlingen skal der tages hensyn til forhold hos kvinden/manden, som har betydning for den individuelle

prognose - fx. kvindens alder eller kombination af flere fertilitetsnedsættende faktorer hos parret.

Informationen skal også omfatte mulige komplikationer og risici ved behandlingen, herunder særligt risiko for overstimulation, infektion, ekstrauterin graviditet, flerfoldgraviditet eller videregivelse af arvelige sygdomme, mv.

Information om risiko for flerfold graviditet og mulige komplikationer hertil skal altid gives, hvor denne risiko er øget som følge af behandlingen. Såfremt en kvinde på forhånd tilkendegiver, at hun ikke kan acceptere muligheden af evt. at gennemføre et tvillingsvangerskab, bør behandling, hvor risiko herfor må vurderes at være væsentligt øget i forhold til naturlig ustimuleret konception ikke gennemføres.

Der skal informeres om, hvordan donorer udvælges og testes for sygdomme, og at det ved donation af kønsceller ikke fuldstændigt kan udelukkes, at det kommende barn vil arve en sygdom, da der ikke kan testes for alle arvelige sygdomme. Kvinden/parret skal informeres om vigtigheden af, at kvinden/parret melder tilbage til klinikken, hvis det kommende barn mod forventning fødes med en arvelig sygdom.

Der må ikke behandles med kunstig befrugtning i situationer, hvor en autoriseret sundhedsperson eller en person under en autoriseret sundhedspersons ansvar har kendskab til, at ægcellen og sæden stammer fra "genetisk nært beslægtede eller i øvrigt genetisk nærmere beslægtede personer".

Sæddonor.

Kontaktbar og ikke-kontaktbar donor.

Efter den seneste lovændring er der valgfrihed med hensyn til donationsform, både for den enkelte donor, og for den enlige kvinde eller det par, som ønsker behandling med donerede æg eller sæd.

I medfør af den nye lov om kunstig befrugtning kan donation af kønsceller ske anonymt eller ikke-anonymt.

Ikke-kontaktbar donor Når der anvendes denne type donor, er det kun muligt for kvinden/parret at få oplysning om donorens hudfarve, hårfarve, øjenfarve, højde og vægt (basisprofilen). Der kan desuden indhentes oplysninger om donors blodtype, hvor det vurderes nødvendigt af sundhedsfaglige årsager.

Kontaktbar donor For kontaktbare donorer gælder, at det enten er muligt at opnå flere oplysninger om donor end dem, der er indeholdt i basisprofilen og/eller donorer, som defineres som kendt, åben eller dedikeret.

En donor med såkaldt *udvidet donorprofil* er i medfør af ovenstående en ikke-anonym donor, hvis identitet ikke kendes af recipienten på donationstidspunktet, men hvor valget af donor kan ske på grundlag af flere oplysninger om donor end indeholdt i basisprofilen. Eksempelvis kan der i donorkataloget være givet oplysninger om en sådan donors erhverv, fritidsinteresser, uddannelse, stemmeprøve, babyfotos og lignende.



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Kendt donor (anvendes ikke på klinikken) En sådan donor af sæd eller æg kendes af modtageren eller modtagerne på tidspunktet for donationen. Den kendte donor kan være en voksen person, som en enlig kvinde eller et samlevende par selv møder med og som samtykker i at donere under nærmere aftalte vilkår. Befrugtning med sæd fra en kendt donor, som ikke er kvindens partner, har hidtil ikke været omfattet af lov om kunstig befrugtning, men har kunnet finde sted uden for anvendelsesområdet for lov om kunstig befrugtning, eksempelvis på en privat fertilitetsklinik under ansvar af en jordemoder eller bioanalytiker.

Åben donor Ved begrebet åben donor forstås en donation, hvor donors identitet ikke er kendt af modtageren på donationstidspunktet, men hvor det er aftalt, at der på et senere tidspunkt kan gives yderligere oplysninger end basisoplysninger. Det kan eksempelvis være oplysninger om donors identitet. Det kan aftales, at oplysningerne gives til barnet og/eller modtageren af donationen ved henvendelse til sædbanken og det kan aftales hvilket tidspunkt eller under hvilke omstændigheder disse oplysninger skal gives. Den skriftlige aftale indgås mellem sæddonor og det modtagende kvinde/par, hvilket sker i samarbejde med fertilitetsklinikken/sædbanken. En sådan donor betragtes derfor som en ikke anonym donor. En mulig form for åben donation er en donation, hvor det er aftalt, at barnet som den eneste kan få oplyst donors identitet, når barnet er fyldt 18 år.

Dedikeret donor (anvendes ikke på klinikken) Her sker donationen efter donors skriftlige samtykke og bestemmelse til brug for behandlingen af en bestemt person. Konsekvensen heraf er blandt andet, at en dedikeret sæddonor som udgangspunkt efter lovgivningen vil blive anset som far. I modsætning hertil kan en ikke-dedikeret sæddonor, uanset om sæddonationen er anonym eller ikke-anonym, åben eller lukket, ikke blive udlagt som far. En ægdonor kan ikke blive anset som mor, uanset om donationen er dedikeret eller ikke-dedikeret, idet hun ikke skal føde barnet.

En sædbanks distribution af sæd skal tilrettelægges med henblik på, at antallet af levedygtige graviditeter (det vil sige graviditeter med påvist graviditetssæk i livmoderen og hjertelyd) etableret ved behandling i Danmark, samlet i hele donors virke ikke overstiger 12. Der skal dog fortsat kunne tages et særligt hensyn til familier, som ønsker samme donor til næstfølgende barn/børn.

Sikkerheden ved sæddonation hviler bl.a. på, at rekvirerede, endnu ikke anvendte sædportioner ('strå') uden unødigt forsinkelse foreløbigt karantæneres eller permanent tilbagekaldes/destrueres, såfremt der opstår mistanke om risiko ved anvendelsen – eksempelvis genetisk betinget (arverisiko) eller betinget af kontaminering (smitterisiko). Mistanke om arverisiko hos en donor opstår, når der er konstateret sygdom, død, udviklingsdefekt eller alvorlig misdannelse hos et donorbarn enten under graviditeten, ved fødslen eller senere under barnets opvækst, og hvor dette kan skyldes genetiske forhold hos enten moderen, en donor, eller dem begge, eller hvor det drejer sig om forhold, der kan indicere, at donorsæd kan være blevet kontamineret med smittekim. I det følgende betegnes dette som 'alvorlige bivirkninger', og der eksemplificeres med alvorlige bivirkninger, som indikerer mulig arverisiko.

Den behandlende autoriserede sundhedsperson er i medfør af vævsloven forpligtet til at indberette alvorlige bivirkninger af mulig betydning for sikkerhed ved anvendelsen af væv/celler fra en donor, til Styrelse for Patientsikkerhed og til den sædbank, hvorfra sæden er rekvireret. En væsentlig forudsætning for, at autoriserede sundhedspersoner kan efterleve denne forpligtelse er, at den behandlende autoriserede sundhedsperson eller sædbanken modtager en tilbagemelding om forekomsten af alvorlige bivirkninger fra de pågældende behandlede kvinder/par. Det er derfor vigtigt, at kvinden/parret grundigt informeres om vigtigheden af tilbagemelding til den behandlende autoriserede sundhedsperson eller sædbanken i tilfælde af en alvorlig bivirkning.

En anmeldelse til sædbanken, til behandlende autoriserede sundhedsperson eller til Styrelsen for patientsikkerhed kan efter omstændighederne også komme fra en fødeafdeling, fra en pædiatrisk eller klinisk-genetisk speciallæge/afdeling, hvor udredning har fundet sted, eller fra en praktiserende læge. Dette skyldes, at forekomst af en alvorlig tilstand hos barnet giver anledning til vurdering af gentagelsesrisikoen, hvor det vil blive oplyst (medmindre forældrene tilbageholder oplysningen), at der er anvendt heterolog donor. Endelig kan en henvendelse komme fra den kvinde/det par, som har fået barnet, eller fra disses pårørende. Donor selv kan også henvende sig til sædbanken, hvis han har fået konstateret en arvelig sygdom.



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Såfremt Styrelsen for Patientsikkerhed modtager oplysning om en alvorlig uønsket hændelse eller alvorlig bivirkning, tager Sundhedsstyrelsen kontakt til sædbanken, med henblik på, at sædbanken iværksætter de nødvendige forholdsregler.

Den behandelende autoriserede sundhedsperson skal snarest efter den modtagne underretning om det udstedte anvendelsesforbud af den pågældende donor orientere alle de kvinder, der i denne autoriserede sundhedspersons ansvarsregi, som har opnået graviditet med sæd eller æg fra den pågældende donor. Den autoriserede sundhedsperson skal så vidt muligt kontakte kvinderne personligt, eventuelt via telefon, med efterfølgende skriftlig orientering med nærmere oplysninger og anvisninger.

Informationen skal også omfatte information om adoptionsmuligheder (se bilag, adoption).

VEJLEDNING OM RETSLIGE FORHOLD VEDRØRENDE MODERSKAB OG FADERSKAB VED FORETAGET KUNSTIG BEFRUGTNING

1. Fastlæggelse af moderskab.

Den kvinde, der føder barnet, anses som barnets mor, også selv om moderen har fået doneret ægget fra en anden kvinde som led i behandlingen.

2. Fastlæggelse af faderskab.

Anvendelse af egen sæd:

Ved kunstig befrugtning, hvor der anvendes sædceller fra ægteemanden eller fra en anden mand, som kvinden samlever med, vil de retlige virkninger i forbindelse med faderskab være som ved naturlig befrugtning.

Det vil sige:

a) hvis parret er gift, anses ægteemanden som far, jf. børnelovens § 2 stk. 1 og § 3 og

b) hvis parret er ugift, skal manden, før behandlingen indledes, i forbindelse med samtykket til behandlingen tillige skriftligt erklære, at han vil anerkende faderskabet til barnet.

Ovenstående gælder uanset om det æg, der anvendes til befrugtningen, er kvindens eget æg eller et æg, der er blevet doneret til parret fra en anden kvinde.

Anvendelse af donorsæd:

Ved kunstig befrugtning af en gift kvinde med donorsæd, vil ægteemanden som udgangspunkt blive anset

som faderen, jf. lov om børns retsstilling § 2 og § 3.

Ved kunstig befrugtning af en ugift kvinde med donorsæd, skal manden, før behandlingen indledes, i forbindelse med samtykket til behandlingen skriftligt erklære, at han vil anerkende faderskabet til barnet.

Anerkendelse af faderskabet overfor Familieretshuset kan ske uanset, at barnet er blevet til ved hjælp af donorsæd. Fødes et barn af en kvinde, der er gift med en kvinde eller har en registreret partner, registreres ægtefællen eller partneren som medmor til barnet. Registreringen af medmoderskabet foretages af Familieretshuset før barnet fødes (børneloven af juni 2013).

3. Retsvirkninger af faderskab og moderskab

Barnets forældre har pligt til at forsørge barnet til det er 18 år. Barnet har ret til at bære forældrenes navn, og det vil have arveret efter forældrene.

Samtykke/erklæring vedr. faderskab/medmoderskab:

Ægtefællen, den registrerede partner eller partneren til den kvinde, der skal behandles, skal give samtykke til behandlingen med assisteret reproduktion og erklære, at han eller hun skal være henholdsvis barnets far eller barnets medmor. En evt. kendt sæddonor skal ligeledes medunderskrive blanketten og erklære, hvorvidt han skal være far eller i stedet er enig i, at kvindens partner registreres som medmor eller far.

Erklæring findes på Familieretshuset hjemmeside: www.familieretshuset.dk



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Oversigt:

Manden bedes fremsende en henvisning fra egen læge.

Indledningsvis foretages følgende rutineundersøgelser, hvis de ikke foreligger ved henvisningen til klinikken.

- 1: Blodprøve fra begge for HIV-antistoffer (AIDS) og hepatitis B/C for at beskytte barnet.
- 2: Blodprøve for rubella-antistoffer hos kvinden (røde hunde virus). Er kvinden ikke beskyttet mod røde hunde, tilrådes vaccination, svangerskabsforebyggelse i 3 måneder og ny blodprøve for at sikre, at vaccinationen er slået an, før vi går videre.
- 3: Manden afleverer en urinprøve ved egen læge mhp. undersøgelse for chlamydia og gonorré
- 4: Rutinegynækologisk undersøgelse af kvinden og podning fra livmoderhals for chlamydia og gonorré for at mindske risiko for infektion ved undersøgelser og behandlinger samt beskyttelse af barnet mod smitte.

Følgende undersøgelser vil altid blive udført hos kvinden:

- 1: Blodprøve 2.-5. cyklusdag.

Hormonanalyser: FSH, LH, Østradiol, Prolaktin, TSH, TPO, HbA1c og AMH. Kan evt. kombineres med andre rutineblodprøver.

- 2: HSU. En speciel undersøgelse med kateter i livmoderen til påvisning af passage igennem æggeledere. Undersøgelsen kombineres med ultralyd af æggestokke og foretages på 10.-12. cyklusdag.

- 3: Blodprøve på 21. cyklusdag, 7 dage efter ægløsning.

Følgende undersøgelser vil altid blive udført hos manden:

- 1: Sædundersøgelse.

- 2: Swim-up-oprensning. Begge undersøgelser udføres på samme sædprøve.

Når de nødvendige undersøgelser er foretaget, mødes alle igen til en konsultation (optimalt i forbindelse med HSU), og her gennemgås resultater og behandlingstilbud. Patientvejledning til jeres situation gives mundtligt og skriftligt.

Kører programmet perfekt, kan undersøgelserne overstås på 2-3 konsultationer for kvindens og 2 konsultationer for mandens vedkommende i løbet af en cyklus. Det er desværre sjældent, at det går så nemt, da vi jo ikke altid kan forudsige kvindens cyklus, og ferie og helligdage kan blokere en undersøgelse, der så må udskydes til efterfølgende cyklus.

Andre valgmuligheder:

Du/I kan vælge at sige stop med den videre behandling.

Du/I kan vælge at fortsætte med behandling i privatklinik.

Husk, at du/I altid er velkomne til en rådgivende samtale, når som helst i forløbet.

Med venlig hilsen

Ivan Moulun Grunnet
Speciallæge i gynækologi

Redigeret af Ivan M. Grunnet den 01.02.2026
Revideres senest Februar 2028



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Bilag - Adoption:

Det er et grundlæggende krav for, at man kan få lov til at adoptere, at adoptionen kan anses at være til gavn for barnet. Hvis man ønsker at adoptere et barn, skal man godkendes til adoption. For at blive godkendt til adoption skal man opfylde nogle generelle godkendelseskrav.

Læs om adoption: <https://www.borger.dk/Sider/Adoption.aspx>. www.adoption.dk, samt

Adoption og Samfund, <http://adoption.dk/>

Links om ufrivillig barnløshed:

www.netdoktor.dk, www.donorbarn.dk og www.ifub.dk

Bilag - LIVSSTIL OG FERTILITET

(kopieret fra vejledning, fertilitetsklinikken, Skejby, Århus)

Individuelle risikofaktorer for nedsat frugtbarhed

Individuelle risikofaktorer dækker en række forhold, som kan have betydning for graviditetschancen. De fleste kendte, individuelle risikofaktorer er livsstilsfaktorer, som fx tobaksrygning, alkohol, kaffe, overvægt og motion.

Livsstilsrelaterede problemer er vigtige, fordi der her er tale om de relativt få ting, man selv kan påvirke og dermed ændre sin graviditetschance.

Det der betyder allermest kan man imidlertid ikke gøre noget ved: Alder.

Alder

Kvinder kan i princippet blive gravide, så længe de har ægløsning, det vil sige frem til overgangsalderen. Graviditetschancen er nogenlunde konstant i alderen 20 til 30 år, men derefter falder chancen frem til omkring 45 år, hvor kun ganske få bliver gravide. Det gælder også i forbindelse med fertilitetsbehandling. Forklaringen er bl.a., at kvinder er født med et givet antal æg. Jo ældre man bliver, jo færre æg er der. Derudover ser man flere og flere fejl i arveanlæggene på de befrugtede æg, jo ældre kvinden er.

Risikoen for tidlig spontan abort stiger også med alderen. Den øgede risiko for spontan abort med stigende alder skyldes den øgede hyppighed af kromosomfejl.

Mandens alder har også betydning (mindre end kvinden) for graviditetschancen, omend alderen formentlig først nedsætter graviditetschancen på et senere tidspunkt end for kvinder, dvs. fra 35-40 års alderen.

Rygning

Tobaksrygning er den bedst undersøgte af de mange livsstilsfaktorer i forhold til graviditetschance. Rygere venter generelt længere på at blive spontant gravide sammenlignet med ikke-rygere. Risikoen for længere ventetid er generelt ca. 1,5 gange større for rygere end for ikke-rygere. Risikoen synes kun at være en smule større for storrygere sammenlignet med kvinder, der ryger mindre.

I forbindelse med fertilitetsbehandling ser rygning ud til næsten at halvere graviditetschancen. Rygning mindsker frugtbarheden ved at påvirke æggestokkenes funktion, ved at hæmme æggelederne samt ved at påvirke slimhinden i livmoderen. Det væsentlige er, at det hjælper at holde op med at ryge.

Kvinder, som ophører med at ryge, opnår næsten samme chance for at de befrugtede æg sætter sig fast, som kvinder der aldrig har røget. Chancen for at graviditeten forløber normalt og ender med fødsel af et sundt barn øges også, når man holder op med at ryge.



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Det er ikke helt sikkert, hvad mandens rygevaner betyder for graviditetschancen. Det er tvivlsomt om rygning påvirker sædkvaliteten. Under alle omstændigheder ser mandens rygning ikke ud til direkte at påvirke graviditetschancen i forbindelse med fertilitetsbehandling. Konklusionen er, at rygning nedsætter frugtbarheden. Vi anbefaler derfor, at kvinder som planlægger graviditet – og især kvinder, som behandles for barnløshed - holder op med at ryge. Selv om mandens rygevaner nok kun spiller en begrænset rolle for parrets graviditetschance, kan det have stor betydning for kvindens motivation og mulighed for selv at reducere sit cigaretforbrug, at manden gør det samme. Rygeophør hos manden er således særligt relevant for par, hvor kvinden har ønske om selv at holde op med at ryge. Lykkes det begge parter at holde op med at ryge, har man jo også beredt et godt indeklima for et kommende barn. Her ved vi, at passiv rygning har væsentlig betydning for barnets risiko for luftvejssygdomme, vuggedød, mellemørebetændelse og allergi. Professionel hjælp kan være nødvendig. Rygestopklinikker kan tilbyde rådgivning og støtte og om nødvendigt ordinere lægemidler for at gøre det lettere at holde op med at ryge.

Råd og anden hjælp kan også opnås via internetsider, f.eks. www.stoplinien.dk.

Alkohol

Det er velkendt, at kvinder med et stort dagligt alkoholforbrug har større risiko for manglende ægløsning, uregelmæssig menstruation og dårlig funktion af menstruationscyklus efter ægløsningen end kvinder med et mindre forbrug.

De fleste store undersøgelser viser, at et forbrug på mere end ca. 14 genstande om ugen øger risikoen for lang ventetid til graviditet. Nogle studier viser, at et lille ugentligt forbrug tilsyneladende øger graviditetschancen, mens et par små studier viser det modsatte. Samlet set er der dog næppe grund til at tro, at et lille ugentligt alkoholforbrug skulle være decideret gavnligt. Omvendt giver de store befolkningsundersøgelser ikke anledning til at mene, at et mindre ugentligt forbrug nedsætter graviditetschancen.

For kvinder i fertilitetsbehandling foreligger der relativt få studier. Et mindre ugentligt forbrug synes ikke at påvirke resultaterne af inseminationsbehandling. For kvinder i IVF-behandling foreligger næsten ingen oplysninger.

Et forbrug på 1-2 genstande per dag ser ud til at øge risikoen for spontan abort, i alt fald i begyndelsen af graviditeten.

Mænd og alkohol

Mænd med et stort dagligt alkoholforbrug har øget risiko for at have små testikler og nedsat sædkvalitet. Der er beskeden viden om betydningen af alkoholforbrug på op til ca. 2-3 genstande om dagen. De fleste større studier viser ingen eller ringe sammenhæng mellem alkohol og sædkvalitet, og der synes ikke at være sammenhæng mellem mænds alkoholforbrug og graviditetschance, selv ved et større forbrug på tre genstande om dagen. Mænds alkoholforbrug synes heller ikke at øge risikoen for tidlig spontan abort. Selvom der altså ikke synes at være grund til at advare mod et lille ugentligt alkoholforbrug, anbefaler Sundhedsstyrelsen et forsigtighedsprincip i forhold til alkohol: Kvinder der forsøger at opnå graviditet bør afholde sig helt fra alkohol – for en sikkerheds skyld.

Kaffe

Kaffe har en central plads i mange danskeres dagligdag. Danmark er således et af de lande i verden, hvor der drikkes mest kaffe per indbygger.

Et forbrug på ca. 5 kopper kaffe (eller 10 kopper te eller 2 liter cola) om dagen eller mere øger risikoen for længere ventetid til graviditet, og graviditetschancen falder måske til det halve.

Virkningen af 5 kopper kaffe om dagen svarer altså til at ryge.

Fem kopper kaffe om dagen eller mere ser også ud til at øge risikoen for tidlig spontan abort.

Kaffes betydning for graviditetschancen i forbindelse med fertilitetsfremmende behandling er stort set ikke undersøgt.

Mænds kaffeforbrug er ikke vist at have samme negative betydning.



Ivan M. Grunnet

Speciallæge i gynækologi

Skt. Anne Plads 2, 5000 Odense C. Tlf. 66 14 76 00. Ydernr. 244570

E-mail: klinikken@ivangrunnet.dk

www.ivangrunnet.dk

Overvægt

Overvægt beregnes ud fra Body mass index (BMI), som angiver vægten i forhold til højden (vægt/højde²). Normalvægtige har et BMI på 18,5-24. Overvægt defineres som et BMI på 25-29, fedme som et BMI på 30 eller derover.

I Danmark er andelen af svært overvægtige (BMI >30) steget fra 6 % i 1987 til 11 % i 2005.

Stigningen har været særligt stor blandt unge voksne, dvs. kvinder og mænd i den fertile alder.

Det er velkendt, at overvægtige kvinder har større risiko for manglende ægløsning og for nedsat insulinfølsomhed. Derfor er det heller ikke overraskende, at overvægtige generelt skal vente længere end normalvægtige på at opnå graviditet.

I forhold til fertilitetsbehandling er det ikke helt entydigt, om vægt i sig selv betyder noget for graviditetschancen. Nogen studier tyder på, at overvægtige får færre æg ud ved IVF, at æggene bliver dårligere befrugtet, og at graviditetschancen er mindre. Andre studier viser ikke sådanne sammenhænge. Hvis vægt betyder noget, er det i alt fald af mindre betydning end f.eks. alder og hormonniveauer.

De noget forskellige resultater, især i forhold til IVF-resultater, kan måske forklares ved, at andre faktorer modificerer effekten af BMI. For eksempel er det muligt, at betydningen af BMI afhænger af kvindens alder. Det er vist, at graviditetschancen bliver mindre, jo mere man vejer, hvis man er under 35 år. Derimod betyder overvægt måske mindre hos kvinder over 35 år, fordi betydningen af overvægt ikke er så stor sammenlignet med betydningen af alder.

Der foreligger meget få studier om betydningen af mandlig overvægt i forhold til graviditetschance, men overvægt og fedme ser ikke ud til at påvirke sædkvaliteten.

De fleste fertilitetsklinikker i Danmark har en absolut BMI-grænse for behandling. Grænsen varierer mellem BMI 30 og 35.

Kvinder med BMI over den fastsatte grænse tilbydes ikke behandling. Derimod har kun enkelte klinikker begrænsning i forhold til fx rygere. Dette kan måske undre, når det ikke er helt sikkert, at overvægt nedsætter graviditetschancen, hvorimod vi er ret sikre på, at rygning er skadelig.

De faste grænser skal ses i lyset af, at overvægt og fedme øger risikoen for en række graviditets- og fødselskomplikationer, bl.a. tidlig spontan abort, sukkersyge i graviditeten, svangerskabsforgiftning, kejsersnit (både planlagt og akut) og dødfødsel.

Motion

Flere undersøgelser tyder på, at risikoen for ufrivillig abort tidligt i graviditeten øges, hvis man dyrker bestemte former for motion, eller hvis man belaster kroppen mere, end man plejer.

Jogging, boldspil, workout/fitness og ketcher sport synes at give en særligt øget risiko.

Svømning og rolig fysisk aktivitet, som f.eks. cykling og gang/vandring og ridning, kan du/l udmærket fortsætte med. Vi synes, at du skal have dette i tankerne, hvis du motionerer fra inseminationstidspunktet og ved opnået graviditet frem til omkring 18. graviditetsuge.

Bilag - Information om HIV:

Alle danske fertilitetsklinikker er af Styrelsen for Patientsikkerhed blevet pålagt, at videregive nedenstående information til par, som modtager insemination med donorsæd:

“AIDS er en meget alvorlig, smitsom sygdom, der ødelægger kroppens forsvar mod infektionssygdomme og visse kræftsvulster. Sygdommen skyldes et virus, som kan forekomme i blandt andet sæd. Man har i videst muligt omfang sikret sig, at donorerne ikke har haft en adfærd, der indebærer risiko for at være smittet med HIV. Herudover undersøges donorerne med blodprøver for HIV-infektion før godkendelse.

Sæden anvendes først, når den har været opbevaret nedfrosset i mindst 6 måneder, og der på ny er udført blodprøve af donor for HIV-infektion for at udelukke, at donor i denne periode har udviklet antistoffer mod HIV. Til trods for disse sikkerhedsforanstaltninger kan en helt minimal risiko for overførsel af HIV ikke udelukkes.