

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Granskad av: Johanna Källén, (johka87), Medicinsk sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-03

Giltig till: 2028-02-17

GBS (Grupp B-streptokocker, Streptococcus agalactiae) - handläggning av den gravida kvinnan och det nyfödda barnet

Förändringar sedan föregående version

Ändrad handläggning vid PPRM och GBS. Peroral

antibiotikabehandling kan ges fram till förlossning/induktion.

Sammanfattning

Riktlinjen vänder sig till personal på mödravården,

förlossningsavdelningen, BB och neonatalavdelningen. Riktlinjen

beskriver hur kvinnor med GBS (Grupp B-streptokocker) handläggs

under graviditet och förlossning samt rutiner för provtagning och

övervakning av deras nyfödda barn.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	2
Bakgrund	2
Förutsättningar.....	3
Genomförande	3
Under graviditeten.....	3
Under förlossningen	3
Handläggning av det nyfödda barnet	5
Tidig hemgång	5
Diagnoskodning i patientjournal.....	5
Dokumentinformation	5
Länkförteckning	6

Bakgrund

Omkring 20–30 % av gravida kvinnor är koloniserade med GBS vaginalt, i urinvägar eller rektalt. Cirka 50 % av barnen till kvinnor som är bärare av GBS genitalt, blir koloniserade under förlossningen. GBS kan i sällsynta fall överföras före partus utan föregående värkar eller vattenavgång och ge upphov till intrauterin infektion och

fosterdöd. Barnen infekteras dock i regel vid partus via andningsvägarna med pneumoni, sepsis eller meningit som följd. Incidensen av GBS-sepsis i olika studier varierar mellan 0,2–2 fall/1 000 levande födda.

Förutsättningar

Genom att identifiera riskfaktorer för neonatal GBS-infektion, och behandla kvinnor med dessa riskfaktorer med intrapartal antibiotika, kan man minska incidensen av tidigt debuterande neonatal GBS-sepsis/-pneumoni.

Genomförande

Under graviditeten

GBS i urinodling behandlas endast vid cystitsymtom och behandlingseffekten ska alltid utvärderas efter avslutad behandling. Journalen ska märkas med ”GBS-bärare” i rutan för ”Patientnoteringar”.

Behandling

Fenoximetylpenicillin (till exempel T. Kåvepenin) 1 g 1 x 3 i fem dagar. Vid penicillinallergi ges nitrofurantoin (T. Furadantin®) 50 mg x 3 i fem dagar. Kontrollodling efter behandling utförs inte; ny odling tas endast vid symtom. Kvinnor med anamnes på GBS-bakteriuri ska ges intrapartal antibiotikaprofylax, [se nedan](#).

Under förlossningen

Indikationer för GBS-profylax

Intrapartal antibiotikaprofylax ges till kvinnor som är kända GBS-bärare under aktuell eller tidigare graviditet:

Avseende rutiner för uppföljning av barnen delas kvinnorna in i olika riskgrupper:

Riskgrupp 1

Tidigare barn med GBS-komplikation (pneumoni, sepsis, meningit eller fosterdöd med sannolikt samband med GBS).

Riskgrupp 2 A

Känd GBS-bärare och något av följande:

1. Förlossning till och med graviditetsvecka 36+6
2. Vattenavgång >18 timmar.

Riskgrupp 2 B

Känd GBS-bärare.

Dessutom ges intrapartal antibiotikaproylax till alla kvinnor med:

3. Förlossning till och med vecka 36+6
4. Vattenavgång >18 timmar.

Vid elektivt sectio finns inte indikation för GBS-profylax.

Antibiotikaproylax påbörjas vid förlossningsstart eller redan i samband med induktion om man misstänker snabbt förlopp och ska ha givits minst två och helst fyra timmar före partus för att göra tillräcklig nytta för barnet. Behandlingen ska pågå tills patienten är förlöst.

5. Injektion bensylpenicillin (till exempel Benzylpenicillin Panpharma) 3 g x 4 intravenöst
6. Vid pc-allergi ges i stället infusion klindamycin (till exempel Dalacin®) 900 mg x 3 intravenöst.

Vid **vattenavgång utan värkar** efter v 37+0 väntar man med GBS-profylax tills förlossningsarbete/induktion påbörjas. Vid positiv GBS i samband med prematur vattenavgången kan behandling ges med V-penicillin 1g x3 ges fram till v 37+0 om inga andra indikationer för snar förlossning föreligger, som mekoniumfärgat fostervatten, CTG-avvikelse eller infektionstecken. I dessa fall ska patienten läggas in och ställningstagande till induktion/sectio tas följande dag.

OBS! Vid feber under förlossning och misstanke om uppåtstigande infektion, räcker det inte med GBS-profylax, utan patienten ska ges

infektionsbehandling, till exempel med piperacillin/tazobaktam 4 g x 3 iv.

Handläggning av det nyfödda barnet

För handläggning av barnet, se avsnitt om barn i rutinen [Barn – Observation av barn inom obstetrike](#) med utökat vårdbehov (ej diabetes eller sena [prematurer](#)) upprättad av Obstetrik gemensamt vid SU.

Som arbetsmaterial vid SÄS kan bilagan [GBS - Checklista för barn som tillhör riskgrupp för infektion, SÄS.docx \(sharepoint.com\)](#) användas.

Tidig hemgång

Se riktlinje [BB-rond, SÄS](#).

Diagnoskodning i patientjournal

Diagnoskod kvinnans journal

O98.8A Grupp B-streptokocker hos gravid kvinna (även GBS-bärare)

Sätt **inte** denna kod om GBS-profylax ges utan att patienten har GBS-anamnes.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver, överläkare, kvinnokliniken, SÄS, Borås

Pontus Johansson, överläkare, barn-, ungdomskliniken, SÄS, Borås

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, SÄS

Nyckelord

GBS, grupp B-streptokocker, graviditet, förlossning, profylax, infektion, läkemedelsbehandling, antibiotika

Länkförteckning

[Observation av barn inom obstetrike med utökat vårdbehov \(ej diabetes eller sena prematurer\) \(vgregion.se\)](#)

[BB-rond, SÄS \(vgregion.se\)](#)

[GBS - Checklista för barn som tillhör riskgrupp för infektion, SÄS.docx \(sharepoint.com\)](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Granskad av: Johanna Källén, (johka87), Medicinsk sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-61

Version: 11.0

Giltig från: 2026-03-03

Giltig till: 2028-02-17