OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Kvinnosjukvård
Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare
Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-09-04
Giltig till: 2028-09-04

Graviditetsdiabetes (GDM) Handläggning av graviditet och förlossning

Revidering i denna version

Ändrad information om 7-punktsprofil och tidpunkt för faste p-glukos.

Bakgrund

Inom NU-sjukvården förlöses årligen cirka 30 - 35 gravida patienter som fått diagnosen graviditetsdiabetes under graviditeten. För bakgrund se Diabetes typ 2 under graviditet samt läkemedelsbehandlad graviditetsdiabetes

Sammanfattning/syfte

Strukturerad handläggning av graviditetsövervakning och förlossningsvård vid graviditetsdiabetes för optimalt omhändertagande av mor och barn på barnmorskemottagning (BMM), specialistmödravården (SMVC), förlossningsavdelning och BB.

Definition

Graviditetsdiabetes (GDM) definieras som diabetes eller nedsatt glukostolerans som debuterar eller upptäcks under graviditet.

Screening på Barnmorskemottagning (BMM)

Slumpmässigt p-glukos tas kapillärt **utan föregående fasta** vid ordinarie besök på BMM. Vid inskrivning vecka 10 - 12, vecka 25, vecka 29, vecka 32 och vecka 35. Värden skrivs in på MHV2.

Slump p-glukos <8 mmol/L	**bedöms normalt**
Slump p-glukos ≥8 och <12,2 mmol/L	**glukosbelastning utförs**
Slump p-glukos 12,2 eller högre	**glukosbelastning utförs inte GDM diagnos sätts**
Slump p-glukos ≥15 mmol/l	**faxa diabetesmottagningen, 010-4357129**

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Indikation glukosbelastning innan v.36

- Slumpmässigt P-glukos ≥8 och <12,2 mmol/L
- Polyhydramnios eller misstänkt stort barn (viktskattning >+2SD)

Glukosbelastning görs snarast inom cirka 1 vecka. Upprepade glukosbelastningar kan behöva göras vid fortsatt förhöjda p-glukos.

Övriga indikationer för glukosbelastning i graviditetsvecka 25 - 29

- Tidigare graviditetsdiabetes
- Tidigare stort barn (>4,5 kg eller stor för tiden (LGA >+2 SD)
- BMI >35 vid inskrivning
- Typ 2-diabetes hos förstagradssläkting

.

Glukosbelastning (OGTT 75 g = oral glukos tolerans test)
Utförs på BMM eller klinisk kemi lab

- 75 g glukos tillförs peroralt under standardiserade betingelser. Förberedelser och utförande se beskrivning från lab.
- Faste p-glukos och 2-timmars p-glukos dokumenteras på MHV3.
- Om faste p-glukos innan belastningen är 7 eller mer ska man inte gå vidare med OGTT.

2-tim p-glukos	**Bedömning svar**	**Kommentar**
<10 mmol/l	Normalt, ej graviditetsdiabetes	Om OGTT görs före vecka 28 ska den göras om efter vecka 28 om nytt förhöjt slump P-Glukos
≥10 mmol/l	Graviditetsdiabetes	Omhändertagande enligt nedan
faste p-glukos ≥7,0	Graviditetsdiabetes	Omhändertagande enligt nedan
8,9 – 9,9 mmol/l	Nedsatt glukostolerans under graviditet	Lindrig form av glukos-metabol störning. Kostråd och livsstilsråd erbjuds på BMM.

- Gastric by-pass opererade gravida ska inte genomgå OGTT men gastric sleeve opererade gravida kan genomgå OGTT. Faste p-glukos och p-glukos just innan måltid och 1 timma efter påbörjad måltid kontrolleras istället som 7-punktsprofil i 3 dygn. Diagnos GDM sättes om ett faste-p-glukos är 7 eller mer eller p-glukos efter måltid är >8 vid minst 3 tillfällen.

Patientinformation och blankett - Tre dagars Glukosprofil Barnmorskemottagningar
Patientinformation och blankett - Tre dagars Glukosprofil (engelska) Barnmorskemottagningar

Omhändertagande av patienter med graviditetsdiabetes i samarbete mellan BMM, SMVC och Diabetesmottagningen NÄL

Remiss från BMM

- Till dietist inom Primärvårdens dietistenhet

Dietist

- Kallar patienten och ger information om kostbehandling

Nybesök och kontrollbesök BMM

Se Graviditetsdiabetes - kontrollschema under graviditet

- Information
- Vid BMI <25 kontakt med Diabetesmottagningen
- Vid BMI >25 förskrivs Metformin 850 mg 1 x 1 av läkare på digital planeringsrond eller på mottagningen för gravida och nyförlösta.
- Lära självkontroll av P-glukos (7-punkts dygnsprofil = faste P-glukos, innan lunch och middag, 1 timma efter påbörjad frukost, lunch och middag samt kväll.)
- Uppföljning och bedömning. Om tre eller fler blodsockervärden överstiger målvärde och kostfaktorer inte kan påverkas ytterligare ökas Metforminbehandling till 850 mg 1 x 2. Om efter denna dosökning tre eller fler blodsockervärden fortsatt överstiger målvärden skickas remiss till Diabetesmottagningen ”GDM Insulinindikation”.
- Diabetessjuksköterska konsulterar diabetesläkare för ställningstagande till insulinindikation. BMM meddelas beslut.
- Vid insulinindikation ordnas nybesök på diabetesmottagningen NÄL snarast. Remiss från diabetesmottagningen skickas till SMVC för kännedom om insulininsättning.
- **OBS** lägsta möjliga viktuppgång ska eftersträvas

Kontroller SMVC vid Kost eller Metforminbehandlad graviditetsdiabetes

- Vid enbart Kost eller Metforminbehandling fortsatta kontroller BMM
- Normal förlossning eftersträvas.
- Läkarbesök SMVC i graviditetsvecka 26 - 28 för viktskattning eller vid senare diagnos.
- Läkarbesök SMVC i graviditetsvecka 38 för viktskattning, CTG och bedömning inför förlossning. Därefter CTG 1 gång/vecka om barnet är stort.
- Ställningstagande till induktion cirka vecka 38 - 40 om misstanke om diabetesfetopati, såsom vid insulinbehandling.
- Induktion senast vecka 41

Kontroller SMVC vid insulinbehandlad graviditetsdiabetes

- SMVC och diabetesmottagningen NÄL tar över kontroller vid insulininsättning.
- Läkarbesök SMVC för viktskattning och bedömning med start graviditetsvecka 26 - 28 eller vid diagnos.
- Tillväxt var fjärde vecka.
- Vecka 36 - 38 viktskattning och bedömning inför förlossning.
- Ställningstagande till CTG x 1 - 2 gånger/vecka om skattad fostervikt ≥22 % eller accelererad fostertillväxt
- Ställningstagande till induktion cirka vecka 38 – 40. Induktion rekommenderas senast v 40+0, tidigare vid misstanke om diabetesfetopati.

Förlossning vid Metformin-och/eller insulinbehandling, vid graviditetsdiabetes

- Induktion utifrån fostertillväxt.
- Insulin och Metformin sätts ut i samband med aktivt förlossningsarbete.
- P-glukos kontrolleras vid ankomst till förlossningen. Om patienten haft insulin under graviditeten, kontrolleras p-glukos minst var fjärde timma, vid höga värden mer ofta.
  Om p-glukos >8 ordineras snabbverkande insulin (2 – 4 E) och vid eventuellt låga värden tillförs glukos, antingen per oralt eller intravenöst, beroende på situation. Sträva mot p-glukos 4,0 – 7,0.
  Det är viktigt för barnet att p-glukos ligger så normalt som möjligt.
- CTG kontinuerligt i aktiv fas på grund av hög asfyxirisk

Elektivt sectio

Narkosbedömning kan göras på operationsdagen om inga andra komplikationer finns. I övriga fall ska patienten ha bedömts tidigare.
Patienten tar insulin dagen innan sectio, men inte långverkande kvällsdos.
Inget insulin på operationsdagens morgon. P-glukoskontroll vid ankomst till förlossningsavdelningen. Vid p-glukos >8 ges snabbverkande insulin. Vid lågt p-glukos rekommenderas infusion med tillsatt glukos. Glukoskurva följs operationsdagen.

Barnet tillmatas inom första timmen. Se barnklinikens rutin Hypoglykemi och tillmatning av nyfödda
Barnet ammas innan första tillmatningen såvida det inte fördröjer tillmatningen.
P-glukos tas 30 - 60 minuter efter tillmatning av barnsköterska. Om P-glukos <1,5 vid denna tidiga provtagning får barnläkare ta ställning till intravenös Glukos-infusion. **Symtom på hypoglykemi** är till exempel slöhet, hypotermi, andningsstörning, avvikande färg, tonus och ökad irritabilitet.
Fortsatt P-glukos på BB var sjätte timma före vartannat mål under minst första dygnet.

BB-vård mamma vid graviditetsdiabetes, kost-, metformin- och insulinbehandling

Allmän kost. P-glukoskurva, så kallad 7-punktsprofil, dokumenteras någon gång inom 2 veckor postpartum. Detta görs med fördel efter utskrivning (P-glukos ska inte överstiga 9 mmol/L efter måltid och inte mer än 7 mmol/L fastande). Patient instrueras att kontakta sin vårdcentral vid avvikande 7-punktsprofil.
Modern ska informeras om fortsatt hälsosamma kostvanor och fysisk aktivitet och att undvika viktuppgång. Graviditetsdiabetes innebär en minst 40 % risk att drabbas av typ 2-diabetes inom 10 år.
Epikris till diabetesmottagningen för uppföljning enbart vid insulinbehandling, annars remiss till vårdcentral för uppföljning 6 - 12 månader postpartum. Vid remiss till vårdcentral ska patienten ta med sig sin 7-punktsprofil.

Uppföljning

Efterkontroll av graviditeten på BMM. Kontroll av p-glukos görs. Uppföljning 6 - 12 månader postpartum på vårdcentral.

Bilaga

Graviditetsdiabetes, uppföljning på vårdcentral

Namn + personnummer _____

Ovanstående rubricerad patient har kontrollerats på barnmorskemottagning (BMM) på grund av Metforminbehandlad graviditetsdiabetes.

Då det föreligger klart förhöjd framtida risk för utveckling av typ-2-diabetes hos denna patientgrupp rekommenderas starkt aktiv regelbunden uppföljning.

Tacksam kallelse varje till vartannat år för genomgång av livsstilsfaktorer med kontroll; vikt, BMI, HbA1c, f-P-glukos, eventuell glukosbelastning vid behov, lipider, alb/krea, blodtryck.

Förstagångsbesök är lämpligt sex månader efter partus.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-24

Version: 17.0

Giltig från: 2026-09-04

Giltig till: 2028-09-04