

Gäller för: Kvinnosjukvård

Giltig från: 2026-04-16

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

Giltig till: 2028-04-16

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

# Graviditetsdiabetes (GDM)

## Handläggning av graviditet och förlossning

### Revidering i denna version

Tillägg av länkar till "Patientinformation och blankett – Tre dagars Glukosprofil Barnmorskemottagningar" på svenska och engelska.

### 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. Värdet skrivs in på MHV2.

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

### Indikation glukosbelastning innan v.36

- Slumpmässigt P-glukos  $\geq 8$  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 förstagrads släkting

### 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
$\geq 10$ mmol/l	Graviditetsdiabetes	Omhändertagande enligt nedan
faste p-glukos $\geq 7,0$	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 1-1 1/2 timmar efter 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 planeringsrund eller på mottagningen för gravida och nyförlösta.
- Lära självkontroll av P-glukos (7-punkts dygnsprofil = faste P-glukos, innan lunch och middag, 1 - 1,5 timma efter 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  $\geq 22$  % 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 barnkliniken 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.

# 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:** 16.0

**Giltig från:** 2026-04-16

**Giltig till:** 2028-04-16