

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi
Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Åsa Prebensen, (asapr), Områdeschef

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-19

Graviditetsdiabetes, barnmorskemottagningar i Södra Älvsborg

Förändringar sedan föregående version

Indikation för OGTT vid BMI ≥ 35 är tillagd.

Under rubriken Graviditetsdiabetes Diagnos före v.36+0 finns nya länkar till SU:s hemsida som patienterna kan hänvisas till för information.

Innehåll

Bakgrund och syfte	2
Utförande.....	2
Definition.....	2
Orsak.....	2
Betydelse.....	2
Prognos	3
Utredning/provtagning.....	3
Handläggning och behandling	5
Ultraljud.....	8
Förlossningsplanering.....	9
Efter förlossningen	9
Diagnoskoder.....	9

Relaterad information	9
Ansvar	9
Arbetsgrupp	9

Bakgrund och syfte

Graviditetsdiabetes komplicerar ca 11% av alla graviditeter i Europa, prevalensen ökar med ökande BMI och ålder under graviditet. I

Sverige anges prevalensen med 1–3%, vilket troligen är underskattad då enhetlig screening saknas.

Tillståndet medför en ökning av risker för både den gravida och fostret såväl under graviditet och förlossning som på sikt. Tidig upptäckt och effektiv behandling

Utförande

Definition

Graviditetsdiabetes definieras som patologisk glukostolerans upptäckt under graviditet. Efter avslutad graviditet normaliseras vanligen den glukosmetabola rubbningen. Om så inte är fallet sker omklassificering till typ 1 eller typ 2-diabetes.

Orsak

Graviditetshormonerna ger en lägre känslighet för insulin under graviditeten (insulinresistens).

Betydelse

Ingen ökad risk för missbildningar.

Ökade fetala risker i sen graviditet:

- diabetesfetopati
- intrauterin asfyxi
- intrauterin fosterdöd
- traumatiska förlossningsskador (skulderdystoci och plexusskada)

- neonatal hypoglykemi
- neonatala andningsstörningar
- att födas prematurt
- hypokalcemi
- ökad livstidsrisk för fetma, diabetes och hjärt-
/kärlsjukdomar

Ökade maternella risker:

- graviditetshypertoni och preeklampsi
- urinvägsinfektioner
- traumatiska förlossningsskador

Prognos

Upprepningsrisk i nästföljande graviditet 50–70%.

Ökad risk för diabetes mellitus typ 2 och kardiovaskulär sjuklighet senare i livet.

Utredning/provtagning

Som rutinmässig screening för graviditetsdiabetes rekommenderas i Västra Götaland upprepade mätningar av kapillär plasmaglukos enligt basprogram.

Glukosuri förekommer även hos helt friska kvinnor under graviditet och lämpar sig därför inte som vare sig screeningmetod eller diagnostiskt kriterium för graviditetsdiabetes. Den behöver inte beaktas.

Ketonuri är enbart relevant vid förekomst av typ 1 diabetes mellitus. Om kvinnan inte har typ 1 diabetes mellitus, har normala slumpsockervärden och äter normal kost som inkluderar kolhydrater tas ingen hänsyn till förekomst av ketonuri.

Indikationer för oral glukosbelastning (OGTT) v 25

- tidigare graviditetsdiabetes
- BMI \geq 35
- tidigare diabetes mellitus typ 2, men nu läkemedels- och symtomfri, t ex efter viktnedgång

- enligt individuell läkarbedömning

Indikation för OGTT oavsett graviditetslängd

- Kapillärt slumpmässigt taget plasmaglukos $\geq 8,0$ och $<12,1$ mmol/l
- polyhydramnios i kombination med accelererad fostertillväxt

Kontraindikation för OGTT

Patient som genomgått gastric bypass-operation ska inte utföra OGTT utan i stället följa sitt blodsocker med 3 dygnsprofiler. Patienter som opererats med gastric sleeve kan genomföra OGTT.

Även gravida som av andra skäl inte kunnat utföra OGTT (t ex kräkning efter OGTT) är 3 dygnsprofiler ett godtagbart alternativ.

Diagnos

Nedsatt glukostolerans föreligger vid:

- 2-timmars plasmaglukos vid OGTT: $8,9 - 9,9$ mmol/L

Graviditetsdiabetes föreligger vid:

- slumpmässigt tagen plasmaglukos $\geq 12,2$. OGTT ska då inte utföras

Vid kliniska symtom (stora urinvolymer, påtagligt ökad törst, uttalad trötthet, illamående och/eller andfåddhet) kontaktas

Antenatalmottagningen för snar läkarbedömning.

- 2-timmars plasmaglukos vid glukosbelastning $\geq 10,0$ mmol/L
- ett fastevärde $\geq 7,0$ mmol/L
- minst 3 värden $\geq 8,0$ mmol/L efter måltid vid dygnsprofilmätning. OGTT ska då inte utföras.

Om belastningen utfaller med normala glukosvärden utförs nya plasmaglukoskontroller enligt basprogram. Om man vid någon av dessa kontroller upptäcker ett förhöjt glukosvärde utförs ny glukosbelastning, dock tidigast en månad efter föregående OGTT.

Handläggning och behandling

Nedsatt glukosintolerans

Kostråd och livstilsråd. Basprogram för gravida följs med fortsatt slumpmässigt p-glukos och vid behov ny glukosbelastning enligt denna riktlinje, dock tidigast en månad efter föregående OGTT.

Graviditetsdiabetes

Till alla som fått diagnosen graviditetsdiabetes

- Barnmorskan informerar muntligt om graviditetsdiabetes och ger följande skriftliga information [Mat vid graviditetsdiabetes](#)
- Barnmorskan kan hänvisa patienten till SU:s hemsida [Fakta om graviditetsdiabetes och behandling - Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#) där det även finns information på olika språk [Graviditetsdiabetes - Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#)
- Patientinformation om graviditetsdiabetes, finns på Barnmorskemottagningarnas (BMM) interna sida och på 1177 under länkar; Patientinformation/dokument för utskrift på BMM hemsida [Patientinformation graviditetsdiabetes.pdf](#)
- Patientinformation för utskrift på 1177, [Graviditetsdiabetes – högt blodsocker under graviditet - 1177](#)
- Handmjölkning rekommenderas från vecka 36 och mjölken sparas och tas med till förlossningen. [Handmjölka och pumpa ur bröstmjölk - 1177](#)
- Samma målblodtryck för kvinnor med GDM gäller som för gravida utan GDM: $\leq 140/90$ mmHg.
- Uppföljning sker på VC 6–12 månader efter förlossningen, patienten remitteras från BB till VC.

Diagnos före v 36+0

- Patienten remitteras av barnmorska till diabetessjuksköterska på vårdcentral. Remissblankett finns

på BMM:s hemsida under ”Blanketter”: [Blankett Konsultationsremiss på patient med graviditetsdiabetes till patientens vårdcentral Barnmorskemottagningar Södra Älvsborg.pdf](#)

- Ärendet läggs på konsultationslista för kännedom och bedömning efter att dygnsprofilerna är utförda.
- Välreglerad patient följer sin GDM med 2 dygnsprofiler per vecka under resterande graviditet. Patienten dokumenterar sina värden i en “dagbok”.
- Hos patient vars blodsockervärden utan läkemedelsbehandling ligger inom målområdet (normoglykemi)
 - utförs fetal tillväxtkontroll enbart i graviditetsvecka 36, barnmorskan skriver remiss till ANE
 - följs patienten för övrigt enligt basprogram, slumpsocker behöver dock ej mätas
- Vid upprepade ”gränsvärden” (dvs 1–2 mmol/L över rekommenderade värden) remitterar barnmorskan patienten till dietist inom primärvården för ytterligare hjälp med kostråd.
- Om fortsatt upprepade värden (3 eller fler per vecka) över angivna gränser efter dietistkontakt, eller vid flera höga värden efter den första glukosprofilen (>2mmol/L över gränsvärden) skall Antenatmottagningen på SÄS kontaktas för ställningstagande till insättning av metformin eller insulin och planering av fortsatt graviditetsövervakning, vilket i regel sker som vid diabetes mellitus typ 2.

Diagnos efter v36+0

- Remiss för viktskattning på ANE snarast efter diagnos
- Barnmorskan ger kostråd enligt ovan. Patienten behöver inte komma till en diabetessjuksköterska

- Patienten följs med slumpsocker 2x/vecka på BMM. Vid upprepade (≥ 2) p-glukos >10 mmol/L, trots rekommenderade livsstilsförändringar kontaktas ANE för ställningstagande till behov av dygnsprofil, läkemedelsbehandling eller annan åtgärd.
- Kvinnor som har fått en glukosmätare kan behålla den under resterande graviditet och dokumenterar 2 dygnsprofiler per vecka tills barnet är fött. I detta fall kontrolleras inget slumpsocker.
- Fetal tillväxtkontroll planeras även för patienter med sent upptäckt GDM inför förlossningsplanering.

Vid besöket på VC ingår följande moment hos diabetessköterskan (patienter som fått diagnos före graviditetsvecka 36+0)

- Patienten fyller i en "livsstilsanamnes" vilken innefattar kostvanor och fysisk aktivitet.
- Patienten får en glukosmätare, och recept för kostnadsfria hjälpmedel skrivs ut.
- Praktisk undervisning i självtest av plasmaglukos ges.
- Patienten får personligt anpassade kostråd och förslag på motion som ges utifrån livsstilsanamnes. Patienten träffar inte dietist.

Barnmorskan ansvarar för information om plasmaglukosprofiler till patient

Plasmaglukosmätningar görs omedelbart före måltid samt 1–1½ timma efter påbörjad måltid och innan sänggåendet. Glukosvärden noteras med fördel i en speciell "dagbok". Vid plasmaglukosvärden över 8 mmol/L noteras även vad kvinnan har ätit. Initialt görs glukosprofiler dagligen. När hon gjort 3 plasmaglukosprofiler kontaktar hon PAB på BMM för redovisning av sina värden, som dokumenteras i MHV-journalen.

Plasmaglukosprofiler rekommenderas under resten av graviditeten minst 2 dagar/vecka. Patienten tar kontakt med sin barnmorska vid avvikande

Målvärden

- Fastevärde $\leq 5,3$ mmol/L
- Före måltid ≤ 6 mmol/L
- Efter måltid (1–1½ timma) ≤ 8 mmol/L
- Före sänggåendet ≤ 7 mmol/L

Läkemedelsbehandling

Metformin: Vanlig startdos är 500 mg 2 till 3 gånger dagligen antingen i samband med eller efter måltid. Till överviktig patient kan metformin övervägas, speciellt vid höga faste-glukosvärden och förhöjd basal glukosnivå över dagen. Efter 10 till 15 dagar bör dosen justeras baserat på mätning av blodsocker. En långsam ökning av dosen minskar risken för gastrointestinala biverkningar (illamående, kräkningar, diarré, buksmärtor). Rekommenderad maximal dos av metformin är 2 g dagligen, uppdelat på 2–3 dagliga doser. Metformin stimulerar inte frisättning av insulin och därför föreligger ingen risk för hypoglykemi.

Insulin: Gravida med insulinkrävande GDM behandlas och följs på diabetesmottagningen på medicinkliniken. Startdosen är individuell och styrs av dygnsprofilen.

Behandlingen följs upp med dygnsprofiler under de följande tre dagarna efter insatt/justerad behandling och dosjustering sker vid behov.

Ultraljud

Samtliga gravida med kostbehandlad GDM ska genomgå tillväxtkontroll/viktskattning i graviditetsvecka 36-38.

Övervakning av graviditet med läkemedelsbehandlad GDM handläggs i regel så som hos patienter med diabetes typ 1 och 2, dvs tillväxtkontroller rekommenderas i graviditetsvecka 28, 32 och 36

samt CTG-kontroller x 2ggr/vecka from graviditetsvecka 37+0. Likaså förlossning planeras till senast graviditetsvecka 40+0.

Förlossningsplanering

Kvinnorna planeras för vaginal förlossning om inga obstetriska kontraindikationer finns. Induktion senast v. 41+0.

Efter förlossningen

Eventuell läkemedelsbehandling avslutas direkt efter förlossningen.

Första dagen efter förlossningen görs en ny plasmaglukosprofil på normal kost. Denna bedöms av läkare på BB-avdelningen. Ofta normaliseras blodsockret redan första dagen.

6–12 månader efter förlossningen kallas patienten till sin vårdcentral för kontroll och fortsatt uppföljning.

Den som haft GDM, löper en ökad risk att drabbas av Diabetes typ 2 längre fram i livet.

Patienten bör därför informeras om att undvika övervikt, fysisk inaktivitet och mat med högt glykemiskt index för att minska risken att drabbas av diabetes typ 2 i framtiden.

Diagnoskoder

Graviditetsdiabetes, ej läkemedelsbehandlad, Whites klass A: O24.4A

Graviditetsdiabetes, läkemedelsbehandlad, Whites klass AB: O24.4B

Relaterad information

[Diabetes typ 2 under graviditet samt graviditetsdiabetes – Handläggningsrutiner, SÄS](#)

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sund, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam (CMHV), Barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Antje Johannsmeyer, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan

Natalia Ödman, överläkare Obstetrik Kvinnoklinik, SÄS.

Godkännare

Åsa Prebensen, områdeschef, Barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Granskad av: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare, Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

Godkänd av: Åsa Prebensen, (asapr), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-22

Version: 3.0

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-19