

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-07-21

Innehållsansvar: Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare

Giltig till: 2027-07-21

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

# Graviditetsdiabetes kostbehandlad

## Handläggning av läkemedelsbehandlad

graviditetsdiabetes beskrivs i PM: [Diabetes typ 2 under graviditet samt läkemedelsbehandlad graviditetsdiabetes](#).

### Förutom SU gäller rutinen även för

Mödrahälsovård i Göteborg och Södra Bohuslän

## Revideringar i denna version

Ersätter version ifrån 2022-12-23. Uppdaterat tillvägagångssättet hur Regionhälsan skall boka patienterna, vi har tagit bort ”Mitt vårdmöte” och ersatt med ”Vård och Hälsa” samt uppdaterat förfarandet vid eventuell tolkpatient.

**2025-07-21** rutinen förlängs, inga medicinska ändringar.

## Innehåll

Graviditetsdiabetes kostbehandlad .....	1
Revideringar i denna version .....	1
Ansvar .....	2
Medicinsk rådgivare .....	3
Utförande .....	3
Definition .....	3
Diagnoskod .....	3
Introduktion .....	3
Risker .....	3
Riskfaktorer för GDM .....	3
Screening av plasmaglukos enligt basprogram.....	4

Tidpunkter för OGTT eller 3-dagars glukosprofil .....	4
Genomförande av OGTT .....	5
Genomförande av 3-dagars glukosprofil .....	5
Diagnos GDM.....	5
Handläggning vid konstaterad GDM Diagnos före graviditetsvecka 36 .....	6
Målvärden för p-glukos .....	7
Förlossningsplanering .....	8
Vård i samband med förlossning .....	9
Uppföljning efter förlossning.....	9
Handläggning vid kommande graviditet.....	10
Uppföljning, utvärdering och revision.....	11
Granskare .....	11
Bilagor .....	11
Interna bilagor.....	11
Externa bilagor.....	11
Referenser .....	11
Bilaga 1.....	13
Plasmaglukosprofil efter förlossningen.....	13
Bilaga 2.....	14
Remiss vårdcentral.....	14
Bilaga 3 .....	15
Flödesschema för diagnostisering av graviditetsdiabetes (GDM).....	15

## Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

**Förtydligande:** förutom för kvinnor gäller riktlinjen för andra gravida personer.

## Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, medicinsk ledningsansvarig, sektionschef  
Obstetrik

## Utförande

### Definition

GDM definieras som patologisk glukostolerans enligt fastställda kriterier som upptäcks under graviditet. Gränsvärden för diagnos beskrivs i avsnittet [Diagnos GDM](#). Efter avslutad graviditet normaliseras vanligen den glukosmetabola rubbningen. Om så inte är fallet ändras diagnosen till typ 1 eller typ 2 diabetes.

### Diagnoskod

O24.4A Graviditetsdiabetes, ej läkemedelsbehandlad, White klass A.

### Introduktion

Under graviditeten minskar kroppens känslighet för insulin bland annat på grund av hög produktion av östrogen, progesteron och humant placentalaktogen. Detta gör gravida mer insulinresistenta än icke-gravida. För att möta den ökade insulinresistensen och upprätthålla normoglykemi ökar normalt insulinproduktionen i pankreas. Hos cirka 1,5 % av gravida i Sverige ökar inte denna tillräckligt i förhållande till det ökade behovet och GDM utvecklas. Vid nästkommande graviditet är risken att återfå GDM kraftigt förhöjd. Dessa kvinnor har en ökad risk att i framtiden utveckla typ 2 diabetes.

### Risker

GDM innebär ökad risk för komplikationer såsom makrosomi, preeklampsi, graviditetshypertoni, kejsarsnitt och skulderdystoci. Tidig upptäckt och intervention, med kost, fysisk aktivitet och - vid behov - läkemedel, syftar till att normalisera blodsockernivån, vilket kan minska risken för komplikationer. GDM medför *ingen* ökad risk för fostermissbildningar.

### Riskfaktorer för GDM

- BMI  $\geq$  35 vid inskrivning på BMM.
- GDM vid tidigare graviditeter.
- Tidigare fött barn med makrosomi (>4500 g) eller stor för tiden (LGA, födelsevikt > + 2SD, framgår av FV2).
- Förstagradssläkting (förälder, syskon) med typ 2 diabetes.

- Tidigare typ 2 diabetes men nu läkemedels- och symtomfri, ex efter bariatrisk (övervikts-) kirurgi.
- Flerbörd.
- Polyhydramnios (AFI >250 mm eller SDP > 80 mm) före vecka 36.
- Misstänkt stort barn (viktskattning > +2SD) före vecka 36.

Om riskfaktor föreligger får den gravida patientinformationen: [Risk för graviditetsdiabetes](#) och tid bokas för oral glukostoleranstest (OGTT) eller 3-dagarsprofil. OGTT är förstahandsalternativet. I de fall kvinnan har genomgått bariatrisk kirurgi eller om kvinnan kräks vid OGTT rekommenderas en 3-dagarsprofil i stället.

## Screening av plasmaglukos enligt basprogram

Som rutinmässig screening för GDM görs upprepade mätningar av slumpmässigt (icke fastande) p-glukos. Fingret ska tvättas noggrant före provtagning. Enligt basprogram tas första provet tas vid inskrivning på BMM och därefter tas prov vecka 25, 29, 32 och 35.

Ingen åtgärd vid enbart glukosuri, om p-glukos är normalt, då glukosuri är vanligt hos friska gravida.

### Om slumpmässigt p-glukos $\geq 12.2$ mmol/L

1. Om kvinnan har **kliniska symtom** såsom ökad törst, ökad urinproduktion, illamående eller andfåddhet hänvisas hon med remiss i handen till medicinakuten på SU Östra. Dessutom informeras sektionsledare på Spec-MVC för kännedom, tel: 031-3436299.
2. Om kvinnan **inte har kliniska symtom**, får hon blodsockermätare och information om film om provtagningsteknik (finns på flera språk) och sektionsledare på Spec-MVC, SU/Östra kontaktas via telefon 031-3436299 *för snabbt besök avseende blodsockeruppföljning och sannolik start av farmakologisk behandling*. Kvinnan instrueras att söka akut om symtom uppträder.

### Tidpunkter för OGTT eller 3-dagars glukosprofil

1. Slumpmässigt p-glukos  $\geq 8.0$  och  $<12.2$  mmol/L innan v. 36, polyhydramnios eller misstänkt stort barn: Undersökning utförs **inom 1 vecka**.
2. Riskfaktorer för GDM enligt ovan men normalt slumpmässigt p-glukos: Undersökning utförs så nära graviditetsvecka 25 som möjligt (v 25-29).

Om indikation för OGTT konstateras på SU (t.ex. i samband med ultraljud) dokumenteras detta av läkaren: ”Tid för OGTT bokas på BMM (eventuellt om tolk behövs)” på orange lapp som lämnas till sekreterare. Sekreterare ringer respektive BMM som meddelar tiden till patienten. I enstaka fall behöver man driva diagnos efter graviditetsvecka 36 tex. pga. höga slumpsocker, konstaterat stort barn eller att kvinnan tidigare haft graviditetsdiabetes och med egen mätare uppmätt höga blodsocker hemma, i dessa fall genomför 3-dagars glukosprofil och inte OGTT.

## Genomförande av OGTT

Respektive BMM ansvarar för att utföra OGTT på sina patienter. Se extern bilaga 1: [OGTT- oralt glukostoleranstest \(glukosbelastning\)](#).

## Genomförande av 3-dagars glukosprofil

Kvinnan får en glukosmätare på BMM, informeras om filmen för provtagningsteknik och informeras om att ta p-glukos under 3 konsekutiva dagar: före och efter frukost, före och efter lunch, före och efter middag samt innan läggdags.

## Diagnos GDM

Diagnosen GDM dokumenteras av barnmorska vid BMM vid minst ett av följande.

- Slumpmässigt p-glukos  $\geq 12.2$  mmol/L. (OGTT/3-dagars glukosprofil ska inte utföras).
- Fastevärde p-glukos  $\geq 7.0$  mmol/L. (OGTT ska inte utföras).
- 2-timmars-p-glukos vid OGTT  $\geq 10.0$  mmol/L.
- 3-dagars glukosprofil: ett faste-p-glukos  $\geq 7$  mmol/l eller minst tre p-glukos värden  $\geq 8$  mmol/L efter måltid.
- P-glukos  $\geq 12.2$  vid 3-dagarsprofil, samma handläggning som vid slumpmässigt upptäckt värde.

Om OGTT/3-dagars-p-glukosprofil utfaller normalt kontrolleras slumpmässigt p-glukos enligt basprogram under resten av graviditeten. Om p-glukos då åter är avvikande eller om riskfaktor för GDM uppmärksammas senare upprepas OGTT/3-dagars glukosprofil, dock tidigast en månad efter föregående OGTT/3-dagars-p-glukosprofil.

Kvinnor med graviditetsdiabetes som genomgått någon typ av bariatisk kirurgi tex gastric bypass och som har nutritionskomplikationer som kräver upprepad dietistkontakt kan remitteras till specialistmödravården för ställningstagande till övertag.

## Handläggning vid konstaterad GDM Diagnos före graviditetsvecka 36

3. Barnmorska på BMM dokumenterar diagnos i Obstetrix.
4. Barnmorska på BMM informerar om GDM, ger korta råd om livsstilsförändring med fokus på kost och fysisk aktivitet.
5. Barnmorska på BMM hänvisar till information på SU:s hemsida om GDM. Sök i webläsare <Graviditet och förlossning >; sedan <Graviditetsdiabetes >. Där finns filmer med textning på olika språk.
6. Kvinnan får provtagningsset från BMM för att följa blodsocker minst 7 dagar och tills uppföljning sker på Spec-MVC via videomöte.
7. Videomötet bokar patienten via appen *Vård och hälsa - VGR under tidbok "graviditetsdiabetesmottagning"*. Barnmorskan förvissas sig om att kvinnan har fått en tid.
8. Vid behov av tolk kontaktas sektionsledare på Spec-MVC tel 031-3436299 för hjälp med bokning av videomöte i appen *Vård och hälsa - VGR*.
9. Patienter som inte kan ansluta till *Vård och hälsa -VGR* kontaktar Spec-MVC via 1177 Mina Vårdkontakter *Specialistmödravårdsmottagning Östra*. Om patienten inte har Mobilt BankID kontaktas sektionsledare Spec-MVC för hjälp med bokning.
10. Remiss för viktskattning i graviditetsvecka 36 skickas från BMM. Ange GDM som indikation och ange om ultraljud är planerat av annan anledning.
11. Slumpmässigt (icke fastande) p-glukos kontrolleras därefter inte på BMM.
12. BMM kontrollerar via F-mappen att patienten haft kontakt med barnmorska på Specialistmödravården på SU senast 14 dagar efter diagnos.
13. Samma målblodtryck för kvinnor med graviditetsdiabetes gäller som för gravida utan graviditetsdiabetes:  $\leq 140/90$  mm Hg.  
Behandling av blodtryck enl. PM Preeklampsi.

Information och undervisningsfilmer som patienten ska gå igenom finns på hemsidan under graviditetsdiabetes

<https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-1/verksamhet-obstetrik/a-0/komplikationer/graviditetsdiabetes/>

## Uppföljning och fortsatt vård under graviditet

Kvinnorna följs upp på Spec-MVC efter 1 vecka och fortsättningsvis via videomöte. Följande moment ingår:

- Genomgång av p-glukosprofil.
- Fortsatt stöd i livsstilsförändringar ex kost och fysisk aktivitet, t.ex. FaR.
- Extra dietistbesök vid behov.

När p-glukos är välinställt kontrolleras p-glukosprofil minst 3 ggr/vecka.

## Målvärden för p-glukos

- Fastevärde <5,3 mmol/l
- Före övriga mål <6 mmol/l
- En timma efter påbörjad måltid <8 mmol/l
- Före sänggående <7 mmol/l

## Handläggning, värden nedom målvärden

Om värden ligger nedom målvärden vid minst 2 påföljande egenkontroller, ansvarar kvinnan för fortsatt uppföljning. När kvinnan är välinställd rekommenderas hon att genomföra p-glukosprofil minimum 2 ggr/vecka. Kvinnor med enbart kost- och motionsbehandling fortsätter med graviditetskontroller enligt basprogrammet på ordinarie BMM och får fortsatt stöd i hälsosamma kostvanor och fysisk aktivitet vid besöken. Överväg fysisk aktivitet på recept (FaR).

Handmjölkning rekommenderas från vecka 36. Mjölken sparas och tas med till förlossningen.

<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/barn--gravid/att-skota-ett-nyfott-barn/amning-och-flaskmatning/handmjolka-och-pumpa-ur-brostmjolk/>

## Handläggning, avvikande värden

Om värden ligger över målvärdet, trots att kvinnan följer rekommendationer om livsstilsförändringar, bokar kvinnan ett videomöte med Spec-MVC via Vård och hälsa -VGR. Om detta inte fungerar kontaktar hon sjukhuset via 1177 Mina Vårdkontakter Specialistmödravårdsmottagning Östra för fortsatt uppföljning. Om kvinnan ej har tillgång till ”1177 Mina vårdkontakter” kontaktar BMM sektionsledare på Spec-MVC via telefon.

## Behov av läkemedelsbehandling

Om stöd i förändrade levnadsvanor och vid behov extra dietistrådgivning inte är tillräckligt för att uppnå målvärden för p-glukos överförs patienten

till Spec-MVC där mödravården övertas i sin helhet. Patientansvarig barnmorska (PAB) och läkare (PAL) vid Spec-MVC utses och behandling med metformin eller/och insulin initieras i samband med diabetesronden. Patienten följs därefter enligt riktlinje [Diabetes typ 2 under graviditet samt läkemedelsbehandlad graviditetsdiabetes](#).

Uppmärksamma bokade ultraljudstider för patienten. Vid bokning i Elvis lägg till PAL och skriv in i patientens journal.

### **Diagnos efter graviditetsvecka 36**

Om kvinnan inte har några symtom följs hon på ordinarie BMM. Vid symtom remitteras hon till Medicinakuten/Spec-MVC enligt ovan.

14. Kost- och motionsråd ges av bm. Överväg FaR.
15. Barnmorska hänvisar till information på förlossningsvårdens websida.
16. BMM följer slumpmässigt p-glukos 2 ggr/vecka. Vid upprepade ( $\geq 2$ ) p-glukos  $>10$  mmol/L, trots rekommenderade livsstilsförändringar kontaktas sektionsledare Spec-MVC enligt ovan.
17. Remiss för viktskattning snarast efter diagnos.
18. Samma målblodtryck för kvinnor med graviditetsdiabetes gäller som för gravida utan graviditetsdiabetes:  $\leq 140/90$  mm Hg.
19. **Handmjölkning** rekommenderas från vecka 36 och mjölken sparas och tas med till förlossningen.  
<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/barn--gravid/att-skota-ett-nyfott-barn/amning-och-flaskmatning/handmjolka-och-pumpa-ur-brostmjolk/>

## **Förlossningsplanering**

Viktskattning utförs v. 36 på Spec-MVC. Kvinnorna planeras för vaginal förlossning om inga obstetriska kontraindikationer finns. Induktion senast v. 41+0.

Vid skattad fostervikt  $\geq +22\%$ , eller accelererad fostertillväxt om kvinnan av någon anledning gjort ett ultraljud tidigare (exakt definition för accelererad fostertillväxt saknas men lokalt beslut om delta  $> +15\%$ ).

- Nytt ultraljud om 2 veckor och ställningstagande till intensifierad övervakning med CTG tex 2 ggr/vecka. Motivering journalförs med fortsatt planering.
- Boka in patienten till MVC-Diab. rond nästkommande torsdag för bedömning av blodsockerprofil och ställningstagande till behandling. Skrivs på orange lapp och lämnas till kanslist som bokar in patienten.

- Informera patienten om att hon skall föra glukosprofil (7 värden dagligen) tills MVC-Diab rondan.
- Fråga patienten om hon har tillräckligt med blodsockerstickor. Det krävs en burk stickor för en veckas glukosprofil. Om hon saknar tillräckligt med stickor be usk eller barnmorska om dessa, finns på Spec-MVC.

Om man på MVC-Diab rondan bedömer att kvinnan behöver läkemedelsbehandling med insulin/metformin sköts denna via spec-MVC. För övrig graviditetsövervakning fortsätter kvinnan på ordinarie MVC.

## Vård i samband med förlossning

Kvinnan tar med sig blodsockermätare och glukosstickor till förlossningen. Vid ankomsten får hon information om rutiner såsom provtagning på barnet och amning/matning och p-glukos kontrolleras. Det är viktigt att nivån ligger inom målområdet för att minimera risken för neonatal hypoglykemi. Om p-glukos ligger över målvärdet 4–7 mmol/l, tas nytt prov efter en timma. Om fortsatt högt p-glukos tas kontakt med förlossningsläkare för ställningstagande till vidare handläggning. Beroende på p-glukosnivå och kvinnans BMI kan snabbverkande insulin 4–6 E s.c. ges med fortsatt kontroll av p-glukos minst en gång/timme. Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera om kvinnan kan försörja sig med energi, och ha beredskap för att koppla glukosdropp i de fall kvinnan behöver insulin. Vid behov tas kontakt med medicin 3-jouren.

**Fosterövervakning** med CTG genomförs enligt samma riktlinjer som för andra födande, se riktlinje om fosterövervakning. Om kvinnan behöver insulin ska kontinuerligt CTG övervakning kopplas.

**Vård av barnet direkt efter förlossning:** Barnet matas med egen medhavd bröstmjölk i första hand. Se vidare riktlinje ”Barn till mammor med diabetes inom obstetiken”.

## Uppföljning efter förlossning

Hos de flesta nyförlösta brukar p-glukosvärdena normaliseras direkt efter förlossningen.

### Målvärden för p-glukos

Kvinnokliniken ansvarar för uppföljning efter förlossningen. Två veckor efter förlossningen bör kvinnan göra en p-glukosprofil under tre konsekutiva dagar med provtagning före och efter måltid (frukost, lunch och middag) samt innan läggdags.

Om p-glukosprofilen ligger utanför målintervallet bokar kvinnan ett videomöte via "Vård och hälsa - VGR" eller kontaktar Spec-MVC via "1177 Mina vårdkontakter *Specialistmödravårdsmottagning*". Om kvinnan ej har tillgång till "1177 Mina vårdkontakter" bokar kanslist/sekreterare en tid till GDM-mottagningen.

Om kvarstående p-glukos  $\geq 7$  mmol/L, fastande respektive före måltid, och/eller  $\geq 9$  mmol/l efter måltid, remitterar barnmorskan på Spec-MVC patienten till diabetolog för ställningstagande till fortsatt handläggning. Vid behov skrivs remiss till vårdcentral eller diabetesmottagning.

Vid återbesök till BMM följs patienten upp avseende att Kvinnokliniken bedömt att blodsockerprofilen är normal och att rätt uppföljning är planerad.

**Alla kvinnor som har fått diagnosen GDM ska skrivas ut av läkare:**

Kvinnan uppmuntras att fortsätta med goda kost- och motionsvanor och informeras om risken för att i framtiden utveckla typ 2 diabetes. Kvinnan får med sig underlag hem för att göra en [blodsockerprofil](#) (intern bilaga 1), patientinformation [Till Dig som behandlats för graviditetsdiabetes](#) och [remiss till vårdcentral för uppföljning](#) (extern bilaga 2). Uppföljning på vårdcentralen, i de fall där glukosmetabolismen normaliserats postpartum, har till syfte att förebygga eller uppskjuta ett insjuknande i typ 2 diabetes. Detta gäller även kvinnor med slumpmässigt förhöjt p-glukos taget efter v. 36+0 som varken genomgått OGTT/3-dagars glukosprofil eller följts via Spec-MVC.

Vidare informeras kvinnan om risk för återinsjuknande och planerat GDM screening med OGTT/3-dagars glukosprofil vid framtida graviditet.

Kvinnor med BMI  $\geq 40$  före graviditeten, som önskar få hjälp med viktnedgång, remitteras av utskrivande läkare på BB till vårdcentralen eller Medicin Sahlgrenska, Obesitasmottagningen SU/S. Remiss kan hämtas via Obesitasmottagningens hemsida.

## Handläggning vid kommande graviditet

Kvinnor vars glukosmetabolism normaliserats postpartum handläggs på ordinarie BMM med p-glukos enligt basprogram samt OGTT/3-dagars glukosprofil i vecka 25–29 enligt detta PM. I denna grupp inkluderas även kvinnor med förhöjt slump-p-glukos efter v. 36+0 som inte följts via Spec-MVC.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Linda Englund Ögge Specialistläkare Spec-MVC, Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

## Granskare

Verena Sengpiel vårdenhetsöverläkare Spec-MVC, Annika Dotevall överläkare medicinkliniken, Märta Elverfors barnmorska, Lena Rosenberg sektionsledare, Karin Jerhamre Sund mödrahälsovårdsöverläkare, Ulrika Bjällmark verksamhetsutvecklare, Therese Andersson verksamhetsutvecklare, Anna-Karin Ringqvist verksamhetsutvecklare, Veronica Broström dietist

## Bilagor

### Interna bilagor

1. [Plasmaglukosprofil efter förlossning \(SU\)](#)
2. [Remiss till vårdcentral](#)
3. [Flödesschema för diagnostisering av graviditetsdiabetes \(GDM\)](#)

### Externa bilagor

1. [OGTT – oralt glukostoleranstest \(glukosbelastning\) \(Regionhälsan\)](#)
2. [Patientinformation Risk för graviditetsdiabetes \(Regionhälsan\)](#)
3. [Patientinformation Glukosbelastning – OGTT \(Regionhälsan\)](#)
4. [Patientinformation Graviditetsdiabetes som uppstår sent i graviditet \(Regionhälsan\)](#)
5. [Patientinformation Till Dig som behandlats för graviditetsdiabetes \(SU\).](#)

## Referenser

1. Horvath K, Koch K, Jeitler K et al. Effects of treatment in women with gestational diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. BMJ 2010; 340 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1395> (Published 01 April 2010)
2. I.R.A Chertok et al. Effects of early breastfeeding on neonatal glucose levels of term infants born to women with gestational diabetes. J Hum Nutr Diet 2009;22.

3. Moore ER, Bergman N, Andersson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mother and her healthy newborn infants (review). The Cochrane collaboration; 2016 Nov 25;11:CD003519.
4. Rowan JA, Hague WM, Gao W, et al. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. N Engl J Med. 2008 May 8;358(19):2003-15.
5. Rowan JA, Rush EC, Obolonkin V, Metformin in gestational diabetes: the offspring follow-up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. Diabetes Care. 2011 Oct;34(10):2279-84.
6. WHO. Guidance on the development of policies and guidelines for the prevention and management of Hypoglycemia of the newborn. Geneva: World health organisation; 2007.
7. WHO. Hypoglycemia of the newborn: review of the literature. Geneva: World health organisation;1997.
8. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/metodbeskrivning-kunskapsunderlag-graviditetsdiabetes.pdf>

## Bilaga 1.

### Plasmaglukosprofil efter förlossningen.

#### PLASMAGLUKOSPROFIL EFTER FÖRLOSSNING HOS DIG SOM HAFT GRAVIDDIABETES

Dag	Datum	Frukost före/efter	Lunch före/efter	Middag före/efter	Före sänggående
1					
2					
3					

Hos de flesta nyförlösta brukar p-glukosvärdena normaliseras direkt efter förlossningen.

Vi rekommenderar att du ungefär två veckor efter förlossningen gör en p-glukosprofil: Ta blodsocker direkt före och en timma efter påbörjad måltid under tre dagar. P-glukos bör ligga på ett fastevärde <6 mmol/L och efter måltid <8,0 mmol/L.

Om du har högre värden ska du själv kontakta "Specialistmödravårdsmottagning" via 1177 mina vårdkontakter.

Diabetesteamet på Mottagning för gravida och nyförlösta och Specialistmödravårdsmottagningen, Kvinnokliniken Östra sjukhuset.

## Bilaga 2.

### Remiss vårdcentral

**Personnummer/reservnummer:**

Bästa kollega,

Denna kvinna förlöstes \_\_\_\_\_ (datum).

Under graviditeten behandlades hon för graviditetsdiabetes med:

KOST /FYSISK AKTIVITET	
KOST /FYSISK AKTIVITET + METFORMIN	
KOST /FYSISK AKTIVITET + INSULIN	
KOST /FYSISK AKTIVITET + METFORMIN + INSULIN	

Efter förlossningen har blodsockervärdena normaliserats.

I tidig graviditet var BMI \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> och total viktuppgång under graviditeten var: \_\_\_\_ kg. Under graviditeten har kvinnan följts via Obstetrisk mottagning/Specialistmödravården. Hon har fått glukosmätare och lärt sig hur man kontrollerar plasmaglukos. Råd om och information om vikten av hälsosamma levnadsvanor har givits både under graviditeten och vid utskrivningssamtalet från BB. Blodsockersänkande läkemedelsbehandling är för närvarande inte aktuell.

Graviditetsdiabetes innebär en kraftigt ökad risk för framtida utveckling av typ 2 diabetes där studier visar att 10 år efter graviditeten hade 20 % av kvinnorna insjuknat i diabetes typ 2 [1]. Det är således angeläget med adekvat uppföljning, inklusive fortsatta råd om hälsosamma levnadsvanor, för att förebygga att diabetes utvecklas.

Kvinnan är rekommenderad att boka besök på vårdcentralen ett år efter förlossningen för diskussion kring kost, motion och övriga levnadsvanor; mätning av längd, vikt (BMI), midjeomfång och blodtryck samt provtagning HbA1c, p-glukos, fastevärde s-kolesterol och s-triglycerider och uprotein/kreatininkvot. Vid behov söker hon tidigare.

Kontroll av HbA1c och p-glukos rekommenderas med ett till två års intervall. I övrigt fortsatt uppföljning enligt din bedömning.

Övrig information:

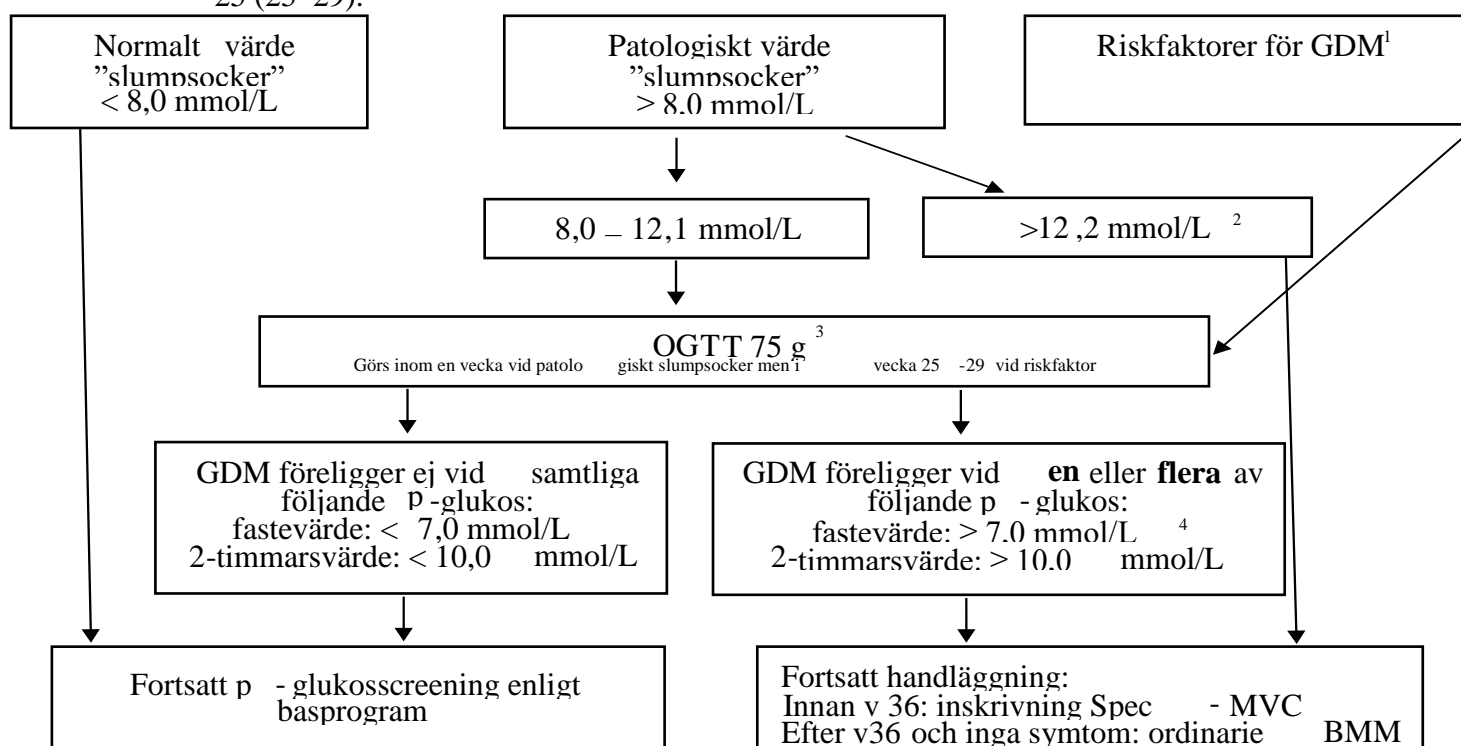
**Datum och underskrift:**

## Bilaga 3

### Flödesschema för diagnostisering av graviditetsdiabetes (GDM)

Under graviditeten tas kapillärt p-glukos s k ”slumpsocker” (icke fastevärde) enligt basprogram vid inskrivning, v25, v29, v32 och v35.

Handläggning relateras till p-glukosvärden, se nedan. Kvinnor med riskfaktorer för GDM genomför dessutom ett OGTT i graviditetsvecka 25 (25–29).



<sup>1</sup>BMI  $\geq 35$  vid inskrivning, tidigare GDM, tidigare fött barn med makrosomi ( $> 4500$  g) eller stor för tiden (LGA födelsevikt  $> +2$  SD), förstagradssläkting (förälder, syskon) med typ 2 diabetes, polyhydramnios i aktuell graviditet (AFI  $> 250$  mm eller SDP  $> 80$  mm), flerbörd, tidigare typ 2 diabetes.

<sup>2</sup>OGTT genomförs inte om p-glukos är  $\geq 12,2$  mmol/L. Kvinnan får då diagnos GDM direkt. Om kvinnan har symtom ska hon skickas direkt till medicinakuten SU/Östra samt telefonkontakt med specMVC (se PM)!

<sup>3</sup>Om OGTT ej ska/kan genomföras, t ex på grund av överviktskirurgi i anamnesen, görs i stället en 3-dagars glukosprofil, se PM.

<sup>4</sup>OGTT skall ej påbörjas om fastevärde är  $\geq 7,0$  mmol/L. Kvinnan får då diagnos GDM direkt.

**Graviditetsdiabetes** föreligger om kvinnan har en eller flera av följande värden:

- Om kapillärt ”slumpsocker”  $\geq 12,2$  mmol/L
- Om kapillärt fastande p-glukos  $\geq 7,0$  mmol/L
- Om kapillärt 2-timmars p-glukos  $\geq 10$  mmol/

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Obstetrik

**Innehållsansvar:** Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare

**Granskad av:** Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

**Godkänd av:** Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-184

**Version:** 21.0

**Giltig från:** 2025-07-21

**Giltig till:** 2027-07-21