Godkänt den: 2025-05-15
Ansvarig: Gudlaug Sverrisdottir
Gäller för: Kvinnosjukvård; Nära vård och hälsa

Graviditetsdiabetes, vårdplan Region Uppsala

Innehåll

Bakgrund 3
Barnmorska, besök på barnmorskemottagning 3
Screening för GDM med oral glukosbelastning, OGTT 3
Värde på p-glukos: Vid OGTT och fyrpunktskurva 4
Handläggning och dokumentation 4
Provsvar 4
Postpartum barnmorskemottagning 4
Diabetessköterskan, besök på vårdcentralen 5
Information 5
Självtestning 5
Provtagning 5
Fysisk aktivitet 5
Uppföljning och planering 5
Diagnos 6
Postpartum 6
Dietist, besök på vårdcentralen 6
Utredning 6
Nutritionsordination 7
Kostbehandling 7
Fysioterapeut eller sjukgymnast, besök på vårdcentralen 7
Nybesök 8
Uppföljande besök 8
Registrera besökskostnad vid vårdcentral 9
Specialistmödravård (S-mvc) 9
Farmakologisk behandling 9
Metformin 9
Insulin 10
Algoritm för titrering av insulindoser 10

DocPlus-ID: *DocPlusSTYR-7861*
Version: *2*
Handlingstyp: Instruktion/Rutin

Värdering av patientens glukosvärden och titrering av insulindoserna 11
Tillväxtkontroll (TVK) och cardiotocografi (CTG) 11
Induktion 11
Förlossning 12
Amning 12
Amningsförberedelse i graviditeten för kvinnor med graviditetsdiabetes 12
Amning vid medicinskt behandlad diabetes 12
Amning, provtagning och tillmatning av det nyfödda barnet 12
Postpartum 13
Kostbehandlade kvinnor 13
Metforminbehandlade kvinnor 13
Insulinbehandlade kvinnor 13
Dokumenthistorik 14
Bilaga 1 16

Bakgrund

Graviditetsdiabetes (GDM) medför ökad risk för mor och barn. För kvinnan framför allt ökad risk för graviditetshypertoni och preeklampsi samt att senare i livet utveckla en diabetes typ 2. För barnet är det framför allt accelererande fostertillväxt och därmed risker för förlossningskomplikationer. Alla gravida kvinnor screenas därför under graviditeten.

Gravid kvinna med diagnos GDM fortsätter sina ordinarie kontroller på barnmorskemottagningen (bmm).

Barnmorska, besök på barnmorskemottagning

P-glukos följs under graviditeten på alla gravida vid fem tillfällen, inskrivning samt vecka 25, 28–29, vecka 33 och vecka 35, **icke faste värde.**

Screening för GDM med oral glukosbelastning, OGTT

Kvinnor som uppfyller någon av följande anamnestiska faktorer vid inskrivning gör OGTT i vecka 24–28:

- Diabetes hos föräldrar eller syskon.
- BMI större än eller lika med 35 vid inskrivning.
- Tidigare fött large for gestational age (LGA) barn eller större än eller lika med 4 500 g.

Kvinnor som haft graviditetsdiabetes i en tidigare graviditet ska göra OGTT i graviditetsvecka 12–14 samt i vecka 24–28 om den första utfaller normalt.

Om någon av följande faktorer uppkommer i aktuell graviditet görs OGTT inom en vecka:

- Misstanke om accelererad fostertillväxt, symfys-fundus mått (SF-mått) ökat mer än fem centimeter mellan två mätningar.
- Viktskattning med ultraljud visar mer än plus 22%.
- Polyhydramnios - SDP mer än åtta centimeter.
- Slumpmässigt p-glukos mer än eller lika med 8,8 mmol/L, oavsett intag av mat och dryck.

Kvinna som genomgått överviktsoperation, till exempel gastric by-pass, och som har indikation enligt ovan, ska göra fyrpunktskurva i stället för OGTT på grund av förändrad glukosmetabolism och risk för dumping. Barnmorskan skriver remiss till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad vid, efter vecka 20. Om GDM i tidigare graviditet skickas remiss till diabetessköterska direkt efter inskrivningen. För screening görs fyrpunktskurvan tre dagar i rad och blodsockervärden rapporteras till

ansvarig barnmorska som dokumenterar i fritext i journalen, normala värden vidimeras av barnmorskan.

Värde på p-glukos: Vid OGTT och fyrpunktskurva

Fastande högre än eller lika med **7,0** mmol/L, högre än eller lika med **9,0** mmol/L vid 120 minuter efter glukosintag, eller **60 min efter måltid** vid fyrpunktskurva, är indikation på GDM.

Handläggning och dokumentation

Dokumentera i journaltabellen under **provtagning** glukosbelastning, fast val.

Vid avvikande värde på OGTT, eller fyrpunktskurva, enligt kriterier ovan, skickar barnmorskan remiss till diabetessköterska och dietist på den vårdcentral där kvinnan är listad, och journalanteckning görs. Diabetessköterskan ansvarar för att sätta diagnos.

Vid diagnos **graviditetsdiabetes** dokumenteras det genom att **uppdatera sökordet bedömning** – vårdprogram - **ej basprogram** på grund av att det automatiskt förs över till översiktsdokument (ÖD) Mödrahälsovård (MHV).

Barnmorskan ansvarar för att välja in anteckningar från diabetessköterska, dietist och fysioterapeut i graviditetsjournalen. Detta följs upp fortlöpande under graviditeten.

Patient bör få patientinformation enligt nedan samt ”Bra mat vid graviditetsdiabetes” av barnmorskan före första besök hos diabetessköterska och dietist.

Patientinformation om GDM, Region Uppsala.se.

Provsvar

Provsvar vidimeras av beställande bmm i **svar provbunden** under beställningen av funktionsundersökningen p-glukos. När graviditeten avslutas i graviditetsregistret registreras uppgifter om glukosbelastningen av ansvarig bmm.

Postpartum barnmorskemottagning

Telefonkontakt två till tre veckor postpartum enligt rutin. Förutom sedvanlig uppföljning efterfrågar bm om tider är givna för följande:

- Planering för provtagning av HbA1c om kvinnan haft insulinbehandling.
- Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården, bokas före förlossningen.

Se bilaga 1.

Diabetessköterskan, besök på vårdcentralen

Efter remiss från barnmorska bokas patient till diabetessköterska och dietist kommande vecka för information om graviditetsdiabetes. Därefter uppföljning utifrån behov fram till förlossning.

Information

Diabetessköterska ansvarar för muntlig och skriftlig, om inte redan given, patientinformation om GDM samt instruktion i provtagningsteknik för självtestning av kapillärt blodsocker.

Patientinformation om GDM, Region Uppsala.se.

Självtestning

Självtestning av kapillärt blodsocker fyra gånger per dygn, så kallad 4-punktskurva, det vill säga fasteglukos och 60 minuter efter påbörjad frukost, lunch och middag. Patient kontrollerar 4-punktskurva dagligen första veckan, sedan tre dagar per vecka. Kvinnan dokumenterar sina värden i en dagbok.

Mål för kapillärt p-glukos: Fastande mindre än 5,3 mmol/L, en timme efter påbörjad måltid mindre än 8,0 mmol/L.

Observera att de blodsockervärden som gäller vid screening är andra än de målvärden kvinnan ska följa vid redan ställd diagnos.

Provtagning

HbA1c kontrolleras vid första besöket. Om HbA1c är mindre än 42 behöver det inte kontrolleras annat än vid behandlingssvikt på läkarordination. Om HbA1c är mer än eller lika med 42 ska det kontrolleras om efter en månad. Om då mindre än 42, ingen ytterligare kontroll. **Om då HbA1c fortfarande är mer än eller lika med 42 ska remiss skickas till specialistmödravården (S-mvc).**

Fysisk aktivitet

Gör screening, bedömning och råd gällande fysisk aktivitet enligt nedan. Vid behov skrivs remiss till fysioterapeut på vårdcentralen. Generellt rekommenderas minst 30 minuters daglig promenad.

Kunskapsunderlag levnadsvanor och FYSS, Region Uppsala.se (pdf).

Uppföljning och planering

Telefonuppföljning, alternativt besök vid exempelvis språkproblem eller andra särskilda behov, hos diabetessköterska på vårdcentral efter en veckas självtestning och sedan var fjärde vecka eller tätare vid behov.

Om tre värden eller fler under en vecka ligger över målvärden, det vill säga fastande lägre än 5,3, efter måltid lägre än 8,0 och kvinnan inte har ett inplanerat besök inom en vecka, kontaktar hon själv diabetessköterskan per telefon. Kvinnan ska då bokas på ett besök för att undersöka om kost eller motion kan optimeras.

Om värdena inte uppenbart kan förbättras med kost eller motion tas HbA1c och remiss skrivs till S-mvc. I remissen ska framgå om video- eller telefonbesök kan vara lämpligt för den aktuella kvinnan. Patienten bokas till obstetriker - besök, video eller telefon- följande torsdag eftermiddag.

Diagnos

Diabetessköterska på vårdcentralen sätter diagnosen ”Graviditetsdiabetes 0244A” i Cosmic.

Postpartum

Se bilaga 1 nedan.

Dietist, besök på vårdcentralen

När primärvårdsbarnmorskan identifierar en kvinna med GDM skickar barnmorskan en remiss till diabetessköterska och dietist på den vårdcentral där kvinnan är listad. Patient bokas kommande vecka till dietist samt diabetessköterska på vårdcentralen. Dietist ger information om kost vid graviditetsdiabetes samt individuell kostrådgivning. Om patienten inte redan fått skriftlig information "Bra mat vid graviditetsdiabetes" delas denna ut vid besöket. Dietisten erbjuder telefonuppföljning av kosten efter en vecka eller bokat besök vid behov. Därefter uppföljning utifrån behov fram till förlossning.

Om tre värden eller fler under en vecka ligger över målvärden, och diabetessköterska eller dietist bedömer att kost och motion inte kan optimeras ytterligare, skrivs remiss till S-mvc som då tar över diabetesbehandlingen. Om behov av ytterligare dietistkontakt finns efter att patientens diabetesbehandling tagits över av S-mvc kontaktas patientens ordinarie dietist på vårdcentralen.

Patientinformation om GDM, Region Uppsala.se.

Utredning

Kostanamnes, fråga om följande:

- Måltidsordning.
- Val av drycker och mängd, till exempel juice, mjölk, drickyoghurt.
- Intag av frukt: Antal, mängd och fördelning över dagen.
- Val av bröd och mängd.
- Torkad frukt, så som dadlar.

- Intag av sötsaker, kakor, kex, glass, godis, söta soppor, honung, socker i dryck.
- Intag på natten.

Gör en grov uppskattning av mängd kolhydratrika livsmedel vid varje måltid. Se över intag av snabba och långsamma kolhydrater.

Nutritionsordination

Måttlig lågkolhydratkost med lågt glykemiskt index.

Kostbehandling

Informera om matens påverkan på blodsockret, måltidsordning, måttlig lågkolhydratkost, drycker, frukt, snabba och långsamma livsmedel. Ge råd om begränsning av kolhydratrika livsmedel vid behov. Frukost, lunch och middag 20–40 gram kolhydrater, mellanmål max 20 gram kolhydrater. Totalt minst 100 gram kolhydrater per dag. Ge tips och råd om bra mellanmål.

Dela ut broschyr ”Bra mat vid graviditetsdiabetes” om kvinnan inte redan fått den.

Fysioterapeut eller sjukgymnast, besök på vårdcentralen

Syfte och mål med besöket: Inventera patientens fysiska aktivitetsnivå och informera om vikten av fysisk aktivitet samt bedöma eventuella diabetes- och graviditetsrelaterade besvär. Aktivt uppmuntra till ökad fysisk aktivitet. Alla gravida ska rekommenderas och motiveras till att utföra aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet som en del i en hälsosam livsstil enligt följande:

- Det finns ett tydligt dos-respons-samband mellan plasmaglukoskontroll och fysisk aktivitet och träning.
- Regelbunden träning förbättrar och vidmakthåller dessutom en god allmän kondition under graviditeten och kan vara ett bra sätt att förbereda kroppen inför själva förlossningen.
- Fysisk aktivitet under graviditet är i de flesta fall ofarligt för den gravida kvinnan och fostret och innebär ingen ökad risk för avvikande graviditets- eller förlossningsutfall.
- Fysisk träning och aktivitet ger god HbA1c-sänkande effekt, väl jämförbar med många läkemedel som ges vid typ 2-diabetes. Aerob fysisk aktivitet rekommenderas i sammanlagt minst 150 minuter per vecka. Intensiteten bör vara måttlig. För den som redan tidigare är fysiskt aktiv kan intensiteten vara högre. Valet av aktiviteter ska göras så att de innebär en minimal risk för fall och fosterskada. Aktiviteten bör spridas på minst tre av veckans dagar.
- Kombinerad fysisk träning, både konditions- och styrketräning, ger störst sänkning av HbA1c, följt av endast konditionsträning, därefter styrketräning och enbart förändring av den fysiska aktivitetsnivån.

- Som tillägg till träning av bäckenbottenmuskulaturen bör muskelstärkande fysisk aktivitet utföras minst två gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper. Bäckenbottenträning under graviditet och postpartum kan förebygga och behandla urinläckage.
- Fysisk aktivitet är en av hörnstenarna vid behandling av graviditetsdiabetes. Samma rekommendationer ges av alla professioner i diabetesteamet det vill säga minst 150 minuter aerob fysisk aktivitet på måttlig till hög intensitet per vecka.
- Kvalificerat rådgivande samtal - motiverande samtalsmetodik - angående fysisk aktivitet rekommenderas för alla gravida med otillräcklig fysisk aktivitet.

Nybesök

Vid nybesök görs följande:

- Bedöm fysisk aktivitetsnivå, exempelvis via journaltabell, ange tid för vardagsmotion, fysisk träning och totalaktivitet.
- Identifiera hinder för fysisk aktivitet, till exempel graviditetsrelaterad bäckenledssmärta, illamående, tyngdkänsla i underlivet eller inkontinens.
- Informera om effekter av fysisk aktivitet vid diabetes.
- Informera om bäckenbottenträning under och efter graviditet som kan förebygga och behandla urinläckage.
- Långvarigt stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser, bensträckare, med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden.
- Initiera träning. Erbjud anpassat träningsprogram vid behov.
- Erbjud stöd för ökad fysisk aktivitet, exempelvis via aktivitetsdagbok, stegräknare, Fysisk aktivitet på Recept (far), friskvårdslots.
- Uppföljande besök planeras efter den enskilde patientens behov. Planera vem som bäst följer upp rådgivningen och planerad aktivitet.

Uppföljande besök

Fysisk aktivitetsgrad och träning bör alltid följas upp utifrån intensitet, duration och frekvens samt typ av fysisk aktivitet, exempelvis via aktivitetsdagbok, stegräknare, pulsmätare eller olika mobilapplikationer.

Hinder för fysisk aktivitet bör följas upp för korrigering av rekommenderad fysisk aktivitet eller träning.

Fysisk funktion och kapacitet kan vid behov följas upp via specifika tester för exempelvis kondition, styrka, gånghastighet och gångsträcka.

Registrera besökskostnad vid vårdcentral

Besöken är kostnadsfria för kvinnan och ska bokas enligt nedan:

Graviddiabetes besök dietist Graviddiabetes besök fysioterapeut Graviddiabetes besök diabetessköterska

Ekonomiregistrering på gravida som besöker dietist, fysioterapeut eller diabetessjuksköterska görs enligt följande:

- Via bokningsunderlagets självbetjäning registreras besöket med patientavgift: Sjukvårdandebehandling, ingen avgift och besökskostnad: Besöksprodukt för Graviditetsdiabetes/profession.
- I information till kassan skrivs 0 kr, graviddiabetes.

Specialistmödravård (S-mvc)

Farmakologisk behandling

Om tre värden eller fler under en vecka ligger över målvärden, och diabetessköterska eller dietist bedömer att kost och motion inte kan optimeras ytterligare, skrivs remiss till S-mvc som då tar över diabetesbehandlingen. I remissen ska framgå om video- eller telefonbesök kan vara lämpligt för den aktuella kvinnan. Patienten bokas till obstetriker-besök, video eller telefon - följande torsdag eftermiddag.

Kvinnan fortsätter ha sina barnmorskebesök på sin ordinarie barnmorskemottagning enligt basprogram vid både metformin- och insulinbehandlad GDM. Vid eventuella komplikationer eller om behov uppstår får det individualiseras i samråd mellan ordinarie barnmorska och obstetriker eller diabetesläkare på S-mvc.

Om behov av ytterligare dietistkontakt efter att hon påbörjat behandling med metformin eller insulin kontaktas dietisten på vårdcentralen genom messenger.

Metformin

Metformin är förstahandsbehandling för patient som ej kan hålla blodsockret under målvärden. Metforminbehandlad GDM sköts i normalfallet av obstetriker på S-mvc. Starta med dosen 500mg 1 tablett 1 gång per dag och öka med 1 tablett var tredje dag till maxdos 2 tabletter 2 gånger per dag. Tabletterna trappas upp och tas tillsammans med mat för att minska risk för gastrointestinala biverkningar. Muntlig och skriftlig information. Patientinformation om läkemedelsbehandling med upptrappningsschema finns på svenska och flera andra språk i en pärm i läkarrum 2 på S-mvc, GDM studie (cdc4g.se).

Blodsockertestning efter start av metforminbehandling: Fyra värden per dygn, så kallad 4-punktskurva, det vill säga fasteglukos och 60 minuter efter påbörjad frukost, lunch och middag tre dagar per vecka.

Mål för kapillärt p-glukos: Fastande mindre än 5,3 mmol/L, en timme efter påbörjad måltid mindre än 8,0 mmol/L.

Patient följs upp var tredje till var fjärde vecka per telefon, telefontid bokas till obstetriker på torsdag eftermiddag. Besök vid språksvårigheter. Glöm inte TVK, se sidan 8.

Vid misstanke om tillväxthämning, diskutera med diabetesläkare om insulin vore en mer lämpligt i stället för Metformin.

Insulin

Om kost, motion samt Metformin inte räcker för att hålla blodsockret inom målvärden överrapporteras kvinnan till diabetesläkare och diabetesbehandlingen tas över av diabetesläkare och diabetessköterska via S-mvc.

Blodsockertestning efter start av insulinbehandling: Sju värden per dygn, före och 60 minuter efter frukost, lunch och middag, samt på kvällen före sänggående.

Mål för kapillärt p-glukos: Fastande mindre än 5,3 mmol/L, före övriga mål mindre än 6,0 mmol/L, en timme efter påbörjad måltid mindre än 8,0 mmol/L, före sänggående mindre än 7,0 mmol/L.

Om patienten inte accepterar Metformin eller av andra skäl inte bedöms lämplig för detta erbjuds medellångverkande insulin till natten, i första hand nph-insulin, Humulin nph eller Insuman Basal. Om patienten inte når målvärdet för fasteglukos eller får problem med hypoglykemier under natten eller tidig morgon kan byte till Lantus eller Levemir övervägas. Ordineras av diabetesläkare. Patienten träffar diabetessköterska på S-mvc för att lära sig att ta insulin. Ge patientinformationen nedan.

Om tillfredställande fastevärden men förhöjda postprandiella värden kan måltidsinsulin bli aktuellt, eventuellt med senare tillägg av basinsulin. Som måltidsinsulin väljs en snabbverkande insulinanalog som Novorapid, insulin Aspart Sanofi, Humalog, insulin Lispro Sanofi.

Patientinformation: Insulinbehandlad graviditetsdiabetes, Region Uppsala.se (pdf).

Algoritm för titrering av insulindoser

Måltidsinsulin – startdos enligt följande:

- Vid postprandiellt kapillärt P-Glukos 8–10 mmol/L starta med 4 E till respektive måltid.
- Vid postprandiellt kapillärt P-Glukos mer än10 mmol/L starta med 6 E till respektive måltid.

Medellångverkande insulin – startdos enligt följande:

- Vid faste kapillärt P-Glukos 5,3–6,0 mmol/L starta med 6 E till kvällen.
- Vid faste kapillärt P-Glukos mer än 6,0 mmol/L starta med 8 E till kvällen.

Vid uttalad övervikt kan högre doser krävas.

Värdering av patientens glukosvärden och titrering av insulindoserna

Dosen titreras en gång per vecka. Diabetesläkare och diabetessköterska ansvarar för insulinbehandling.

Följande schema används. Ändring av insulindosen ska göras om totalt tre eller flera värden under en vecka avviker från målvärdet.

fP-Glukos (mmol/L)	**Insulindos**
Mindre än 4	- 2E
4,0–5,3	± 0
5,3–6	+ 2E
Mer än 6	+ 4E

Postprandiellt glukos (mmol/L)	**Insulindos**
Mindre än 6	- 2E
6–8	± 0
8–10	+ 2E
Mer än10	+ 4E

Tillväxtkontroll (TVK) och cardiotocografi (CTG)

Kostbehandlad: TVK utförs om sf-mått är avvikande med mer än +2SD. Om makrosomi eller andra komplicerande faktorer bokas besök till obstetriker för bedömning av förlossningssätt. Inga rutinmässiga CTG-kontroller.

Metformin- och/eller insulinbehandlad: TVK någon gång mellan vecka 28 och 32 samt vecka 36. Om accelererad tillväxt där tillväxten ökat med mer än tio procentenheter mellan första och andra ultraljudet, eller om tilläggsindikation såsom till exempel preeklampsi eller tillväxthämning körs CTG varje vecka från vecka 36. Annars inga rutinmässiga CTG.

Induktion

Kostbehandlad*:* Om välkontrollerad GDM och normalstort barn inväntas spontan värkstart. GDM enbart är inte en induktionsindikation. Vid LGA i vecka 38 görs individuell obstetrisk bedömning.

Farmakologiskt behandlad*:* Om välkontrollerad diabetes och normalstort barn induktion vecka 40+6. Annars individuell bedömning av obstetriker, eventuellt i samråd med diabetesläkare.

Förlossning

Kostbehandlad GDM*:* P-glukos kontrolleras vid ankomst till förlossningen och följs med tre till fyra timmars intervall. Målvärde under förlossning 4–7 mmol/L. Om värden högre än 7,0 mmol/L ökad risk för hypoglykemi hos det nyfödda barnet. Förlossningsjouren kontaktas. Överväg att ge Novorapid 2 E.

Metformin behandlad GDM: Sluta ta sina tabletter vid aktiv förlossning. Därefter kontroller som hos kostbehandlad.

Metformin- och insulinbehandlad GDM: Sluta ta sina tabletter vid aktiv förlossning, därefter kontroller som vid diabetes typ 1 och 2.

Amning

Amningsförberedelse i graviditeten för kvinnor med graviditetsdiabetes

Amning vid medicinskt behandlad diabetes

Om kvinnan som har medicinskt behandlad diabetes önskar amma finns det stora fördelar med att förbereda sig redan under graviditeten.

Forskning visar att det är säkert för gravida med diabetes att handmjölka från vecka 36+0 och spara den mjölken för att ge som tillägg till sina barn efter förlossningen. Handmjölkning ökar inte risken för att sätta i gång förlossningen för tidigt och ger inte heller en ökad inläggning på neonatalklinik för barnet.

Rekommendation att handstimulera bröst från vecka 36+0 upp till två gånger per dag i max tio minuter. Alla bröst släpper inte mjölk vid handstimulering men om bröstet gör det rekommenderar vi att samla upp mjölken, till exempel med en tesked, uppsamlad mjölk hälls upp i rena uppsamlingskärl, skriv datum på och frys in. Exempel på uppsamlingskärl: Liten fryspåse. Råmjölk tas med i en kylväska med frysklamp till förlossningen och kan då användas som tillmatning till barnet. Man kan behöva komplettera med modersmjölksersättning om råmjölken inte räcker till eller om barnet får lågt blodsocker.

Tillmatning av barn vid diabetes hos modern, Region Uppsala.se (pdf).

Amning, provtagning och tillmatning av det nyfödda barnet

Mamma med kostbehandlad GDM där barnet har normal födelsevikt: Uppmanas till intensiv amning, barnet ska äta varannan till var tredje timme. Det ska inte gå mer än tre timmar mellan varje mål under det första dygnet. P-glukos kontrolleras vid tre och sex timmars ålder om barnet är välmående och symtomfritt. Om normala P-glukos, det vill

säga högre eller lika med 2,6 mmol/L vid tre och sex timmars ålder och barnet är välmående avslutas kontroller av p-glukos. Familjen kan då gå på fortsatt vård i hemmet.

Övriga barn till mamma med GDM: Tidig tillmatning, inom en timme, och provtagning inför nästa mål, cirka tre timmar, och så vidare, enligt rutin nedan.

Standardordination för barn som vårdas på BB pga underburenhet, tillväxthämning, hyperbilirubinemi eller maternell diabetes, Region Uppsala.se (pdf).

Postpartum

GDM-patienter skrivs ut och **av läkare** från BB och Förlossning**. Epikris** ska skrivas på dessa patienter. Observera, se bilaga 1.

Kostbehandlade kvinnor

Kostbehandlade kvinnor kan gå hem på tidig hemgång enligt ovan. Inga ytterligare blodsockerkontroller på modern**. Remiss** skrivs av förlossningsläkare eller BB-läkare och skickas till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad på för uppföljning efter ett år.

Metforminbehandlade kvinnor

Metformin utsätts vid förlossning. Om patient ligger kvar på BB kontrolleras en 4-punktskurva dag 2 efter förlossning. Om patient går hem före dag 2 kontrollerar hon en 4-punktskurva hemma inom en vecka efter förlossning. Patienter som gör 4-punktskurvan hemma blir uppringda av S-mvc-läkare inom en vecka efter förlossning för avstämning av värden. Målvärden fastande mindre eller lika med 6,0 mmol/L och efter måltid mindre eller lika med 8,0 mmol/L. Om värdet efter måltid är högre än 9,9 mmol/l ska patient bokas in till diabetesläkare på S-mvc efter sex till åtta veckor, se bilaga 1. **Remiss** skrivs till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad på för uppföljning efter tre till sex månader. Rekommenderas i remissen genomgång av livsstil, vikt, blodtryck, lipider, faste-p-glukos, HbA1c samt ställningstagande till eventuell förnyad peroral glukosbelastning. Högriskgrupp för framtida utveckling av typ 2 diabetes. Efterkontroll hos ansvarig barnmorska på bmm.

Insulinbehandlade kvinnor

Insulin utsättes helt vid partus. Kontroll av ett enstaka P-glukos tre till fyra timmar efter partus. Patienten ska kontrollera en 4-punktskurva helst dag 2 efter förlossning.

Patienten skrivs ut vardag klockan 8–16: BB-barnmorska tar telefonkontakt med endokrinkonsult sökare 996 88 inför utskrivning.

Patienten skrivs ut under helgdag: Rondande BB-läkare bedömer 4-punktskurvan med målvärden fastande mindre än eller lika med 6,0 mmol/L och efter måltid mindre än eller lika med 8,0 mmol/L och skriver remiss till endokrinmottagningen. Förslag till text: Patient

med insulinbehandlad GDM, utskriven från BB under helgen. Tacksam kontakt med patienten nästkommande vardag.

Telefontid till diabetesläkare på S-mvc efter sex till åtta veckor, diabetesläkare skriver remiss till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad på. Kvinna med behov av tolk bokas för ett besök på S-mvc vid samma tidpunkt. I samband med utskrivning och diagnossättning dikterar obstetriker in att telefontid eller besök ska bokas. Barnmorska eller sjuksköterska gör provtagningsunderlag för HbA1c som ska tas sex veckor efter förlossningen. Efterkontroll hos ansvarig barnmorska på bmm.

Dokumenthistorik

Författare:

Diabetesgruppen på Obstetriken, MHV-enheten samt LAG Diabetes i primärvården.

Granskare:

Jarl Hellman, Tansim Akhter, Gunilla Hallberg.

Datum:

2020-11-20: Anna Lindqvist, tagit bort att kostbehandlade GDM ska göra 4-punktskurva efter förlossningen. Ska inte ha telefontid i samband med utskrivning. Observera viktigt att remiss skrivs till primärvård för uppföljning.

2020-12-03:

2021-10-07: Annika Esscher, barnmorskan på S-mvc sätter GDM-diagnos.
Carina Hult: tagit bort länk till fler språk då de inte finns publicerade på https://www.cdc4g.se/. Lagt till länk till patientinformation.

2022-01-31: Annika Esscher. Första besök sker alltid till bm. GDM-diagnos rättad.

2022-02-23: Tina Gustafsson, ändrat till korrekt patientinformation.

2022-10-19: Annika Esscher, ändrat rutin kring utskrivning av insulinbehandlad GDM-patient.

2023-01-12: Lena Axén, Birgitta Segeblad och Annika Esscher: Förändrad rutin 2023. Rutinen är justerad i sin helhet. Lägger in riktlinjer för diabetessköterska, dietist, fysioterapeut, barnmorska bmm. Ändrad rubrik med anledning av sammanslagning av riktlinjer för hela vårdkedjan, tidigare Graviditetsdiabetes GDM.

2023-03-23: Annika Esscher: Ändrat tryckfel.

2023-09-07: Carina Hult, snabbgodkännande: Ändrat diagnoskod på sidan 4, Graviditetsdiabetes O24.1, rätt kod är 0244A.

2024-04-24: Förtydligande av antal dagar för screeningen vid bmm gällande antal dagar 4-punktkurva. Förtydligande vid registrering av besökskostnad vid vårdcentralen. Tillgänglighetsanpassat.

2024-06-14: Rubrik Självtestning, justerat felskrivning: Mål för kapillärt p-glukos: Fastande mindre än 5,3 mmol/L, en timme efter påbörjad måltid mindre än **8,0** mmol/L.

2025-02-14: Maria Severin. Farmakologisk behandling Metformin: Vid misstanke om tillväxthämning, diskutera med endokrinolog om Insulin skulle vara en lämpligare behandling.

Farmakologisk behandling: Endast diabetesläkare ordinerar Insulin.

Tillväxtkontroll, förtydligande.

Amning Raderad dubblett.

Uppföljning postpartum kostbehandlade. Förtydligande att det är förlossningsläkare alternativt BB-läkare som skriver remissen

2025-03-06: Max Andersson Grettve, Tillgänglighetsanpassat dokumentet.

2025-04-03: Lena Axén, Birgitta Segeblad, Åsa Edström, Tina Gustafsson, Maria Severin. Tillägg Dokumentationsrutin: Barnmorskan ansvarar för att välja in anteckningar från diabetessköterska, dietist och fysioterapeut i graviditetsjournalen.

Barnmorskan ansvarar för att välja in anteckningar från diabetessköterska, dietist och fysioterapeut i graviditetsjournalen. Detta följs upp fortlöpande under graviditeten.

Justerat Diabetesköterskans uppgift postpartum för uppföljning av Kostbehandlad diabetes postpartum.

Tagit fram en ny tabell, bilaga 1 och förtydligat rutiner för respektive profession, förlossning, BB, S-mvc, bmm.

Postpartumkontroll på kostbehandlad och meformin, insulinsbehandlad kvinna.

Bilaga 1

Lathund utskrivning och efterkontroll av patienter med graviditetsdiabetes

Diagnos	**Graviditetsdiabetes med insulinbehandling**	**Graviditetsdiabetes med Metformin behandling**	**Graviditetsdiabetes med kostbehandling**
Efter förlossning	Insulin utsättes helt vid partus. 4-punktskurva helst dag 2 efter förlossning	Metformin utsättes helt vid partus. 4-punktskurva i hemmet inom en vecka efter förlossning.	Om välkontrollerad GDM kan familjen gå hem direkt från förlossningen om ok från barnläkare
Utskrivning BB/ Förlossning	Vardag kl. 8-16: BM kontaktar endokrinkonsult (sökare 99688) inför utskrivning Helgdag: BB-läkare bedömer 4-punktskurva och skriver remiss till endokrinmott BB-läkare skriver epikris. Barnmorska/ sjuksköterska gör provtagnings-underlag för HbA1c inom 6 veckor postpartum.	BB-läkare skriver epikris och remiss till primärvården för uppföljning efter 3–6 månader. Om postprandiella värden är 10 eller mer bokas åb till diabetesläkare på SMVC efter 6–8 veckor	Om välkontrollerad GDM kan familjen gå hem direkt från förlossningen om ok från barnläkare BB-läkare skriver epikris samt remiss till primärvården för uppföljning om ett år
Telefonuppföljning smvc	Telefontid till diabetesläkare SMVC efter 6–8 veckor, skriver remiss till primärvården för uppföljning om ett år. Vid behov av tolk bokas besök	Telefontid (utan beställaravgift) bokas efter en vecka i tidbok ”SMVC rond” om 4-punktskurva gjorts i hemmet.	Telefonkontakt 2–3 veckor postpartum enligt rutin.
Efterkontroll på barnmorskemottagning	BMM – Följer upp via telefon och stämmer av att HbA1c är inbokat Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården, Bokas före förlossningen	Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården. Bokas av ansvarig BMM före förlossningen	Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården. Bokas före förlossningen