

# Graviditetsdiabetes, vårdplan Region Uppsala

## Innehåll

Graviditetsdiabetes, vårdplan Region Uppsala .....	1
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 .....	4
Provsvar .....	4
Postpartum .....	4
Diabetessköterskan, besök på vårdcentralen .....	4
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 .....	6
Kostbehandling .....	7
Postpartum .....	7
Fysioterapeut eller sjukgymnast, besök på vårdcentralen .....	7
Nybesök .....	8
Uppföljande besök: .....	8
Postpartum .....	8
Registrera besökskostnad vid vårdcentral .....	8
Specialistmödravård (smvc) .....	9

Farmakologisk behandling .....	9
Algoritm för titrering av insulindoser .....	10
Värdering av patientens glukosvärden och titrering av insulindoserna .....	11
Tillväxtkontroll (tvk) och cardiotocografi (ctg).....	11
Postpartum .....	11
Induktion .....	11
Förlossning .....	12
Postpartum .....	12
Amning .....	12
Amningsförberedelse i graviditeten för kvinnor med graviditetsdiabetes .....	12
Amning/provtagning/tillmatning av det nyfödda barnet.....	13
Postpartum .....	13
Kostbehandlade .....	13
Metforminbehandlade.....	13
Insulinbehandlade .....	14
Bilaga 1 .....	15
Dokumenthistorik .....	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 kvinnan 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, v 33 och v 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 v 12–14 samt v 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, sf-mått ökat större än 5 cm mellan två mätningar

viktskattning med ultraljud visar mer än +22%

polyhydramnios (sdp större än 8cm)

sluppmässigt p-glukos större 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, skall göra fyrpunktskurva i stället för ogtt på grund av förändrad glukosmetabolism och risk för dumping. Bm skriver remiss till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad vid, efter v 20. Om gdm i tidigare graviditet skickas remiss till diabetessköterska direkt efter inskrivningen. För screening görs

fyrpunktskurvan tre dagar i rad 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 större än eller lika med **7,0** mmol/L, större än eller lika med **9,0** mmol/L vid 120 min efter glukosintag, eller **60 min efter måltid** vid fyrpunktskurva, är indikation på gdm.

## Handläggning

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 **gravitetsdiabetes** dokumenteras det genom att **uppdatera sökordet bedömning** – vårdprogram - **ej basprogram** på grund av att det automatiskt . förs över till öd mhv.

Patient bör få [patientinformation om gdm](#) samt [bra mat vid gravitetsdiabetes](#) av barnmorskan före första besök hos diabetessköterska och dietist.

## Provsvar

Provsvar vidimeras av beställande bmm i **svaret provbunden** under beställningen av funktionsundersökningen p-glukos.

När graviditeten avslutas i graviditetsregistret registreras uppgifter om glukosbelastningen av ansvarig bmm.

## Postpartum

[Se stycke nedan.](#)

## Diabetessköterskan, besök på vårdcentralen

Efter remiss från barnmorska bokas patient till diabetessköterska (och dietist) kommande vecka för information om gravitetsdiabetes. 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.

## Självtestning

Självtestning av kapillärt blodsocker fyra gånger/dygn (4-punktskurva), det vill säga fasteglukos och 60 minuter efter påbörjad frukost, lunch och middag. Patient kontrollerar 4-punktskurva dagligen första veckan, sedan 3 dagar/vecka. Kvinnan dokumenterar sina värden i en dagbok.

Mål för kapillärt p-glukos: Fastande mindre än 5,3 mmol/L, 1 timme efter påbörjad måltid mindre än 0,0 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 mindre än 42 behöver det inte kontrolleras annat än vid behandlingssvikt på läkarordination. Om HbA1c större än eller lika med 42 ska det kontrolleras om efter en månad. Om då mindre än 42, ingen ytterligare kontroll. **Om då HbA1c fortfarande större än eller lika med 42 ska remiss skickas till specialistmödravården (smvc).**

## Fysisk aktivitet

Gör screening, bedömning och råd gällande fysisk aktivitet enligt [Kunskapsunderlag levnadsvanor och FYSS \(pdf\)](#). Vid behov skrivs remiss till fysioterapeut på vårdcentralen. Generellt rekommenderas minst 30 minuters daglig promenad.

## Uppföljning och planering

Telefonuppföljning (alternativt besök vid exempelvis språkproblem eller andra särskilda behov) av/hos diabetessköterska på vårdcentral efter en veckas självtestning och sedan var 4:e vecka eller tätare vid behov.

Om tre värden eller fler under en vecka ligger över målvärden (fastande mindre än 5,3, efter måltid mindre 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 smvc. 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 stycke 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 \(regionuppsala.se\)](http://information.regionuppsala.se) "Bra mat vid graviditetsdiabetes" delas denna ut vid besöket. Dietisten erbjuder telefonuppföljning av kosten efter en vecka eller bokar besök vid behov. Därefter uppföljning utifrån behov fram till förlossning.

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

# Utredning

Kostanamnes, fråga om:

- Måltidsordning
- Val av drycker och mängd (tex juice, mjölk, drickyoghurt)
- Intag av frukt: antal, mängd och fördelning över dagen
- Val av bröd och mängd
- Torkad frukt (dadlar)
- Intag av sötsaker, kakor, kex, glass, godis, söta soppor, honung, socker i dryck.
- Intag på natten

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

# Nutritionordination

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 g kolhydrater per dag. Ge tips och råd om bra mellanmål.

Dela ut broschyr [Bra mat vid graviditetsdiabetes \(regionuppsala.se\)](http://Bra%20mat%20vid%20graviditetsdiabetes%20(regionuppsala.se)) om kvinnan inte redan fått den.

# Postpartum

[Se stycke nedan.](#)

# Fysioterapeut eller sjukgymnast, besök på vårdcentralen

**Syfte/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.

- Det finns ett tydligt dos-respons-samband mellan plasmaglukoskontroll och fysisk aktivitet/fysisk 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/fysisk 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 3 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 2 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 samtals-metodik) angående fysisk aktivitet rekommenderas för alla gravida med otillräcklig fysisk aktivitet.

## Nybesök

- Bedöm fysisk aktivitetsnivå (exempelvis via journaltabell, ange tid för vardagsmotion, fysisk träning och totalaktivitet)
- Identifiera hinder för fysisk aktivitet, tex. 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 korrigerande av rekommenderad fysisk aktivitet/träning.

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

## Postpartum

[Se stycke nedan.](#)

## Registrera besökskostnad vid vårdcentral

Besöken är kostnadsfria för kvinnan och ska bokas enligt nedan



Graviddiabetes besök dietist  
Graviddiabetes besök fysioterapeut  
Graviddiabetes besök diabetessköterska

## Ekonomi registrering på gravida som besöker dietist, fysioterapeut eller diabetessjuksköterska.

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 (smvc)

## Farmakologisk behandling

Om tre värden eller fler under en vecka ligger över målvärden, och diabetessköterska/dietist bedömer att kost + motion inte kan optimeras ytterligare, skrivs remiss till smvc 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 ev komplikationer eller om behov uppstår får det individualiseras i samråd mellan ordinarie barnmorska och obstetriker/diabetesläkare på smvc.

Om behov av ytterligare dietistkontakt efter att hon påbörjat behandling med metformin/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 SMVC. Starta med dosen 500mg 1x1 och öka med 1 tablett var tredje dag till maxdos 2 tabletter x2. 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 smvc [gdm studie \(cdc4g.se\)](http://gdm.studie(cdc4g.se)).

Blodsockertestning efter start av metforminbehandling: Fyra värden/dygn (4-punktskurva), det vill säga fasteglukos och 60 min efter påbörjad frukost, lunch och middag 3 dagar/vecka.

Mål för kapillärt p-glukos: Fastande mindre än 5,3 mmol/L, 1 timme efter påbörjad måltid mindre än 8,0 mmol/L

Patient följs upp var 3–4:e vecka per telefon (telefon tid bokas till obstetriker på torsdag eftermiddag). Besök vid språksvårigheter. Glöm inte TVK (se sid 8 i denna rutin).

## Insulin

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

Blodsockertestning efter start av insulinbehandling: 7 värden/dygn, före och 60 min 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, 1 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 (Insulatard, 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. Ordinerar av obstetriker eller diabetesläkare. Patienten träffar diabetessköterska på smvc för att lära sig att ta insulin. Patientinformation:

[Insulinbehandlad graviditetsdiabetes](#)

Om tillfredställande fastevärden men förhöjda postprandiella värden kan måltidsinsulin bli aktuellt, eventuellt med senare tillägg av basinsulin. Som måltidsinsulin väljs en snabbverkande insulinanalog (NovoRapid eller Humalog).

## Algoritm för titrering av insulindoser

### Måltidsinsulin – startdos

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

Vid postprandiellt kapillärt P-Glukos mer än 10 mmol/L starta med 6 E till respektive måltid

### Medellångverkande insulin – startdos

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

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

Vid uttalad övervikt kan högre doser krävas

# Värdering av patientens glukosvärden och titrering av insulindoserna

Dosen titreras 1 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 än 10	+ 4E

## Tillväxtkontroll (tvk) och cardiotocografi (ctg)

**Kostbehandlad:** tvk utförs om sf mått är avvikande (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 vecka 28–32 samt vecka 36. Om accelererad tillväxt (tillväxten ökat med mer än 10 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.

## Postpartum

[Se stycke nedan.](#)

## 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 3–4 timmars intervall. Målvärde under förlossning 4–7 mmol/L. Om värden större än 7,0 mmol/L ökad risk för hypoglykemi hos det nyfödda barnet. Förlossningsjouren kontaktas. Överväg att ge Novorapid 2E.

**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.

## Postpartum

[Se stycke nedan.](#)

## 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.

Kvinnor som har medicinskt behandlad diabetes och är gravid kan handstimulera sina bröst från vecka 36+0 1–2 gånger per dag i max 10 min, samla upp eventuell råmjölk och frysa in den. Den kan sen användas som tillmatning till barnet i stället för tillägg, [Tillmatning av barn vid diabetes hos modern.](#)

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

Rekommendation att handstimulera bröst från vecka 36+0 upp till 2 gånger per dag i max 10 min. 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 hålls 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.

## Amning/provtagning/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 3 timmar mellan varje mål under det första dygnet. P-glukos kontrolleras vid 3 och 6 timmars ålder om barnet är välmående och symtomfritt. Om normala P-glukos (större eller lika med 2,6 mmol/L) vid 3 och 6 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 3 timmar) och så vidare, enligt rutin [Standardordination för barn som vårdas på BB pga underburenhet, tillväxthämning, hyperbilirubinemi eller maternell diabetes \(regionuppsala.se\)](#)

## Postpartum

GDM-patienter skrivs ut och **av läkare** från BB/Förlossning. **Epikris** ska skrivas på dessa patienter. Observera, [se bilaga 1](#).

## Kostbehandlade

Kostbehandlade kan gå hem på tidig hemgång enligt ovan. Inga ytterligare blodsockerkontroller på modern. **Remiss** skickas till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad på för uppföljning efter 1 år.

## Metforminbehandlade

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 smvc-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 större än 9,9 mmol/l ska patient bokas in till diabetesläkare på smvc efter 6–8 veckor, se bilaga 1. **Remiss** skrivs till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad på för uppföljning efter 3–6 månader. Rekommenderas i remissen genomgång av livsstil, vikt, blodtryck, lipider, faste-p-glukos, HbA1c samt ställningstagande till ev. förnyad peroral glukosbelastning.

Högriskgrupp för framtida utveckling av typ 2 diabetes. Efterkontroll hos ordinarie barnmorska.

## Insulinbehandlade

Insulin utsättes helt vid partus. Kontroll av ett enstaka P-glukos 3–4 timmar efter partus. Patienten ska kontrollera en 4-punktskurva helst dag 2 efter förlossning.

Patienten skrivs ut vardag kl. 8-16: bb-barnmorska tar telefonkontakt med endokrinkonsult sökare 99688 inför utskrivning.

Patienten skrivs ut under helgdag: rondande bb-läkare bedömer 4-punktskurvan (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 endokrinmott. Förslag till text: Patient med insulinbehandlad gdm, utskriven från bb under helgen. Tacksam kontakt med patienten nästkommande vardag.

Återbesök hos diabetesläkare på smvc efter 6–8 veckor, diabetesläkare skriver remiss till diabetessköterska på den vårdcentral som kvinnan är listad på. I samband med utskrivning/diagnossättning dikterar obstetriker in att besök ska bokas. Efterkontroll hos ordinarie barnmorska på bmm.

# Bilaga 1

Lathund utskrivning och efterkontroll av patienter med graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes med insulinbehandling	Graviditetsdiabetes med Metforminbehandling	Graviditetsdiabetes med kostbehandling
<ul style="list-style-type: none"><li>• Insulin utsättes helt vid partus.</li><li>• 4-punktskurva helst dag 2 efter förlossning</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Metformin utsättes helt vid partus.</li><li>• <u>4-punktskurva</u> i hemmet inom en vecka efter förlossning.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Om välkontrollerad GDM kan familjen gå hem direkt från förlossningen om ok från barnläkare</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vardag kl 8-16: BM kontaktar endokrinkonsult (sökare 99688) inför utskrivning</li><li>• Helgdag: BB-läkare bedömer 4-punktskurva och skriver remiss till endokrinmott</li><li>• BB-läkare skriver epikris</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Telefontid (utan beställaravgift) bokas efter en vecka i tidbok "SMVC rond"</li><li>• BB-läkare skriver epikris och remiss till primärvården för uppföljning efter 3–6 månader</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BB-läkare skriver epikris samt remiss till primärvården för uppföljning om ett år.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Om postprandiella värden är 10 eller mer bokas åb till diabetesläkare på SMVC efter 6–8 veckor</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetesläkare SMVC efter 6–8 veckor, skriver remiss till primärvården för uppföljning om ett år.</li><li>• Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården, Bokas före förlossningen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården. Bokas av ansvarig BMM före förlossningen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efterkontroll hos ordinarie barnmorska i mödravården. Bokas före förlossningen</li></ul>

# Dokumenthistorik

## Författare

Diabetesgruppen på Obstetrike, MHV-enheten samt LAG Diabetes i primärvården

## Reviderat:

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

2023-09-07 Carina Hult (snabbgodkännande): Ändrat diagnoskod på sidan 4, Graviditetsdiabetes O24.4 rätt kod är0244A.

2023-03-23 Annika Esscher: Ändrat tryckfel

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).

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

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

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

2021-10-07 Annika Esscher, barnmorskan på SMVC 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.

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

## Granskare

2020-12-03: Jarl Hellman, Tansim Akhter, Gunilla Hallberg