

# Regional riktlinje för OGTT oral glukostoleranstest inom mödrahälsovården

---

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2023-12-14  
Giltig till 2026-12-14  
[www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer](http://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer)



# Innehållsförteckning

Förord.....	1
Uppdatering.....	2
Avgränsning och definition.....	2
Epidemiologi.....	2
Prevention – förebyggande insatser.....	2
Allmän screening för GDM i graviditetsvecka 28.....	3
Tidig OGTT vid riskfaktorer.....	3
OGTT på läkares ordination.....	3
Gastric bypassopererade kvinnor.....	3
Screening och diagnostik.....	3
Förberedelse inför OGTT.....	4
Provtagningsrutiner.....	4
Utförande av OGTT.....	4
Om kvinnan kastar upp glukoslösningen.....	5
Handläggning.....	6
Remissrutiner.....	7
Uppföljning efter avslutad graviditet.....	7
Dokumentinformation.....	8
Referenser och länkar.....	9

## Förord

Diabetes är en folksjukdom som blir allt vanligare till följd av tilltagande problem med övervikt och bristande motionsvanor i samhället. Sjukdomen kan ge sig till känna under graviditet som graviditetsdiabetes. Tillståndet är angeläget att upptäcka för att undvika såväl direkta som sena komplikationer hos kvinnan och barnet.

Fastställt, 2023-12-14



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Uppdatering

Endast förlängning och revidering av länkar av huvudförfattare i avvaktan på väntad revidering av nationella riktlinjer om screening och gränsvärden.

## Avgränsning och definition

Denna riktlinje behandlar enbart rutiner för screening för graviditetsdiabetes (GDM) på Barnmorskemottagningarna (BMM) i Region Skåne samt remissförfarande. Den beskriver inte behandling av GDM.

## Epidemiologi

Incidensen av GDM var 2015 i Skåne 3,1 procent att jämföra med rikets 1,7 procent. Inom basprogrammet för graviditetsövervakning på BMM i Region Skåne erbjuds OGTT som screeningmetod till alla gravida för att upptäcka och behandla GDM. Detta erbjudande utnyttjas av cirka 95 procent av de gravida i Skåne. Högt deltagande i ett ambitiöst screeningprogram kan vara en del av förklaringen till att Region Skåne har en hög andel GDM.

## Prevention – förebyggande insatser

Behandling av högt blodsocker under graviditet minskar risken för preeklampsi och hög födelsevikt hos barnet. Därigenom minskas risken både för graviditetskomplikationer och för skador hos mor och barn i samband med förlossning. Kvinnans blodsockernivåer normaliseras oftast direkt post partum. Det kvarstår dock en risk för kvinnan att utveckla diabetes senare i livet. Med rätt kost och regelbunden motion kan risken för framtida sjuklighet avsevärt minskas. Barnmorskan har ett ansvar och en möjlighet att motivera kvinnan till livsstilsförändringar under såväl graviditet som efter förlossningen för att minska denna risk.

## Allmän screening för GDM i graviditetsvecka 28

Region Skåne erbjuder alla gravida att screenas för GDM med OGTT. Screeningen utförs på BMM inom basprogrammet och ska göras så nära graviditetsvecka 28 som möjligt. Screening ska **inte** utföras på de som redan har manifest Diabetes Mellitus typ 1 eller 2.

## Tidig OGTT vid riskfaktorer

Vid en eller flera riskfaktorer för GDM erbjuds OGTT även redan i graviditetsvecka 10–12 utöver i vecka 28. De aktuella riskfaktorerna är:

- Fetma = BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>
- Tidigare barn med födelsevikt  $\geq 4500$  g
- GDM under en tidigare graviditet
- Diabetes hos föräldrar, syskon eller barn (förstegradshereditet)

## OGTT på läkares ordination

Ytterligare OGTT kan göras vid andra tidpunkter under graviditeten på läkares ordination, till exempel vid:

- Polyhydramnion
- Stort barn för tiden (LGA)

## Gastric bypassopererade kvinnor

Kunskapsläget är oklart hur glukoskurvan hos dessa kvinnor ska tolkas. Lokala riktlinjer gäller tills vidare.

## Screening och diagnostik

Diagnosen GDM ska enligt internationell expertis grundas på OGTT baserat på venös provtagning. Den OGTT som utförs inom bas-mödrahälsovården på BMM med kapillär provtagning ska därför betraktas som en screening.

Diagnosen GDM erhåller kvinnan på Specialistmödrahälsövården eller Endokrinologiska mottagningen enligt lokala rutiner.

## Förberedelse inför OGTT

- Under 3 dagar före OGTT: Ät som vanligt och undvik extrem fysisk aktivitet.
- Fasta (får dricka vatten) från klockan 22 dagen före OGTT. Avstå även från tobak.
- Undvik stress och kroppsansträngning samma dag. OGTT ska inte utföras vid feber eller infektionssjukdom.

## Provtagningsrutiner

För att fastställa kvalitén på provtagningen ska varje prov utföras två gånger. Prov-kyvetterna måste föras in i instrumentet inom 30 sekunder; därför tas ett prov i taget för analys. De två proverna får maximalt skilja 0,3 mmol/L; annars tas ett tredje prov. Om även det tredje värdet skiljer sig mer än 0,3 mmol/L från de båda andra måste en felsökning göras och provtagningen upprepas, förslagsvis i motsatt hand.

## Utförande av OGTT

- 75 g glukos upplöses i 250 mL vatten, barnmorskan kan tillsätta pressad citron vid behov. Alternativt använd infusionsvätska Glukos 300 mg/mL, 250 mL eller flaska Glukos 200 mg/mL, 375 mL.
- Efter att kvinnan tvättat händerna kontrolleras plasmaglukos genom kapillär provtagning (fastevärde = 0-prov). Provtagningsrutiner enligt ovan.
- Samtliga värden (två eller tre) införs i MHV 3.
- Glukoslösningen dricks **under fem minuter** och därefter intas 50 mL vatten. **Klockan startas när kvinnan börjar dricka.**
- För att undvika kontaminering uppmanas kvinnan därefter återigen att tvätta händerna.

- Kvinnan ska sedan vara i stillhet på mottagningen. Toalettbesök tillåts men inte dryck eller tobak.
- Efter två timmar kontrolleras plasmaglukos (2-timmarsvärde) genom kapillär provtagning enligt ovan.
- Samtliga värden (två eller tre) införs i MHV 3 och det högsta av de två accepterade värdena förs in i MHV 2.
- Vid efterkontroll post partum införs i Graviditetsregistret såväl faste- som 2-timmarsvärdet (det högsta av de två accepterade) från den sist utförda fullständiga glukosbelastningen under graviditeten.

## Om kvinnan kastar upp glukoslösningen

### **Inom loppet av de första 20 minuterna efter intaget:**

Blodprovet efter 2 timmar blir inte tillförlitligt och kvinnan bör ombokas till en senare belastning såvida inte fastevärdet är  $\geq 7,0$  mmol/L.

Bedöms inte detta kunna vara möjligt tas ett blodprov 2 timmar efter valfri måltid på dagen. Ett värde på  $\geq 8,0$  mmol/L indikerar GDM och föranleder remiss för uppföljning. Var god se ”Handläggning” nedan.

### **> 20 minuter efter intaget:**

Ett 2-timmarsprov tas som vanligt. Vid blodsockervärden som leder till remiss för uppföljning noteras på remissen att kvinnan kastat upp, Notera även vid hur många minuter efter intaget av sockerlösningen det skett.

# Handläggning

## **Fastevärde 7,0–9,9 mmol/L**

Detta ska betraktas som GDM och kvinnan ska remitteras för uppföljning till Specialistmödrahälsovården eller Endokrinologisk mottagning enligt lokala rutiner. OGTT ska ändå fullföljas på BMM.

## **Fastevärde $\geq 10,0$ mmol/L**

Detta indikerar diabetes och barnmorskan ska omedelbart kontakta Specialistmödrahälsovården eller Endokrinologisk mottagning enligt lokala rutiner för omhändertagande. OGTT ska inte genomföras på BMM.

## **2-tim plasmaglukos 8,9–9,9 mmol/L + fastevärde $< 7$ mmol/L**

Detta är ett gränsvärde för GDM och måste utredas vidare med upprepad OGTT inom 1–2 veckors tid. Vid *ombelastning* krävs dock endast en provtagning efter 2 timmar (2-timmarsvärde).

## **2-tim plasmaglukos $\geq 10,0$ mmol/L**

Detta ska betraktas som GDM och kvinnan ska remitteras för uppföljning till Specialistmödrahälsovården eller Endokrinologisk mottagning enligt lokala rutiner (remiss eller telefonkontakt).

## **2-tim plasmaglukos $\geq 15$ mmol/L**

Detta indikerar diabetes och barnmorskan ska omedelbart kontakta Specialistmödrahälsovården eller Endokrinologisk mottagning enligt lokala rutiner på telefon för omhändertagande.

Bedömning vid *ombelastning* på grund av gränsvärden vid tidigare OGTT sker endast på basen av ett 2-timmarsvärde enligt nedan:

- $\geq 10,0$  mmol/L: Handläggning som ovan.
- **8,9–9,9 mmol/L**: Rådgivning av dietist. Remiss skickas av barnmorska enligt lokal rutin eller till en dietist inom Primärvården på Vårdcentral där kvinnan är listad.
- $< 8,9$  mmol/L: Ingen åtgärd om OGTT utförts i vecka 28. Om dock OGTT utförts tidigt i graviditeten ska en ny OGTT utföras i vecka 28 eller efter läkares ordination.



## Remissrutiner

Remiss för uppföljning vid misstänkt GDM efter screening med OGTT ska skickas till Specialistmödrahälsovården eller Endokrinologisk mottagning enligt lokala rutiner. Kvinnan får där diagnos och vidare omhändertagande.

### Remissen ska innehålla:

- Resultat av OGTT, samtliga värden (två eller fler) för såväl faste- som 2-timmarsglukos
- Om kvinnan kastat upp, notera antal minuter efter intag av glukoslösningen det skett
- Vid eventuella upprepade OGTT, ange samtliga värden på de OGTT som kvinnan gjort på BMM
- Längd och inskrivningsvikt, ange i vilken graviditetsvecka
- Beräknad partus enligt ultraljud
- Aktuell graviditetsvecka
- Eventuellt tolkbehov (i så fall vilket språk)

## Uppföljning efter avslutad graviditet

Endokrinolog beslutar enligt lokala riktlinjer hur uppföljning ska ske efter GDM. I allmänhet erbjuds kvinnan OGTT ett år efter förlossningen, men tidigare uppföljning kan också vara indicerad.

Barnmorskan informerar kvinnan vid efterkontrollen om risken att åter diagnostiseras med GDM vid kommande graviditeter och om vikten av förebyggande åtgärder genom en sund livsstil och genom att normalisera kroppsvikten efter graviditeten. Vikten av uppföljning efter förlossningen poängteras. Vid diagnos GDM görs ett notat i patientnoteringar i Obstetrix.

# Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
<b>Huvudansvarig</b>	Kerstin Berntorp	Överläkare endokrinologi	<a href="mailto:Kerstin.Berntorp@skane.se">Kerstin.Berntorp@skane.se</a>
	Helena Strevens	Mödrahälsovårds- överläkare	<a href="mailto:Helena.Strevens@skane.se">Helena.Strevens@skane.se</a>
<b>Fastställt av</b>	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Pia.Lundbom@skane.se">Pia.Lundbom@skane.se</a>
<b>Sakkunniggrupp</b>	Utvecklings- enhet Kvinnohälsa		
<b>Kontaktperson Koncernkontoret</b>	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Susana.Sjokvist@skane.se">Susana.Sjokvist@skane.se</a>
<b>Administrativ kontaktperson</b>	Elisabeth Daulin	Publicerare	<a href="mailto:Elisabeth.Daulin@skane.se">Elisabeth.Daulin@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2017-09-06	2020-09-01	Kerstin Berntorp Karin Hallstedt
Revidering	2017-12-13	2020-09-01	Kerstin Berntorp
Revidering	2020		Kerstin Berntorp, Karin Hallstedt
Revidering	2021-10-12	2023-10-12	Karin Hallstedt
Revidering	2023-12-14	2026-12-14	Helena Strevens
Revidering			

## Vårdprogramsgrupp 2021

- Kerstin Berntorp, överläkare, VE Endokrinologi, SUS
- Karin Hallstedt, mödrahälsovårdsöverläkare, Kunskapscentrum kvinnohälsa
- Elisabeth Bekric, samordningsbarnmorska, Kunskapscentrum kvinnohälsa
- Monica Netterheim, samordningsbarnmorska, Kunskapscentrum kvinnohälsa
- Helena Strevens, överläkare, VO Kvinnosjukvård, SUS

## Referenser och länkar

Galtier F. Definition, epidemiology, risk factors. *Diabetes Metab.* 2010 Dec;36 (6 Pt 2):628-51. Review.

Falavigna M, Schmidt MI, Trujillo J, Alves LF, Wendland ER, Torloni MR, Colagiuri S, Duncan BB. Effectiveness of gestational diabetes treatment: a systematic review with quality of evidence assessment. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012;98(3):396-405. Review.

Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* 2002;25(10):1862-8. Review.

Anderberg E, Källén K, Berntorp K, Frid A, Aberg A. A simplified oral glucose tolerance test in pregnancy: compliance and results. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(12):1432-6.

Ekelund M, Shaat N, Almgren P, Groop L, Berntorp K. Prediction of postpartum diabetes in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetologia* 2010;53(3):452-7.

Anderberg E, Landin-Olsson M, Kalén J, Frid A, Ursing D, Berntorp K. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes after gestational diabetes mellitus comparing different cut-off criteria for abnormal glucose tolerance during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(11):1252-8

Ignell C, Ekelund M, Anderberg E, Berntorp K. Model for individual prediction of diabetes up to 5 years after gestational diabetes mellitus. *Springerplus* 2016; 5:318.

[Labmedicin Skåne - Analysportalen - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](http://labmedicin.skane.se)

[Kvinnosjukdomar och förlossning, vårdriktlinjer - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](http://kvinnosjukdomar.och.forlossning.vardriktlinjer.vardgivare.skane.se) Behandlingsstöd. Vårdprogram och riktlinjer. "Graviditet": Kvinnor som genomgått viktminskningskirurgi.