

2021-04-06

## Ansökan om ny nationell arbets- referensgrupp för "Diabetes under graviditet och förlossning", Diabetes-ARG

### Arbetsgrupp:

Helena Fadl, Docent, Överläkare Universitetssjukhuset Örebro  
Verena Sengpiel, Docent, Överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra Göteborg  
Linda Englund-Ögge, PhD, Överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra Göteborg  
Helena Strevens, Docent, Överläkare Skånes Universitetssjukhus  
Elisabeth Storck-Lindholm, PhD, MHÖL sektionschef MHV-enheten Stockholm  
Charlotte Millde-Luthander, PhD, Överläkare KI Stockholm

Ifall SFOG godkänner bildandet av ARG grupp kommer vi bjuda in öppet via medlemsblad/övriga kommunikationskanaler till konstituerande möte med önskan om att få en bred representation från landet och olika yrkesgrupper.

### Motivering till ny ARG Diabetes under graviditet och förlossning:

#### Bakgrund:

Diabetes under graviditet har ökat både nationellt och internationellt, och internationella prognoser visar att ökningen kommer att fortsätta (<https://diabetesatlas.org/data/en/world/>). I Sverige är prevalensen av typ 1 diabetes (T1DM) under graviditet ca 0,5% medan typ 2 diabetes (T2DM) är mer ovanligt, runt 0,1-0,3% av alla gravida. De senaste 15 åren har man sett att T1DM ökat med 33,2% och T2DM med 111% i Sverige (1). Prevalensen av graviditetsdiabetes (GDM) varierar stort i landet, allt från 1,2 – 11,6 % år 2019 ([www.graviditetsregistret.se](http://www.graviditetsregistret.se)) beroende på olikheter i screening och diagnoskriterier. Totalt sett kompliceras alltså ca 3-13% av alla graviditeter av någon form av diabetes. Skillnaderna nationellt i screening, diagnos, handläggning och uppföljning är stora och oacceptabla ur ett jämlikhets- och kvalitetssäkringsperspektiv.

Pregestationell diabetes (typ 1 och typ 2) räknas som högriskgraviditet- och förlossningar pga risk för allvarlig morbiditet och mortalitet för både kvinna och barn (2). Kvinnorna har en ökad risk att drabbas av graviditetshypertoni, preeklampsi och kejsarsnitt. Vi vet att kvinnor med pregestationell diabetes genomgår kejsarsnitt i 40-50% av fallen (3). Dessutom kan graviditeten leda till försämring av redan befintliga diabeteskomplikationer. För fostret finns en ökad risk för missfall, missbildningar men också intrauterin hypoxi och fosterdöd (4, 5). Dessutom är överdriven fetal tillväxt (makrosomi och/eller LGA) (6) en av de vanligaste komplikationerna, vilket i sig kan leda till skulderdystoci och stora postpartumblödningar men

även större förlossningsskador både hos kvinna och barn (7). Neonatala komplikationer ss bla hypoglykemi och prematurbörd gör att barnen har längre vårdtid.

Behandlingsmöjligheterna för diabetes har utvidgats betydligt de senaste åren framförallt med hänsyn till ny teknik för att mäta blodsockervärde och pumpar för att administrera insulin. Utvecklingen sker oerhört snabbt. Obstetrikern behöver till viss del ha kännedom om dessa och vi behöver skapa en gemensam nationell syn på handläggningen under graviditet utifrån nya tekniska möjligheter. Det är inte acceptabelt att tillgång och erbjudande av ny teknik skall skilja sig från landsting till landsting. Därför krävs nationell samsyn om vilken teknik man skall erbjuda de gravida med syfte att förbättra utfall för både kvinna och barn. I ett nästa steg behöver vi lära oss hur vi kan använda ny tillgängliga data från kontinuerligt glukosmätning för att övervaka och behandla graviditeter som kompliceras av diabetes sjukdom hos den gravida.

Riskerna vid graviditetsdiabetes (GDM) är oftast något mindre allvarliga men risk för preeklampsi, LGA och förlossningskomplikationer kvarstår trots behandling. Det finns också en betydande risk att kvinnans senare i livet skall drabbas av T2DM (ca 50% insjuknar i T2DM inom 10 år post partum) och kvinnor med GDM har dubblerad risk för tidig kardiovaskulär sjuklighet i jämförelse med kvinnor som inte får GDM diagnos. T2DM går att förebygga, och GDM räknas som den starkaste riskfaktorn för senare insjuknande i T2DM. Det är även här viktigt att nationellt komma fram till vilken handläggning som skall gälla för gruppen GDM postpartum, för jämlik vård för alla kvinnor Studier har visat att barnen efter GDM graviditet har ökad risk för obesitas och pre-diabetes, men risker och studieresultat varierar i olika populationer och studier.

Att handlägga en diabetes graviditet kräver teamarbete där kolleger inom endokrinologi, neonatologi och anestesi har en viktig roll, men även diabetessköterskor och dietister har viktig kunskap för att handlägga graviditet och förlossning på bästa sätt med bästa möjliga resultat.

### **Varför ARG grupp?**

- Diabetesgraviditet är en högriskgraviditet och högriskförlossning, och dessutom vanligt förekommande. Handläggningen kräver specialistkunskap och vården är ofta centraliserad.
- Sverige saknar nationella riktlinjer för handläggning av typ 1, typ 2 diabetes och GDM. Jämförelser och därmed kvalitetsarbete är svårt pga stora regionala skillnaderna och avsaknad av nationell konsensus.
- Övriga nordiska länder har nationella rekommendationer.

- Ojämlig vård. Vi anser det vara helt oacceptabelt att vi saknar gemensamma riktlinjer och konsensus. Vi saknar gemensamma rutiner avseende screening och diagnosättning av GDM och rutiner avseende övervakning och handläggning av graviditeter som kompliceras av diabetes. Vidare saknas definitioner av kvalitetsparametrar att följa, och således avsaknad av långsiktigt systematiskt kvalitetsarbete.
- Teamarbete krävs och multiprofessionellt omhändertagande är standard. För att kunna skapa samsyn kommer gruppen att behöva utvecklas till en tvärprofessionell samsynsgrupp. Detta arbete kräver tid, kunskap och engagemang, och en separat DIAB ARG grupp möjliggör ett bättre arbete än att vara en subgrupp till tex Perinatal ARG då vi kan inkludera även kollegor från endokrinologin, primärvården, klinisk nutrition etc.
- Utvecklingen går framåt och patientgruppen kommer öka; att bevaka och samarbeta med internationella grupperingar är viktigt långsiktigt. I det ingår bevakning av forskning för att snabbt kunna värdera och vid behov omsätta i praktiken nya viktiga rön/forskningsresultat. Fördelar med den snabbt utvecklande nya tekniker behöver integreras i den obstetriska vården.
- Kvalitetsregister arbete: Vi önskar driva frågan som grupp att bevaka variabler och samarbeta med Graviditetsregistret och NDR- Nationella Diabetesregistret. Vi anser att vi som land borde kunna vara ett föredöme, och vill driva frågan framåt.

## Mål:

- Arbeta för att skapa likvärdig screening, behandling och uppföljning av GDM
- Skapa nationella riktlinjer och rekommendationer för olika former av diabetes
- Bevaka området internationellt och implementera ny kunskap (forskning och utveckling)
- Arbeta långsiktigt med kvalitetsregister (Graviditetsregistret och NDR) och utveckla vården för denna patientgrupp
- Samarbeta med andra involverade yrkesgrupper
- Samarbeta med patientföreningar och ta med patientrepresentanter

## Referenser:

1. Fadl HE, Simmons D. Trends in diabetes in pregnancy in Sweden 1998-2012. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2016;4(1):e000221.
2. McCance DR, Casey C. Type 1 Diabetes in Pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019;48(3):495-509.

3. Berger H, Gagnon R, Sermer M, Basso M, Bos H, Brown RN, et al. Diabetes in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(7):667-79 e1.
4. Cundy T, Gamble G, Neale L, Elder R, McPherson P, Henley P, et al. Differing causes of pregnancy loss in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2007;30(10):2603-7.
5. Coelho Nde L, Cunha DB, Esteves AP, Lacerda EM, Theme Filha MM. Dietary patterns in pregnancy and birth weight. *Rev Saude Publica.* 2015;49:62.
6. Diabetes C, Complications Trial Research G. Effect of pregnancy on microvascular complications in the diabetes control and complications trial. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *Diabetes Care.* 2000;23(8):1084-91.
7. Samii L, Kallas-Koeman M, Donovan LE, Lodha A, Crawford S, Butalia S. The association between vascular complications during pregnancy in women with Type 1 diabetes and congenital malformations. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association.* 2019;36(2):237-42.