

Nationella riktlinjer 2026:

Bilaga: Förutsättningar för allmän testning av graviditetsdiabetes med peroral glukosbelastning

Graviditet, förlossning och tiden efter

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026

Förord

Socialstyrelsen presenterar här en kartläggning av förutsättningarna för allmän testning av graviditetsdiabetes med 75 g peroralt glukosbelastningstest (OGTT).

Kartläggningen sammanfattar det aktuella vetenskapliga underlaget för två olika sätt att organisera och tillämpa testning för graviditetsdiabetes, redovisar internationella och nordiska erfarenheter samt belyser organisatoriska och resursmässiga konsekvenser i en svensk kontext. Fokus ligger på hur testning organiseras och erbjuds, inte på den diagnostiska metodens giltighet.

Texten är en bilaga till *Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser*. Där ingår rekommendationer om testning och behandling av graviditetsdiabetes, utifrån Socialstyrelsens nya rekommenderade gränsvärden för diagnos.

Alla dokument som hör till de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter finns på översiktssidan socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/forlossningsvard.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	6
Inledning	7
Definitioner och begreppsanvändning	7
Syfte	8
Nationell bakgrund	9
Regional praxis och variationer	9
Översikt av internationella riktlinjer	10
Utvecklande av diagnostiska kriterier och teststrategier internationellt	10
Internationella tillämpningar av gemensamma diagnostiska kriterier	10
Nordiska teststrategier för graviditetsdiabetes	11
Kvarstående oenighet och kunskapsluckor	12
Sammanställning av vetenskaplig evidens	13
Effekter av allmän respektive selektiv testning	13
Kostnader för införande av allmän testning	15
Slutsatser om allmän testning för graviditetsdiabetes	19
Kunskapsunderlag: Allmän och selektiv testning med 75 g OGTT	21
Vad innebär tillståndet?	21
Orsaker till graviditetsdiabetes	21
Hur allvarligt är tillståndet?	21
Vad innebär insatsen?	21
Vilken effekt har insatsen?	22
Slutsatser om önskade effekter	22
Slutsatser om oönskade effekter	22
Hur kostnadseffektiv är insatsen?	22
Vad bygger slutsatserna på?	22
Fråga enligt PICOS-formatet	22
Sökdokumentation och urval	24
Litteratursökning	25
Exkluderade studier	27

Referenser.....	29
------------------------	-----------

Sammanfattning

Graviditetsdiabetes blir allt vanligare globalt, vilket har förstärkt behovet av att organisera testning och diagnostik på ett medicinskt effektivt, jämlikt och kostnadseffektivt sätt. Det är fortsatt omdiskuterat internationellt hur man bör testa gravida för att identifiera dem med graviditetsdiabetes.

Socialstyrelsen bedömde 2015 att kunskapsläget inte räckte för att rekommendera allmän testning av graviditetsdiabetes med peroralt glukosbelastningstest (OGTT), det vill säga test för alla gravida snarare än selektiva test för vissa riskgrupper. Denna bedömning kvarstår även 2026. Erfarenheter från både svenska och internationella studier visar samtidigt att selektiv testning baserad på riskfaktorer riskerar att missa en betydande andel gravida med graviditetsdiabetes, eftersom inte alla som utvecklar tillståndet har kända eller identifierbara riskfaktorer. Samtidigt saknas fortfarande studier som direkt jämför allmän och selektiv testning med 75 g OGTT, när det gäller kliniska resultat för de gravida och deras barn. Både nationella och internationella erfarenheter visar också att en övergång till allmän testning får betydande ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.

Samtidigt är testmetoden med 75 g OGTT efter fasta den etablerade metoden för att diagnostisera graviditetsdiabetes. Den rekommenderas av Världshälsoorganisationen och andra internationella organisationer. Metoden ger till exempel ett mer komplett underlag för att bedöma risker för graviditetskomplikationer än enstaka slumpmässiga glukosmätningar. Den ligger också till grund för Socialstyrelsens nya rekommenderade gränsvärden för diagnosen graviditetsdiabetes.

I Socialstyrelsens rekommendation om Nationellt basprogram för graviditetsövervakning ingår det att testa alla gravida för graviditetsdiabetes i vecka 24–28. Rekommendationen anger dock inte hur testningen bör organiseras eller med vilken metod, eftersom kunskapsläget inte ger tillräckligt stöd för att bedöma effekterna av olika teststrategier. Det finns därmed en kunskapslucka när det gäller vilka konsekvenser olika sätt att erbjuda diagnostisk testning har.

Kartläggningen visar också att det finns stora regionala variationer i testningen för graviditetsdiabetes i Sverige, när det gäller både omfattning och metod. Gravida erbjuds alltså inte testning på likvärdiga villkor idag. Sammantaget handlar frågan om allmän testning som teststrategi för graviditetsdiabetes i hög grad om avvägningar mellan patientnytta, resursanvändning, genomförbarhet och jämlikhet, snarare än om entydiga skillnader i kliniska resultat för olika teststrategier.

Inledning

Graviditetsdiabetes definieras som förhöjda glukosnivåer i plasma under graviditeten, som inte beror på exempelvis tidigare känd typ 1-diabetes eller typ 2-diabetes. År 2022 uppskattades den globala förekomsten av graviditetsdiabetes (diagnostiserat med 75g OGTT och enligt International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) kriterier) vara 14 procent, och denna förekomst ökar för varje år[1]

Tillståndet graviditetsdiabetes medför förhöjd risk för flera ogynnsamma graviditetsutfall, såsom preeklampsi, förlossningsinduktion, kejsarsnitt, makrosomi, neonatal hypoglykemi och andningssvikt. Dessutom har både mor och barn en ökad risk för framtida typ 2-diabetes, övervikt och metabola störningar [2]. Frågan om hur diagnostik och teststrategi av graviditetsdiabetes bör genomföras har länge varit omdiskuterad och föremål för internationell debatt.

År 2015 utreddes frågan om att införa allmän testning för graviditetsdiabetes i Sverige, inom ramen för Socialstyrelsens arbete med nationella screeningprogram. Efter en genomgång av det vetenskapliga underlaget ansågs det att kunskapsläget vid den tidpunkten inte var tillräckligt för att utforma nationella rekommendationer. Socialstyrelsen har nu gjort en ny genomgång av litteraturen för att belysa hur kunskapsläget har utvecklats.

Definitioner och begreppsanvändning

Screening

Screening är en systematisk undersökning av en population för att identifiera personer med ett visst tillstånd eller ökad risk att utveckla ett visst tillstånd.

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram rekommendationer om nationella screeningprogram. Syftet med rekommendationerna är att nå nationell samordning och samsyn kring screening och att avstå från screening när det inte är klarlagt att de positiva effekterna överväger de negativa. Detta är viktigt för att befolkningen ska erbjudas en jämlik vård av hög kvalitet.

Internationellt används begreppet screening oftare i bredare mening för att beskriva olika typer av teststrategier som används för att upptäcka graviditetsdiabetes. Inom mödrahälsovården används begreppet ofta synonymt med återkommande tester under graviditeten.

I Socialstyrelsens modell avser screening enbart nationella, organiserade program med en fastställd struktur för inbjudan, genomförande, uppföljning och utvärdering. Det kan också bli missvisande att tala om screening för graviditetsdiabetes, då screening brukar innebära att personer kallas till vården enbart för det syftet, medan gravida redan följs strukturerat inom mödrahälsovården.

I rapporten används följande definitioner:

- Allmän testning - innebär att alla gravida erbjuds testning med 75 g oralt glukosbelastningstest (OGTT) i graviditetsvecka 24–28, oavsett förekomst av riskfaktorer.
- Selektiv testning - innebär att testning med 75 g OGTT erbjuds gravida som identifieras utifrån definierade riskfaktorer.

→ **Läs mer:** Socialstyrelsen har en bedömningsmodell för nationella screeningprogram med 15 kriterier, som beskrivs i rapporten *Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning*.

→ **Läs mer:** Rapporten från 2015 *Gränsvärden för graviditetsdiabetes - Stöd för beslut om behandling* går att begära från Socialstyrelsen som allmän handling.

Syfte

Sedan Socialstyrelsens genomgång av allmän testning för graviditetsdiabetes 2015 har ny forskning tillkommit. Samtidigt har regionerna utvecklat olika rutiner för hur testning för graviditetsdiabetes organiseras. Vissa regioner erbjuder allmän testning av alla gravida, medan andra tillämpar selektiv testning. Det varierar sedan länge när och på vilka grunder gravida erbjuds glukosbelastning. Mot denna bakgrund finns behov av en uppdaterad genomgång av kunskapsläget.

Syftet med denna kartläggning är i första hand att undersöka det vetenskapliga stödet för allmän respektive selektiv testning med 75g OGTT som teststrategi för graviditetsdiabetes. Kartläggningen avser val av två olika teststrategier och urval för testning, inte den diagnostiska metodens giltighet. Kartläggningen syftar även till att ge en samlad bild av hur olika teststrategier tillämpas internationellt samt belysa de organisatoriska och resursmässiga konsekvenser som olika strategier kan medföra i svensk kontext. Arbetet omfattar även en hälsoekonomisk analys av kostnader kopplade till 75 g OGTT inom ramen för olika teststrategier, med fokus på resursbehov och genomförbarhet.

Nationell bakgrund

Socialstyrelsen konstaterade i *Gränsvärden för graviditetsdiabetes* 2015 att det dåvarande kunskapsläget inte var tillräckligt för att, i enlighet med myndighetens screeningmodell, rekommendera ett nationellt screeningprogram.

Det bedömdes dock angeläget att skapa en mer enhetlig diagnostik och det beslutades därför att fastställa de nationella gränsvärden för diagnos av graviditetsdiabetes baserade på WHO:s rekommendationer (2013) och IADPSG:s kriterier. Gränsvärdet för diagnostik och behandling sattes till fastande plasmaglukos $\geq 5,1$ mmol/L, 1 timme $\geq 10,0$ mmol/L och/eller 2 timmar $\geq 8,5$ mmol/L efter 75 g OGTT.

Socialstyrelsens rekommendationer gällande diagnoskriterier syftade till att skapa enhetlighet i diagnostiken, men frågan om att införa allmän testning krävde mer evidens innan en rekommendation kunde ges.

Regional praxis och variationer

År 2024 genomgick 32 procent av de gravida i Sverige OGTT, men variationen mellan regionerna var betydande och varierade från 14 till 94 %[3]. Regional praxis skiljer sig i teststrategi gällande vilka gravida som testas (slumpglukos, allmän eller selektiv testning) och vilka gränsvärden som används för diagnos. Region Skåne och Region Blekinge erbjuder allmän testning i graviditetsvecka 28, medan övriga regioner erbjuder OGTT vid förhöjt slumpglukos över ett regionalt fastställt gränsvärde eller vid förekomst av regionalt definierade riskfaktorer såsom; BMI över 30kg/m^2 , tidigare graviditet med graviditetsdiagnos, tidigare fött stort barn, förstagrads släkting med någon typ av diabetes eller accelererande fostertillväxt.

Det finns även variation gällande metoder för provtagning (kapillär eller venös), handläggning av provsvar och hur uppföljning dokumenteras. Sammantaget innebär dessa skillnader att gravida erbjuds olika möjligheter till testning och uppföljning beroende på var i landet de bor.

Översikt av internationella riktlinjer

Utvecklande av diagnostiska kriterier och teststrategier internationellt

Frågan om hur graviditetsdiabetes ska identifieras bland gravida har diskuterats under lång tid såväl nationellt som globalt. Flera internationella organisationer har tagit fram riktlinjer för strukturerad testning men med olika syn på teststrategi, gränsvärden och målgrupper.

De första kriterierna för graviditetsdiabetes utvecklades av O'Sullivan på 1960-talet och vidareutvecklades under 1980-talet. Den syftade främst till att identifiera gravida med ökad risk för framtida manifest diabetes. Fokus låg på moderns långsiktiga metabola risk snarare än på graviditetsutfall för mor och barn.

Med ökade kunskaper om sambandet mellan glukosnivåer och graviditetsutfall har fokus förskjutits mot att identifiera även mildare grader av hyperglykemi som är associerade med ogynnsamma graviditets- och neonatalutfall. Denna förändring konkretiserades i arbetet inom International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), som baserade sina kriterier på resultaten från HAPO-studien (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes)[4]. Studien visade ett kontinuerligt samband mellan stigande plasmaglukosnivåer och ökande risker för bland annat makrosomi och neonatal hyperinsulinemi, utan någon tydlig tröskel för när risken ökar markant. Mot denna bakgrund fastställde IADPSG diagnostiska gränsvärden som motsvarade en cirka 1,75-faldig ökning av oddskvoten för utvalda graviditetsutfall.

Internationella tillämpningar av gemensamma diagnostiska kriterier

IADPSGs kriterier har fått stort internationellt genomslag och ligger till grund för Världshälsoorganisationens (WHO) rekommendationer från 2013 om diagnostiska gränsvärden för graviditetsdiabetes. Enligt dessa ställs diagnosen graviditetsdiabetes om något av följande gränsvärden uppmäts i samband med 75 g OGTT: fastande värde $\geq 5,1$ - $6,9$ mmol/L, 1 h efter glukosintag $\geq 10,0$ mmol/L eller 2 h efter glukosintag $\geq 8,5$ - $11,0$ mmol/L (Minschart et al. 2021, WHO:s egna rapport).

WHO tog dock inte ställning till vilken teststrategi som bör användas för att identifiera gravida som ska erbjudas diagnostisk testning, utan lämnade

frågor om allmän respektive selektiv testning, samt en och flerstegsstrategier öppna för fortsatt forskning.

Samtidigt har olika länder och organisationer gjort olika avvägningar i hur de diagnostiska kriterierna omsätts i praktiken. I Storbritannien rekommenderar National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fortsatt selektiv, riskfaktorbaserad testning med 75 g OGTT och har valt att inte anta IADPSG:s gränsvärden och motiverar detta med bristande evidens för klinisk nytta av allmän testning samt risker för överdiagnostik och ökad belastning på vården[5, 6]

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) har däremot antagit WHO:s och IADPSG:s kriterier och rekommenderar allmän testning med 75 g OGTT, med betoning på anpassning till lokala organisatoriska förutsättningar. I USA speglar rekommendationerna från American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en oenighet inom fältet. ACOG rekommenderar fortsatt en tvåstegsmodell med inledande 50 g glukosbelastningstest (Oral glucose challenge test, OGCT) följt av ett diagnostiskt OGTT (75g eller 100g) vid ett förhöjt värde. American Diabetes Association (ADA) gör delvis andra avvägningar och accepterar både tvåstegsmodellen och IADPSG:s enstegsstrategi.

Nordiska teststrategier för graviditetsdiabetes

Detta avsnitt belyser hur nordiska länder, med jämförbara hälso- och sjukvårdssystem, har organiserat testning för graviditetsdiabetes. Länderna har valt delvis olika angreppssätt, och både Danmark och Norge befinner sig år 2026 i pågående revidering av sina rekommendationer, vilket innebär att vissa beskrivningar kan komma att förändras över tid.

I Finland ges rekommendationerna för testning av graviditetsdiabetes ut inom ramen för det nationella riktlinjearbetet som samordnas av Finska Läkarföreningen Duodecim [7]. OGTT i graviditetsvecka 24–28 erbjuds till alla gravida, med undantag för kvinnor under 25 år med BMI <25 kg/m² samt kvinnor under 40 år med BMI <25 kg/m² och utan anamnes på tidigare stora barn. För gravida med förhöjd risk rekommenderas tidig OGTT i graviditetsvecka 12–16, exempelvis vid tidigare diagnostiserad graviditetsdiabetes, icke-alkoholrelaterad fettlever (NAFLD), BMI >30 kg/m², midjemått >90cm, glukos i urinen, peroral kortisonbehandling eller ärftlighet för typ 2-diabetes.

I Norge ges de nationella riktlinjerna för graviditetsdiabetes ut av Helsedirektoratet[8]. Riktlinjerna bygger på selektiv testning, där HbA1c (mått på genomsnittlig blodsockernivå de senaste 2–3 månaderna) rekommenderas vid första graviditetskontrollen (före graviditetsvecka 16) för att identifiera odiagnostiserad diabetes eller hyperglykemi hos gravida med en eller flera riskfaktorer, såsom etnisk bakgrund utanför Europa,

ärftlighet för diabetes, BMI ≥ 30 kg/m² eller komplikationer i tidigare graviditet. OGTT erbjuds i graviditetsvecka 24–28 till gravida som uppfyller fastställda riskfaktorer, bland annat avseende ålder, BMI, etnicitet, ärftlighet samt tidigare graviditets- eller förlossningskomplikationer associerade med graviditetsdiabetes.

Till skillnad från Finland och Norge redovisas de danska rekommendationerna inte i form av samlade, myndighetsutfärdade nationella riktlinjer. I stället baseras klinisk praxis på nationella behandlingsriktlinjer som tas fram av professionella specialistorganisationer och som för närvarande är föremål för revidering. Detta innebär att information om teststrategier, urvalskriterier och tidpunkter för testning inte finns tillgänglig på ett enhetligt och fullt jämförbart sätt.

Kvarstående oenighet och kunskapsluckor

Trots en ökad internationell samsyn kring diagnostiska kriterier för graviditetsdiabetes kvarstår betydande oenighet kring hur testningen bör organiseras i praktiken. Internationella och nordiska erfarenheter visar att allmän testning leder till att fler gravida identifieras med graviditetsdiabetes, men att förbättringar i centrala graviditets- och neonatalutfall inte entydigt har kunnat påvisas. Samtidigt innebär selektiv testning en lägre resursåtgång, men med en risk för att graviditetsdiabetes förblir oupptäckt hos kvinnor utan tydliga riskfaktorer.

Sammanställningen visar att samma vetenskapliga underlag tolkas och omsätts på olika sätt, både internationellt och i de nordiska hälso- och sjukvårdssystemen. Skillnaderna i teststrategier speglar i hög grad hur osäker evidens, organisatoriska förutsättningar, resursanvändning och jämlikhet i vården har vägts samman i nationella beslutsprocesser, snarare än grundläggande skillnader i synen på graviditetsdiabetes som tillstånd.

Sammantaget kvarstår en tydlig kunskapslucka avseende effekterna av olika teststrategier på kliniska utfall för mor och barn, både på kort och långsikt. Det saknas studier som direkt jämför allmän och selektiv testning med gemensamma diagnostiska kriterier, vilket begränsar möjligheten att bedöma vilken testmodell som ger bäst balans mellan patientnytta, resursanvändning och genomförbarhet.

Sammanställning av vetenskaplig evidens

Effekter av allmän respektive selektiv testning

Detta avsnitt redovisar det vetenskapliga underlaget avseende allmän testning respektive selektiv testning för graviditetsdiabetes. Frågeställningen avsåg gravida utan känd diabetes före graviditeten och utgick från om allmän eller selektiv testning med 75 g OGTT i graviditetsvecka 24–28 leder till bättre hälsoutfall jämfört med utebliven testning eller andra former av selektiv testning. Redovisningen avser effekterna av olika strategier för att erbjuda testning med 75 g OGTT, det vill säga hur metoden används inom olika organisatoriska upplägg. Kartläggningen innebär inte ett ställningstagande till OGTT som diagnostisk metod. Både kortsiktiga och långsiktiga utfall för mor och barn inkluderades i frågeställningen, såsom obstetriska komplikationer, behov av interventioner, komplikationer hos det nyfödda barnet och senare metabola hälsorisker.

Urval och bedömning av studier har genomförts enligt Socialstyrelsens etablerade metod för att sammanställa kunskapsunderlag. Litteraturen identifierades genom systematiska sökningar i relevanta databaser, följt av relevansbedömning på titel- och abstraktnivå samt fulltextgranskning. Studier som bedömdes relevanta kvalitetsgranskades. I denna kartläggning identifierades dock inga studier som uppfyllde samtliga kriterier för att kunna ligga till grund för en evidensbedömning. En mer utförlig beskrivning av metod och bedömningskriterier finns i bilagan Metodbeskrivning.

→ **Läs mer** i riktlinjerna på Socialstyrelsens webbplats. *Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter - Metodbeskrivning.*

Allmän testning innebär att alla gravida erbjuds testning med 75 g OGTT i graviditetsvecka 24–28, oavsett förekomst av riskfaktorer.

Selektiv testning innebär att testning med 75 g OGTT erbjuds gravida som identifieras utifrån definierade urvalskriterier. De selektiva teststrategier som ingår i kartläggningen är:

- riskfaktorbaserad testning, där OGTT erbjuds gravida med en eller flera riskfaktorer för graviditetsdiabetes, exempelvis högt BMI (i Sverige vanligen $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), tidigare graviditetsdiabetes, tidigare födsel av barn med makrosomi och/eller LGA, hereditet för diabetes hos förstagradssläkting samt utomeuropeiskt ursprung

- testning som utesluter gravida med låg risk för graviditetsdiabetes (exempelvis, men inte uteslutande, förstföderskor, gravida under en viss ålder, gravida som inte har diabetes inom den nära släkten, BMI <25 kg/m², inte har en anamnes av tidigare graviditetsdiabetes eller fött barn med makrosomi och/eller LGA)
- Testning av gravida med förhöjt fasteglukos, slumpmässig glukos och/eller förhöjt HbA1c.

Sammanfattningsvis har vi inte identifierat några studier som jämför allmän respektive selektiv testning där 75 g OGTT används som diagnostisk metod med avseende på dessa utfall. Det saknas därmed direkt evidens för hur allmän respektive selektiv användning av 75 g OGTT påverkar hälsoutfall för mor och barn. Resultatet utgör inte ett ställningstagande till den diagnostiska metoden, utan belyser en kunskapslucka kring effekterna av olika sätt att organisera och erbjuda testning med 75 g OGTT.

Litteraturgenomgången visar att det saknas evidens som besvarar Socialstyrelsens frågeställning om effekterna av allmän eller selektiv testning. Trots omfattande litteratur är forskningen i huvudsak inriktad på diagnostik snarare än kliniska effekter av selektiv eller allmän testning.

För att kunna bedöma patientnytta, risker och resursanvändning behövs studier som direkt jämför strategierna och rapporterar kortsiktiga och långsiktiga graviditets- och neonatalutfall. En mer utförlig redovisning av frågeställning, metod och urval finns nedan i kunskapsunderlaget *Allmän och selektiv testning med 75 g OGTT*.

Kostnader för införande av allmän testning

Detta avsnitt redovisar de organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av att införa allmän testning med 75 g OGTT i samtliga regioner. Syftet är att belysa hur ett sådant införande skulle påverka antalet genomförda tester och regionernas kostnader jämfört med nuvarande praxis.

Graviditetsregistrets statistik visar att det är stora skillnader mellan regionerna vad gäller hur stor andel av gravida som genomför OGTT i nuläget och därmed vilka kostnader regionerna har för detta när de arbetar enligt nuvarande rutiner.

Två regioner (Blekinge och Skåne) erbjuder alla gravida OGTT och testade enligt Graviditetsregistrets senaste årsrapport över 90 procent av alla gravida i respektive region. I dessa regioner genomförs OGTT med kapillär provtagning, vilket skiljer sig från den venösa provtagning som används i flertalet andra regioner. Övriga 19 regioner erbjuder selektiv testning enbart till gravida med regionalt specificerade riskfaktorer, som kan skilja sig åt mellan regionerna. Det är dock en stor variation i andel gravida som genomför peroral glukosbelastning mellan dessa regioner. Exempelvis, i Region Stockholm testades 14 procent av alla gravida år 2024 medan Östergötland testade 44 procent av alla gravida under samma tidsperiod enligt Graviditetsregistrets årsrapport [3].

Socialstyrelsen visar beräkningar för vad en övergång till allmän testning i alla regioner skulle innebära jämfört med deras nuläge enligt Graviditetsregistrets statistik för år 2024. Resultaten har beräknats baserat på ökat antal gravida som testas (Figur 1) och ökade kostnader för glukosbelastning (Tabell 11) om respektive region år 2024 i stället haft allmän testning. Beräkningarna antar att allmän testning motsvarar 95 procent av alla gravida utifrån att inte alla är aktuella för att genomgå glukosbelastning exempelvis på grund av känd diabetessjukdom eller av annan anledning.

Figur innehåller två delar (panel A och panel B) som har olika skalor på den horisontella axeln. Detta eftersom de tre storstadsregionerna har många fler gravida i mödravården varje år. Statistiken pekar på att 10 regioner skulle behöva öka antalet gravida som genomför glukosbelastning minst trefaldigt. Regionerna Stockholm och Västmanland skulle behöva mer än femfaldiga antalet som genomför glukosbelastning. Det är endast i de två regioner som sedan tidigare erbjuder allmän glukosbelastning som skillnaderna mot nuläget är små.

Tabell 11 visar en beräkning av regionernas kostnader för att genomföra perorala glukosbelastningar utifrån kostnaden för ett besök hos barnmorska samt testkostnaden (1 499 kronor [9] respektive 774 kronor [10], totalt 2 273

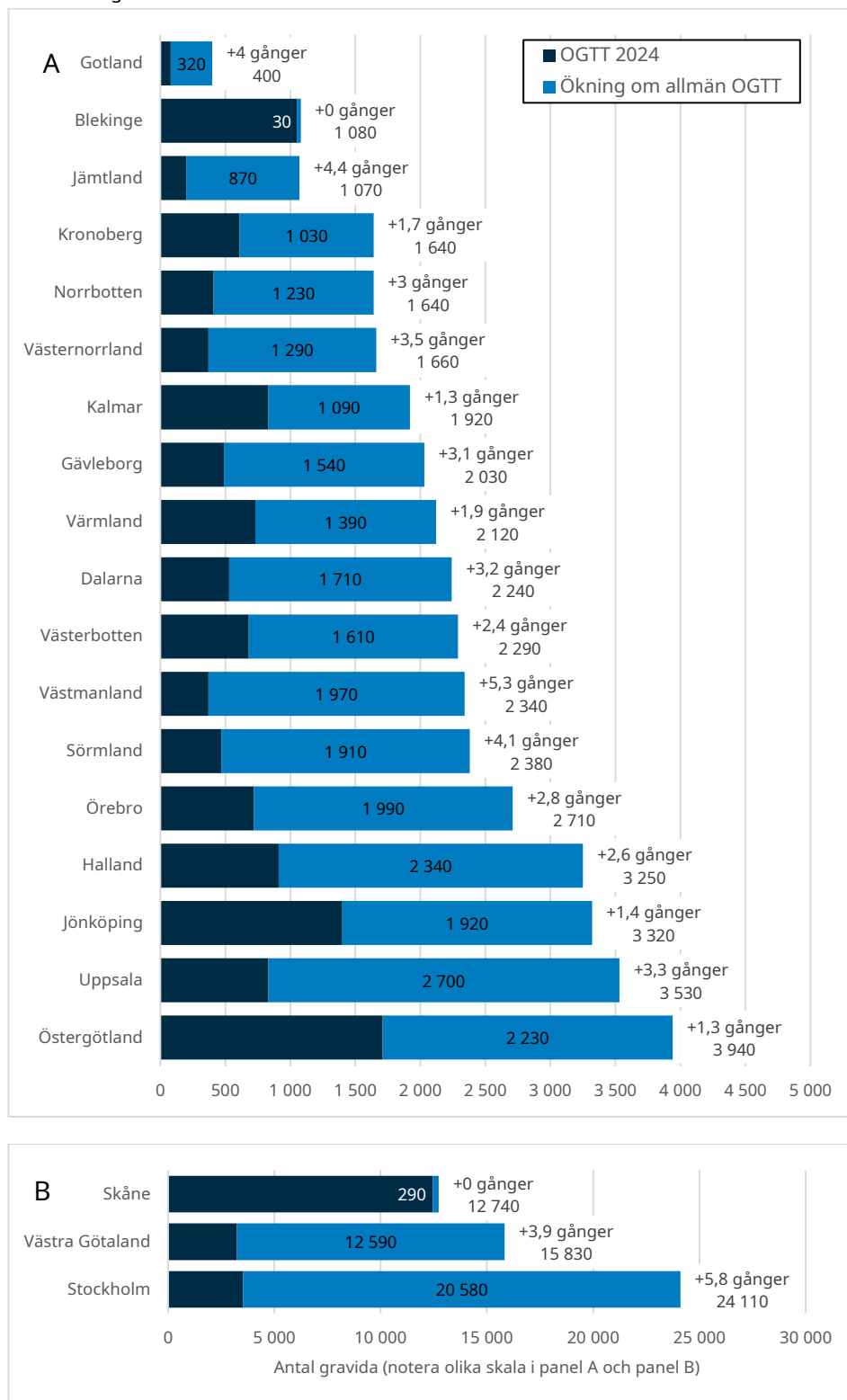
kronor). Kostnaden kan skilja mellan regioner och ska ses som en indikation på kostnadsnivå. Den beräknade kostnadsökningen blir störst i två av storstadsregionerna som både har många gravida och i nuläget testar en förhållandevis liten andel jämfört med riksgenomsnittet (Stockholm +47 miljoner kronor, Västra Götaland +29 miljoner kronor). För många regioner skulle ett införande av allmän testning innebära kostnadsökningar på mellan 3 miljoner kronor och 6 miljoner kronor per år jämfört med nuläget.

Beräkningarna visar de organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av en övergång till allmän testning, men ger ingen information om eventuella hälsovinster. Mot bakgrund av att det saknas studier som direkt jämför allmän och selektiv testning med avseende på kliniska utfall, har det inte varit möjligt att inom denna kartläggning bedöma om den ökade resursinsatsen är förenad med förbättrade hälsoutfall för mor och barn.

→ **Läs mer** om kostnader för OGTT i konsekvensanalysen till Nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter i *Bilaga: Fördjupad konsekvensanalys* 2026.

Figur 1 Ökning i antal glukosbelastningar om 95 procent av alla gravida testas.

Data för år 2024 per region: totalt antal glukosbelastningar vid allmän testning samt storleksordning på ökningen. Panel A regioner med <5000 förlossningar per år och panel B storstadsregioner.



Tabell 1 Registrerade glukosbelastningar år 2024 och beräkning av totaler vid allmän testning.

Antal och kostnader. Regioner sorterade efter andel registrerade OGTT år 2024.

Region	Antal OGTT		Kostnader OGTT (1000-tals kronor)		
	Registre- rade år 2024 (procent av gravida)	Beräknad om allmän testning (ökning jämfört nuläge)	Faktisk år 2024	Beräknad 2024 om allmän OGTT	Ökning
Stockholm	3530 (14)	24110 (20580)	8012	54797	46785
Västmanland	370 (15)	2340 (1970)	830	5318	4488
Jämtland	200 (18)	1070 (870)	452	2425	1973
Gotland	80 (18)	400 (320)	171	909	738
Sörmland	470 (19)	2380 (1910)	1076	5409	4333
Västra Götaland	3240 (19)	15830 (12600)	7358	35986	28628
Västernorrland	370 (21)	1660 (1290)	841	3783	2942
Uppsala	830 (22)	3530 (2710)	1877	8034	6157
Dalarna	530 (23)	2240 (1710)	1208	5100	3892
Gävleborg	490 (23)	2030 (1550)	1107	4623	3516
Norrbotten	410 (24)	1640 (1230)	934	3720	2786
Örebro	720 (25)	2710 (2000)	1630	6166	4536
Halland	910 (27)	3250 (2340)	2072	7380	5308
Västerbotten	680 (28)	2290 (1610)	1540	5197	3657
Värmland	730 (33)	2120 (1390)	1660	4828	3168
Kronoberg	610 (35)	1640 (1030)	1387	3731	2344
Jönköping	1400 (40)	3320 (1930)	3175	7553	4378
Kalmar	830 (41)	1920 (1090)	1893	4364	2471
Östergötland	1710 (41)	3940 (2230)	3888	8954	5066
Blekinge	1050 (92)	1080 (30)	2389	2459	70
Skåne	12450 (93)	12740 (290)	28298	28965	667

Förkortningar: OGTT – oralt glukostoleranstest (peroral glukosbelastning)

Källa: Graviditetsregistret och beräkningar inom projektet[3].

Slutsatser om allmän testning för graviditetsdiabetes

Denna kartläggning visar att testning för graviditetsdiabetes fortsatt är ett område med vetenskaplig osäkerhet. Genomgången visar att 75 g OGTT är den dominerande modellen i internationella och europeiska riktlinjer, medan en tvåstegsmodell med 100 g OGTT fortsatt används i delar av Nordamerika.

Det saknas studier som direkt jämför allmän och selektiv testning av riskgrupper med 75 g OGTT avseende kliniska utfall för mor och barn. Det vetenskapliga underlaget är därmed otillräckligt för att avgöra om allmän testning leder till bättre hälsoutfall för mor och barn än selektiv testning av riskgrupper

Samtidigt innebär selektiv testning att färre gravida genomgår testning, vilket kan leda till att vissa fall av graviditetsdiabetes inte identifieras. Den samlade forskningen ger dock inte tillräckligt underlag för att bedöma de kliniska konsekvenserna av dessa skillnader. Allmän testning medför betydande resurskrav både laboratoriemässigt och personalmässigt, men innebär samtidigt att fler gravida med graviditetsdiabetes identifieras, inklusive kvinnor utan kända riskfaktorer som annars inte skulle ha testats

En övergång till allmän testning med 75g OGTT utifrån rekommenderade gränsvärden skulle innebära en betydande ökning av antalet genomförda OGTT med ökade kostnader för regionerna, beroende på nuvarande praxis. Mer forskning av god kvalitet behövs för att belysa vilka långsiktiga hälsovinster för mor och barn som regionerna kan uppnå genom att identifiera gravida med graviditetsdiabetes.

Sammantaget saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera allmän eller selektiv testning som teststrategi för graviditetsdiabetes. Samtidigt har de nationella riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter kompletterats med två rekommendationer gällande graviditetsdiabetes: dels rekommendation om tidig testning av gravida med riskfaktorer före graviditetsvecka 20, utöver testning i vecka 24–28, dels anpassade diagnosgränser för när behandling ska inledas utifrån dagens provtagningsrör. Se tabell 2.

Tabell 2. Rekommendationer om graviditetsdiabetes till mödrahälsovården

Id	För alla gravida ...	Rekommendation	Prioritet
1	som skrivs in i mödrahälsovården	Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. Ett av stegen i basprogrammet gäller graviditetsdiabetes: I graviditetsvecka 24–28: Mät den gravidas plasmaglukos, för att upptäcka och behandla graviditetsdiabetes. Kommentar: Här specificerar vi inte teststrategi på grund av det osäkra kunskapsläget, men 75 g OGTT är den internationellt rekommenderade diagnosmetoden. Läs mer i bilagan <i>Kunskapsunderlag</i> .	1
Id	För gravida som ...	Rekommendation	Prioritet
18	har testats och fått diagnosen graviditetsdiabetes	Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	4
19	har ökad risk för diabetes*	Erbjud test för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 (venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning). Vid diagnos: Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov. Kommentar: Här specificerar vi testmetoden, eftersom rekommendationen är avgränsad till riskgrupper. Läs mer i bilagan <i>Kunskapsunderlag</i> .	6

*Minst en av följande riskfaktorer: tidigare graviditetsdiabetes, tidigare födsel av ett stort barn, BMI ≥ 30 , förstagradssläkting med diabetes, familjeursprung i en region i världen där diabetes är särskilt vanligt – förenklat: utanför Europa.

Gränsvärden för diagnosen graviditetsdiabetes

Socialstyrelsen rekommenderar att gravida som överskrider något av följande glukosvärden får diagnosen graviditetsdiabetes:

- fastande: 5,4 mmol/l
- 1 timme efter att ha druckit 75 g glukoslösning: 10,1 mmol/l
- 2 timmar efter att ha druckit 75 g glukoslösning: 8,6 mmol/l.

Alla tre mätvärden behövs för att genomföra testet. Observera att värdena gäller för test med venösa blodprov, med provtagningsrör som har tillsats av sur citratbuffert.

Kunskapsunderlag: Allmän och selektiv testning med 75 g OGTT

Allmän och selektiv testning med 75 g OGTT

Tillstånd: Gravida utan tidigare känd diabetes i graviditetsvecka 24–28.

Insats: Allmän eller selektiv testning i form av 75 g peroralt glukosbelastningstest (OGTT).

Anledning till att Socialstyrelsen inte ger en rekommendation:

Det saknas relevanta studier, och det pågår ingen forskning som kan motivera en rekommendation om att erbjuda insatsen inom ramen för forskning och utveckling (FoU).

Vad innebär tillståndet?

Frågan gäller gravida utan tidigare känd diabetes i graviditetsvecka 24–28.

Orsaker till graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes kan förklaras av

- ökad insulinresistens i kroppens celler
- otillräcklig insulinproduktion för att möta det ökade insulinbehovet under graviditeten.

Vid graviditetsdiabetes finns ökade risker för obstetriska och neonatala komplikationer i samband med graviditet och förlossning,

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet graviditetsdiabetes har en stor svårighetsgrad.

➔ **Läs mer** om hur vi har bedömt tillståndets svårighetsgrad i bilagan *Metodbeskrivning*.

Vad innebär insatsen?

Insatsen innebär att gravida utan känd diabetes erbjuds allmän eller selektiv testning för graviditetsdiabetes med glukosbelastning i graviditetsvecka 24–28 med 75 g OGTT. I detta kunskapsunderlag avses strukturerad testning

där 75g OGTT används som diagnostisk metod, oavsett om testningen sker allmänt eller selektivt. Allmän testning innebär att alla gravida erbjuds test oavsett riskgrupp. Selektiv testning innebär att endast gravida med definierade riskfaktorer erbjuds OGTT. Urvalet kan baseras på en eller flera riskfaktorer. Hur riskfaktorer kombineras och tillämpas kan variera mellan regioner och vårdprogram. Andra modeller kan förekomma för strukturerad testning, där fasteglukos, slumpmässig plasmaglukos eller HbA1c används som ett första urval, men i dessa modeller krävs 75 g OGTT för att fastställa diagnosen graviditetsdiabetes.

Vilken effekt har insatsen?

Slutsatser om önskade effekter

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma fördelarna med allmän eller selektiv testning med 75 g OGTT med venös provtagning av gravida i graviditetsvecka 24–28), jämfört med att ingen testning eller att enbart testa gravida med förhöjd risk är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier av god kvalitet som besvarar frågeställningen.

Slutsatser om oönskade effekter

Oral glukosbelastning kan innebära ett övergående fysiskt obehag i samband med testning så som illamående eller allmän olust vid fasta, intag av glukoslösningen och provtagningen.

Hur kostnadseffektiv är insatsen?

Socialstyrelsen har inte gjort någon bedömning av kostnadseffektiviteten för denna rekommendation. Men under rubriken ”Resursbehov och genomförbarhet” redovisar vi kostnadsberäkningar för införandet av selektiv eller allmän testning i Sverige.

Vad bygger slutsatserna på?

Fråga enligt PICOS-formatet

Slutsatserna om insatsens effekt utgår från frågan:

Överväger fördelarna (såsom bättre utfall för den gravida och det väntande barnet) nackdelarna (såsom överdiagnostik och belastande provtagning) för strukturerad testning av gravida jämfört med att inte testa, eller enbart testa dem med förhöjd risk?

Så här har vi strukturerat frågan enligt PICOS-formatet:

- **Patientgrupp** (population/problem – P): Gravida utan känd diabetes
- **Insats** (intervention – I): Strukturerad testning (allmän eller selektiv testning) för graviditetsdiabetes med 75g OGTT med venös provtagning av gravida i graviditetsvecka 24–28)
- **Kontrollgrupp** (control/comparison – C):
 - Ingen testning för graviditetsdiabetes.
 - Testning med upprepade slumpmässiga blodsockermätningar i kombination med riskfaktorsstyrd testning
 - Strukturerad testning för graviditetsdiabetes med 75g OGTT med någon av följande selektiva urvalsmetoder:
 - Riskfaktorbaserad testning: (exempelvis högt BMI (i Sverige vanligen $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tidigare graviditetsdiabetes, tidigare stort barn (makrosomi och/eller LGA), hereditet (t.ex. förstagrads släkting med diabetes (alla typer)), utomeuropeiskt ursprung. Men även andra riskfaktorer accepteras (exempelvis intrauterin fosterdöd eller polyhydramnios)
 - Testning som utesluter gravida med låg risk för graviditetsdiabetes (exempelvis, men inte uteslutande, förstföderskor, gravida under en viss ålder, gravida som inte har diabetes inom den nära släkten, $\text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$, inte har en anamnes av tidigare graviditetsdiabetes eller fött barn med makrosomi och/eller LGA)
 - Testning av gravida med förhöjt fastglukos, slumpmässig glukos och/eller förhöjt HbA1c
- **Utfallsmått** (outcome – O):
 - LGA (large for gestational age)
 - SGA (small for gestational age)
 - Makrosomi (makrosomia, $< 4500 \text{ g}$)
 - Neonatala andningssvårigheter (respiratory distress)
 - Kejsarsnitt (caesarean section)
 - Hypertensiva sjukdomar under graviditet (inkl. preeklampsi och gestationell hypertoni)
 - Neonatala förlossningsskador (t.ex. skulderdystoci, plexus brachialis skada, fraktur)
 - Hypoglykemi
 - Gulsot
 - Neonatal dödlighet
 - Amning (t.ex. frekvens vid utskrivning och senare)
 - Fysisk och psykisk påverkan av att genomgå testningen
 - Acceptans av testningen (mätt som deltagande, dvs. andel individer som fullföljer testningen)
 - Number needed to screen (andel OGTT som krävs per

diagnostiserat fall)

– Kardiometabol sjukdom (exempelvis typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdom, metabola syndromet, hypertoni, dyslipidemi, bukfetma)

– Metabola avvikelser i barndom och ungdom (inkluderande ett eller flera av följande: övervikt/fetma, insulinresistens eller nedsatt glukostolerans (IGT (nedsatt glukostolerans), IFG (förhöjt fasteglukos utan diabetes), eller manifest diabetes), dyslipidemi (förhöjda triglycerider, lågt HDL-kolesterol), förhöjt blodtryck, förhöjt fasteglukos)

- **Studietyper** (study design – S): Systematisk översikt (SÖ), metaanalys, randomiserad kontrollerad studie (RCT) eller icke randomiserad studie med kontrollgrupp

Övriga inklusions- eller exklusionskriterier: Språk: engelska, svenska.
Kön: kvinnor. Ålder: ≥ 18 år.

Sökdokumentation och urval

Urval av studier

Bedömda och inkluderade studier	Antal
Studier som relevansbedömdes på titel- eller abstraktnivå	282
Studier som relevansbedömdes i fulltext	5
Studier som kvalitetsgranskades	1 RCT
Studier som inkluderades i underlaget	0 RCT

Urval av riktlinjer

Bedömda och inkluderade riktlinjer	Antal
Riktlinjer som relevansbedömdes på titel- eller abstraktsnivå	78
Riktlinjer som relevansbedömdes i fulltext	9
Riktlinjer som kvalitetsgranskades	0
Studier som inkluderades i underlaget	0

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2025-05-17			
Ämne: ID20 Strukturerad testning för graviditetsdiabetes av alla gravida. För test används 75 g OGTT med venös provtagning.			
Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnancy Trimester, Second"[Mesh] OR ((Pregnanc*[tiab] OR pregnant[tiab] OR second trimester[tiab] OR 24-28 weeks[tiab]) NOT Medline[sb])	1134730
2.	Mesh/FT	"Diabetes, Gestational/diagnosis"[Majr] OR "Hyperglycemia/diagnosis"[Mesh] OR ((hyperglycemia[tiab] OR hyperglycaemia[tiab] OR gestational diabetes[tiab] OR GDM[tiab]) NOT Medline[sb])	21678
3.	Mesh/FT	Mass Screening[Majr] OR screen*[tiab]	1143022
4.	Mesh/FT	Glucose Tolerance Test[Mesh] OR oral glucose tolerance test[tiab] OR OGTT[tiab] OR 75-g glucose tolerance test[tiab]	47493
5.		1-4 AND NOT (COVID[ti] OR postpartum[ti]) Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	955
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	38
7.		5 AND (Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	172
8.		5 AND ("Guideline" [Publication Type] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR Guidelines as Topic[Mesh] OR Practice Guidelines as Topic*[Mesh] OR guideline*[ti] OR guidance[ti] OR consensus[ti])	86

Förutsättningar för allmän testning av graviditetsdiabetes med peroral glukosbelastning

9.	Mesh/FT	("Diabetes, Gestational/diagnosis"[Majr] OR "Hyperglycemia/diagnosis"[Majr] OR ((hyperglycemia[ti] OR hyperglycaemia[ti] OR gestational diabetes[ti] OR GDM[ti]) NOT Medline[sb])) AND screen*[ti] AND (75 g oral glucose tolerance test[tiab] OR OGTT[tiab] OR 75-g glucose tolerance test[tiab])	300
10.		"Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR observational study[tiab] OR observation study[tiab] OR cohort study[tiab] OR prospective study[tiab] OR retrospective study[tiab] OR case control study[tiab] OR comparative study[tiab]	
11.		1 AND 9 AND 10 NOT (Covid[ti] OR postpartum[ti]) Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	84

PubMed

MeSH = Medical Subject Headings, kontrollerad vokabulär från Medline. Termen söks, inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. MeSH:NoExp = Endast den termen söks, de underliggande mer specifika termerna utesluts. Majr = MeSH Major Topic – Termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln. FT = Fritextterm/er. Tiab = Sökning i fälten för titel eller abstract. Ot = Other term – Ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term. Systematic [sb] = Filter för systematiska översikter.

* = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2023-06-07			
Ämne: ID20 Strukturerad testning för graviditetsdiabetes av alla gravida. För test används 75 g OGTT med venös provtagning.			
Söknr	Termtyp	Söktermer	Antal träffar
12.	FT	(Pregnancy OR pregnant OR second NEXT trimester OR 24 NEXT 28 NEXT weeks):ti,ab,kw	93431
13.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Diabetes, Gestational] explode all trees and with qualifier(s): [diagnosis - DI] OR MeSH descriptor: [Hyperglycemia] explode all trees and with qualifier(s): [diagnosis - DI] OR (hyperglycemia OR hyperglycaemia OR gestational NEXT diabetes OR GDM):ti	3838
14.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Mass Screening] this term only OR (screen*):ti OR (screen*):kw	24563
15.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Glucose Tolerance Test] explode all trees OR (oral NEXT glucose NEXT tolerance NEXT test OR OGTT OR 75 NEXT g NEXT glucose NEXT tolerance NEXT test):ti,ab,kw	7051

16.	1-4 AND NOT (COVID OR postpartum):ti AND random* ENGLISH	52 CDSR 1 CENTRAL 51
-----	---	--

Cochrane Library

MeSH = Medical Subject Headings, kontrollerad vokabulär från Medline. Explode all trees = Termen söks, inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de underliggande mer specifika termerna utesluts. Qualifier = Aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritexttermer – sökning i fälten för titel, abstrakt eller keywords. " " = Citattecken, söker på en exakt fras. CDSR = Cochrane Database of Systematic Reviews. CENTRAL = Cochrane's database of trials. Cochrane Protocols = Protocols of systematic reviews registered in Cochrane Library. * = trunkering – Att korta av ett ord för att få med olika böjningar och ändelser av det.

Exkluderade studier

Exkluderade studier och riktlinjer

Exkluderade studier och riktlinjer efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Studier	
Hiéronimus 2010 [11]	Narrativ översikt
Hillier 2008 [12]	Ej relevant intervention
Mialhe 2015 [13]]	Relevant, men hög risk för bias
Minschart 2021 [6]	Narrativ översikt
Nwali 2021 [14]	Ej relevant intervention och utfall
Pillay 2021 [15]	Ej relevant intervention och jämförelse
Riktlinjer	
Benhalima 2012 [2]	Ej relevant, översikt av riktlinjer
Buckley 2012 [16]	Ej relevant population
Capula 2016 [17]	Ej relevant intervention.
Chong 2014 [18]	Ej relevant intervention.
Ellenberg 2017 [19]	Ej relevant intervention
Koivunen 2015 [20]	Ej relevant intervention och jämförelse
Lindqvist 2014 [21]	Ej relevant, praxisskillnader
Nethery 2024 [22]	Ej relevant intervention och jämförelse
Vitacolonna 2019 [23]	Ej relevant, översikt av riktlinjer

Kommentar om studierna

Av totalt 37 Systematiska översikter (SÖ) inkluderades 4 för fulltextgranskning. Hillier *et al* 2008 [12] utvärderade behandlingseffekter hos redan screenade populationer och saknade jämförelser mellan olika teststrategier. Hiéronymus *et al* 2010 [11] och Minschart *et al* 2021 [6] var narrativa översikter som diskuterade selektiv och allmän testning på en övergripande nivå, men presenterade inga primärstudier som jämförde strukturerad testning med utebliven eller risksgruppsbaserad testning. Pilley *et al* 2021 [15] fokuserade på behandlingsutfall och diagnostisk noggrannhet och inkluderade inte heller studier som utvärderade effekten av själva teststrategin. Sammanlagt saknade samtliga SÖ empiriska data som kunde belysa nyttan eller nackdelarna med strukturerad testning enligt vårt PICO.

Utöver dessa studier identifierades även en primärstudie [14] som jämförde allmän och selektiv testning men den rapporterade enbart diagnosupptäckt, testsensitivitet och saknade utfallsmått för den gravida och barn. Miaillhe *et al* 2015 [13] gick vidare till kvalitetsgranskning och innehöll relevanta jämförelser mellan teststrategi och rapporterade obstetriska och neonatala utfall men kunde inte inkluderas på grund av hög risk för bias. Artikeln hade flera metodologiska begränsningar, risk för confounding, selektion och bortfall, samt en bias relaterat till att diagnosen ledde till behandling som direkt påverkade utfallen. Därför kunde inte dessa studier heller bidra med tillförlitligt underlag för att bedöma effekterna av strukturerad testning för graviditetsdiabetes enligt vårt PICO.

Vidare identifierades flera riktlinjeartiklar och översikter [2, 16-23] som inte heller motsvarade vår frågeställning. Gemensamt för dessa artiklar var att de antingen fokuserade på beskrivning av riktlinjer, screeningpraxis eller diagnostiska kriterier, eller på testprestanda och identifiering av graviditetsdiabetesfall, utan att jämföra strukturerad testning med utebliven eller riskbaserad testning. Flera studier baserades på policy eller registerförändringar utan kontrollerad jämförelsegrupp medan andra helt saknade kliniska utfallsmått.

Referenser

1. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. IDF Diabetes Atlas: Estimation of Global and Regional Gestational Diabetes Mellitus Prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2022; 183:109050.
2. Benhalima K, Van Crombrugge P, Hanssens M, Devlieger R, Verhaeghe J, Mathieu C. Gestational diabetes: overview of the new consensus screening strategy and diagnostic criteria. *Acta Clin Belg*. 2012; 67(4):255–61.
3. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2024; 2025.
4. Lowe LP, Metzger BE, Dyer AR, Lowe J, McCance DR, Lappin TRJ, et al. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations of maternal A1C and glucose with pregnancy outcomes. *Diabetes care*. 2012; 35(3):574–80.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. 2020. Hämtad 20260210 från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-pdf-51038446021>
6. Minschart C, Beunen K, Benhalima K. An Update on Screening Strategies for Gestational Diabetes Mellitus: A Narrative Review. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2021; 14:3047–76.
7. Finnish Medical Society Duodecim. Raskausdiabetes (Gestational diabetes). Käypä hoito recommendation. 2022. Hämtad 20260210 från: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50068>
8. Helsedirektoratet. Svangerskapsdiabetes – Nasjonal faglig retningslinje. 2017. Hämtad 20260210 från: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>
9. Sveriges kommuner och regioner (SKR). Retrospektiva DRG-vikter primärvård 2019-2024. 2025.
10. Region Skåne medicinsk service. Prislister Labmedicin Region Skåne samt Region Blekinge, Södra Halland och Kronoberg. 2025.
11. Hiéronimus S, Le Meaux JP. Relevance of gestational diabetes mellitus screening and comparison of selective with universal strategies. *Diabetes Metab*. 2010; 36(6 Pt 2):575–86.
12. Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008; 148(10):766–75.
13. Mialhe G, Kayem G, Girard G, Legardeur H, Mandelbrot L. Selective rather than universal screening for gestational diabetes mellitus? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015; 191:95–100.
14. Nwali SA, Onoh RC, Dimejesi IB, Obi VO, Jombo SE, Edenya OO. Universal versus selective screening for gestational diabetes mellitus among antenatal clinic attendees in Abakaliki: using the one-step 75 gram oral glucose tolerance test. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1):735.
15. Pillay J, Donovan L, Guitard S, Zakher B, Gates M, Gates A, et al. Screening for Gestational Diabetes: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2021; 326(6):539–62.

16. Buckley BS, Harreiter J, Damm P, Corcoy R, Chico A, Simmons D, et al. Gestational diabetes mellitus in Europe: prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review. *Diabet Med*. 2012; 29(7):844–54.
17. Capula C, Chiefari E, Borelli M, Oliverio R, Vero A, Foti D, et al. A new predictive tool for the early risk assessment of gestational diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes*. 2016; 10(5):315–23.
18. Chong YS, Cai S, Lin H, Soh SE, Lee YS, Leow MK, et al. Ethnic differences translate to inadequacy of high-risk screening for gestational diabetes mellitus in an Asian population: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:345.
19. Ellenberg A, Sarvilinna N, Gissler M, Ulander VM. New guidelines for screening, diagnosing, and treating gestational diabetes - evaluation of maternal and neonatal outcomes in Finland from 2006 to 2012. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(3):372–81.
20. Koivunen S, Kajantie E, Torkki A, Bloigu A, Gissler M, Pouta A, et al. The changing face of gestational diabetes: the effect of the shift from risk factor-based to comprehensive screening. *Eur J Endocrinol*. 2015; 173(5):623–32.
21. Lindqvist M, Persson M, Lindkvist M, Mogren I. No consensus on gestational diabetes mellitus screening regimes in Sweden: pregnancy outcomes in relation to different screening regimes 2011 to 2012, a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:185.
22. Nethery E, Pickerill K, Butska L, Turner M, Hutcheon JA, Janssen PA, et al. Perinatal outcomes following nonadherence to guideline-based screening for gestational diabetes: A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2025; 104(5):839–49.
23. Vitacolonna E, Succurro E, Lapolla A, Scavini M, Bonomo M, Di Cianni G, et al. Guidelines for the screening and diagnosis of gestational diabetes in Italy from 2010 to 2019: critical issues and the potential for improvement. *Acta Diabetol*. 2019; 56(11):1159–67.