

Nationella riktlinjer 2026:

Graviditetsdiabetes

Sammandrag från de nationella riktlinjerna
om graviditet, förlossning och tiden efter

Uppdaterade riktlinjer 2026

Graviditetsdiabetes blir allt vanligare. Utvecklingen i Sverige beror framför allt på att

- gränsvärdena för diagnos justerades 2015
- allt fler gravida har högt BMI
- allt fler gravida kommer från regioner i världen där diabetes är särskilt vanligt.

Graviditetsdiabetes ökar risken för komplikationer hos både gravida och deras barn, och är därför viktigt att behandla. Det är en folkhälsofråga.

2026 har Socialstyrelsen uppdaterat de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter med rekommendationer om graviditetsdiabetes. Vi vänder oss både till dig som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser i hälso- och sjukvården och till dig som möter patienter med graviditetsdiabetes. Du som beslutar om resurser får rekommendationer med olika hög prioritet.

Här sammanfattar vi budskapen om graviditetsdiabetes från de uppdaterade riktlinjerna.

- ➔ Läs riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter i sin helhet på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard. Under ingången *För dig som möter patienter* finns praktiskt stöd i arbetet, och under *För dig som är beslutsfattare eller chef* finns stöd för att prioritera resurser.



Uppdaterade gränsvärden för diagnos

Graviditetsdiabetes definieras som förhöjda blodsockernivåer (glukosnivå i plasma) under graviditeten – som inte beror på tidigare känd diabetes. Socialstyrelsen rekommenderar uppdaterade gränsvärden för att ställa diagnosen. De är något högre än de tidigare rekommenderade värdena från 2015, till följd av ny forskning och utvecklade metoder för glukosanalys.

Gränsvärden för diagnosen graviditetsdiabetes

Socialstyrelsen rekommenderar att gravida som uppnår 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 blodprov behövs, och de tas vid ett och samma testtillfälle.

Observera att värdena gäller för test med venösa blodprov, med provtagningsrör som har tillsats av sur citratbuffert. Detta är den etablerade metoden för att bedöma glukostolerans, som även rekommenderas av WHO och andra internationella organisationer.

➔ **Läs mer** om hur vi har kommit fram till gränsvärdena i bilagan *Gränsvärden för graviditetsdiabetes* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Testa och behandla

Socialstyrelsen ger två specifika rekommendationer om graviditetsdiabetes i de nationella riktlinjerna. Dessutom ingår det att identifiera graviditetsdiabetes i vår övergripande rekommendation om *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning*.

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.	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 graviditetsdiabetes	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.	6

Basprogrammet:

Alla gravida bör testas i vecka 24–28

Socialstyrelsen rekommenderar vård enligt *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning* med högsta prioritet – miniminivån av vård för alla gravida. Vård enligt basprogrammet minskar påtagligt riskerna för allvarliga sjukdomar och död, och den kan betraktas som självklar att erbjuda. Alla regioner arbetar redan till stora delar enligt ett basprogram, vilket troligen är en viktig orsak till de goda resultaten för Sveriges mödrahälsovård och förlossningsvård. Socialstyrelsen har samlat arbetssätten för att kunna rekommendera en miniminivå som regionerna behöver säkra resurser för. Det blir en bas att arbeta vidare med, till exempel i vårdprogram.

Ett av stegen i basprogrammet är att identifiera graviditetsdiabetes, genom att mäta den gravidas plasmaglukos. Den internationellt rekommenderade diagnosmetoden är venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning, och det är denna metod som Socialstyrelsens [uppdaterade rekommenderade gränsvärden för diagnos](#) utgår från. Metoden gör det möjligt att upptäcka gravida med förhöjda glukosvärden (hyperglykemi) som inte kan upptäckas med enklare test – till exempel med blodprov efter enbart fasta. Den ger också ett mer komplett underlag för att bedöma risker för graviditetskomplikationer än enstaka okontrollerade glukosmätningar.

➔ **Läs mer i**

- [Nationellt basprogram för graviditetsövervakning](#)
- bilagan *Förutsättningar för allmän testning av graviditetsdiabetes med peroral glukosbelastning* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Alla som får diagnos bör få behandling

Alla gravida som fått diagnosen graviditetsdiabetes bör få behandling för att sänka glukosnivåerna vid behov. Behandlingen innebär

- **egenkontroll av blodsockret** – upprepade kontroller av patienten själv under hela den fortsatta graviditeten
- **levnadsvanebehandling** – råd och stöd om kost och fysisk aktivitet, anpassade till patientens behov
- **läkemedelsbehandling vid behov** – insulin eller i vissa fall metformin, om levnadsvanebehandlingen är otillräcklig.

Du som beslutar om resurser bör prioritera denna behandling relativt högt (prioritet 4 på en 10-gradig skala). Graviditetsdiabetes är ett hälsotillstånd med stor svårighetsgrad som är viktigt att behandla, och behandlingen har visat nytta för både den gravida och barnet på kort sikt. Studieresultaten är dock osäkra, vilket sänker prioriteten något.

➔ **Läs mer på webbsidorna**

- [Behandla graviditetsdiabetes](#) – för dig som möter patienter
- [Graviditet](#) – för dig som beslutar om resurser.

Gravida med ökad risk kan testas tidigare

Både forskning och erfarenhet talar för fördelar med att testa gravida med ökad risk för graviditetsdiabetes tidigt, före graviditetsvecka 20. Det handlar då om venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning, för gravida med en eller flera av följande riskfaktorer:

- tidigare graviditetsdiabetes
- tidigare födsel av ett stort barn
- BMI ≥ 30
- förstagsadsläkting med diabetes, oavsett typ
- förälder född utanför Europa – en förenkling som fångar upp majoriteten av dem som har föräldrar från en region i världen där diabetes är särskilt vanligt.

Testmetoden gör det möjligt att upptäcka gravida med förhöjda glukosvärden tidigt, så att de kan få uppföljning och behandling under en större del av graviditeten. Patientgruppen är dock heterogen, och det vetenskapliga stödet är begränsat när det gäller effekten av tidig jämfört med senare testning och behandling. Därför har denna tidigare insats lägre prioritet (6) än att erbjuda behandling vid diagnos generellt, oftast i graviditetsvecka 24–28. Det är en resursfråga.

➔ Läs mer på webbsidorna

- [Testa gravida med ökad risk för graviditetsdiabetes tidigt](#) – för dig som möter patienter
- [Graviditet](#) – för dig som beslutar om resurser.

Rekommendationerna väntas ge hälsovinster men öka kostnaderna

Rekommendationerna om testning och behandling av graviditetsdiabetes enligt de uppdaterade gränsvärdena väntas medföra hälsovinster för både de gravida och deras barn – särskilt om de gravida får fortsatt uppföljning efter förlossningen. Detta är också en folkhälsostrategisk fråga för regionerna, som involverar fler verksamheter än mödrahälsovården. Hur arbetar ni bäst med befolkningen för att fånga upp unga vuxna innan de får sjukdomar kopplade till levnadsvanor? Gravida är ofta motiverade att förändra levnadsvanor, vilket kan förebygga sjukdomar som typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Samtidigt väntas rekommendationerna öka hälso- och sjukvårdens kostnader, eftersom de flesta regioner kommer att identifiera fler med graviditetsdiabetes. Idag skiljer sig rutinerna för gränsvärden och testning mellan regionerna. Du som beslutar om resurser behöver se över förutsättningarna och säkerställa en fungerande vårdkedja.

➔ **Läs mer** i bilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

