
Å skyte spurv med kanoner

DEBATT

BJØRN BACKE

bjbac@online.no

Bjørn Backe er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, pensjonert professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og seksjonsoverlege ved Fødeavdelingen, Kvinneklubben, St. Olavs hospital.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes vil føre til massiv sykeliggjøring av gravide – og gi marginal helsegevinst.

Vi fikk i fjor nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes [\(1\)](#). De bygger på en WHO-rapport [\(2\)](#) om at risikoen for å føde et stort barn øker med økende verdier av både fastende blodsukker og blodsukker etter glukosebelastning.

For den gravide er svangerskapsdiabetes ufarlig, medfører ikke symptomer og er begrenset til svangerskapet. Svangerskapsdiabetes er en risikofaktor for stort barn (makrosomi), og metaanalyser av fem randomiserte, kontrollerte studier viser at mosjon, diett og eventuelt insulin gir lavere fødselsvekt og redusert risiko for fastsittende skuldre ved fødselen (skulderdystoci) [\(3\)](#). Imidlertid må resultatene vurderes med nøkternhet. Skulderdystoci er en subjektiv diagnose.

Det er ingen forskjeller når det gjelder fødselstraume hos den nyfødte og innleggelse i nyfødteintensivavdeling, og reduksjonen i fødselsvekt som ble påvist i to av studiene, er moderat, med henholdsvis 106 g og 161 g [\(3\)](#). Det er ingen dokumentasjon for at behandling av svangerskapsdiabetes har positive helseeffekter for mor eller barn senere i livet [\(2\)](#).

Dramatiske konsekvenser

De nye retningslinjene vil få dramatiske konsekvenser for norske gravide. Nye grenseverdier og intensivert screening gjør at over 10 % – det vil si mer enn 6 000 kvinner, eller dobbelt så mange som nå – vil få diagnosen svangerskapsdiabetes (1). Verken grenseverdiene eller risikofaktorene som skal føre til screening, er testet i prospektive studier. Helsegevinster, ulemper og samfunnsøkonomiske kostnader er ikke kjent.

Over 70 % av norske gravide – mer enn 42 000 kvinner årlig – skal gjennomgå glukosebelastning (1), en test som ellers er forlatt på grunn av dårlig reproducerbarhet. I praksis krever denne testen en halv dags innsats av den gravide. Kostnadene anslås til kr 150 per test (1), men da har man ikke tatt hensyn til de samfunnsøkonomiske kostnadene. Bare tapet av 21 000 dagsverk utgjør en betydelig kostnad.

Behandlingen er i første rekke mosjon og kostomlegging, kanskje insulin eller metformin. Den gravide skal måle blodsukknivået etter hvert måltid. Hyppige kontroller hos allmennpraktiker eller endokrinolog og ved fødepoliklinikk er regelen. Å leve som diabetiker er sykliggjørende og tidkrevende, og erfaringsmessig ender dette ofte i sykmelding. Anbefalingen om å gå en tur etter hovedmåltidet (1) viser liten innsikt i småbarnsforeldres hverdag.

Er svangerskapsdiabetes en viktig risikofaktor?

For å vurdere hvor viktig en risikofaktor er, må man kjenne hvor stor del av den samlede risiko den aktuelle risikofaktoren representerer (tilskrivbar risiko). Flere studier har vist at maternell vekt og vektøkning i svangerskapet er viktigere enn blodsukknivået. I én studie bidro svangerskapsdiabetes med 2,9 % av den totale risikoen for å føde et stort barn (4).

Simuleringsstudier tyder på at generell screening og behandling av svangerskapsdiabetes vil ha minimal effekt på populasjonens samlede risiko (2). Med grenseverdier tilsvarende en risikoøkning på 1,5 vil forekomsten av barn med fødselsvekt over 90-prosentilen bli redusert med 0,32 % (2).

Et regneeksempel med norske tall illustrerer den marginale populasjonseffekten: Anta at 10 % av de gravide har svangerskapsdiabetes og derfor doblet risiko for å få et barn med fødselsvekt > 4 500 g (1). Dersom alle disse blir diagnostisert og effektiv behandling fjerner den økte risikoen, vil andelen nyfødte med fødselsvekt > 4 500 g bli redusert fra dagens 2,7 % til 2,5 %.

I Finland så man ingen helsegevinst – til tross for at nye rutiner har ført til at 60 % av de gravide gjennomgår glukosebelastningstest og 11 % får diagnosen, over dobbelt så mange som før (5).

Langt de fleste store barn blir født av kvinner som ikke har svangerskapsdiabetes. I regelen skjer fødselen uten større problemer. Til og med amerikanske retningslinjer legger opp til å forsøke vaginal fødsel ved antatt stort barn (6).

Massiv overbehandling

De nye retningslinjene legger opp til massiv overbehandling (7). «Too much medicine» (8) er en treffende karakteristikk. Norsk fødselsstatistikk gir ingen begrunnelse for en dramatisk satsing for å redusere fødselsvekten. De siste 15 årene har andelen store barn sunket, og de gravides vekt er stabil.

Det synet på svangerskap som disse retningslinjene (1) speiler, står i kontrast til den vanlige oppfatningen at graviditet er en normal livsfase. Kosthold og livsstil bør optimaliseres på annet vis enn ved å sykeliggjøre gravide.

LITTERATUR

1. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes> (28.2.2018).
2. WHO 2013 Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycemia First Detected in Pregnancy.
http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/ (28.2.2018).
3. Horvath K, Koch K, Jeitler K et al. Effects of treatment in women with gestational diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 340: c1395. [PubMed][CrossRef]
4. Black MH, Sacks DA, Xiang AH et al. The relative contribution of prepregnancy overweight and obesity, gestational weight gain, and IADPSG-defined gestational diabetes mellitus to fetal overgrowth. *Diabetes Care* 2013; 36: 56 - 62. [PubMed][CrossRef]
5. Ellenberg A, Sarvilinna N, Gissler M et al. 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: 372 - 81. [PubMed][CrossRef]
6. Barth WH. Practice Bulletin No. 173 Summary: Fetal Macrosomia. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 1191 - 2. [PubMed][CrossRef]
7. Mjølstad BP, Brelin P, Roksund G. Svangerskapsomsorg på ville veier. *Aftenposten* 12.11.2017.
https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/3LAW9/Svangerskapsomsorg-pa-ville-veier--Mjolstad_-Brelin-og-Roksund (3.2.2018).
8. Cundy T, Ackermann E, Ryan EA. Gestational diabetes: new criteria may triple the prevalence but effect on outcomes is unclear. *BMJ* 2014; 348: g1567. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 17. april 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0167
Mottatt 19.2.2018, første revisjon innsendt 27.2.2018, godkjent 28.2.2018.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.