

---

# Lite nytt i kritikk av retningslinjene for svangerskapsdiabetes

---

## KOMMENTAR

TORE HENRIKSEN

tohen3@online.no

Tore Henriksen er professor emeritus

Ingen oppgitte interessekonflikter.

ANNE KAREN JENUM

Anne Karen Jenum er professor ved Allmennt medisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

HRAFNKELL B. THORDARSON

Hrafnkell B. Thordarson er seksjonsoverlege ved Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

HELENE OEDING HOLM

Helene Oeding Holm er jordmor og diabetessykepleier ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

HILDE BEATE GUDIM

Hilde Beate Gudim er fastlege ved Skui legekontor.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

KRISTIAN FOLKVORD HANSEN

Kristian Folkvord Hanssen er professor emeritus ved Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

Bjørn Backe mener nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes vil føre til massiv sykkeliggjøring av gravide, men argumentene han presenterer er allerede diskutert og veid i bakgrunns materialet for de nye retningslinjene og i etterfølgende debatter (1, 2). Backe unngår å ta standpunkt til to sentrale spørsmål. For det første er det uklart om han mener det finnes (bør defineres) en slik tilstand. For det andre, hva er eventuelt hans alternative retningslinjer for diagnose og behandling, og i så fall, hva er evidensgrunnlaget?

De nye retningslinjene er basert på GRADE-metodikken (2). De gamle norske retningslinjene var en kopi av de tidligere WHO-anbefalingene som ikke inkluderte svangerskapsutfall for barna. Ved høyriskobasert screening mister en 30–50 % av tilfellene. Argumentene for å teste mange for å finne anslagvis 80 % av de som har svangerskapsdiabetes, er ytterligere styrket i senere tid (3). Forekomsten av svangerskapsdiabetes er både med de gamle WHO-kriteriene og de nye norske kriteriene ca. 10 % hos etnisk norske kvinner. Det er et tall en må forholde seg til.

Helsedirektoratet legger WHO sine prinsipper til grunn, men har likevel valgt ikke å følge WHO sine nye diagnostiske kriterier fordi det ville medføre urimelig høy forekomst av svangerskapsdiabetes. De nye norske kriteriene vil finne en gruppe med høyere risiko enn hva WHO sine kriterier ville gjøre. Backe viser til en artikkel om «Too much Medicine» (4). Her kritiseres WHO sine kriterier, men det gis støtte til de kriterier Norge ha valgt (4, 5).

Det er ingen uenighet om fedme som risikofaktor. Glukoseintoleranse (reflektert i svangerskapsdiabetes) er et vesentlig aspekt ved de metabolsk endringer fedmen medfører. Formålet med svangerskapsomsorg er å forebygge alvorlige komplikasjoner og sykdom, for mor og barn, på kort og lang sikt. Helsedirektoratet har, i tråd med WHO, tatt utgangspunkt i dagens virkelighet. Men forekomsten av svangerskapsdiabetes i Norge bør følges og effekten av retningslinjene evalueres.

---

## LITTERATUR

1. Backe B. Å skyte spurv med kanoner. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi: 10.4045/tidsskr.18.0167. [PubMed][CrossRef]
2. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>. (14.5.2018).
3. Farrar D, Simmonds M, Bryant M et al. Risk factor screening to identify women requiring oral glucose tolerance testing to diagnose gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis and analysis of two pregnancy cohorts. PLoS One 2017; 12: e0175288. [PubMed][CrossRef]
4. 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]
5. Doust J, Vandvik PO, Qaseem A et al. Guidance for Modifying the Definition of Diseases: A Checklist. JAMA Intern Med 2017; 177: 1020 - 5.

