

Ekstern høring – 16/12430 Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes

Tilbakemelding:

- Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema
- **Frist fredag 12. august 2016.**
- Skjemaet bes sendt på e-post til postmottak@helsedir.no (merk: saksnr: 16/12430)

Navn: Kirsten Jørgensen, Politisk leder
--

Organisasjon: Den norske jordmorforening

1. Høringsbrev

Den norske jordmorforening (Dnj) takker for muligheten til å komme med innspill til nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes (GDM).

Vi ser med glede på at det nå kommer nye retningslinjer for håndtering av svangerskapsdiabetes (GDM) i Norge, og vi setter stor pris på at retningslinjene fokuserer vel så mye på barnets fremtidige helse som mors. Dette har vært lenge etterlenget.

Vi har forståelse for at dette har vært en tidkrevende prosess, men ser allikevel at dette arbeidet kunne ha gått fortere i og med at HAPO-studien (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) kom i 2008, retningslinjer fra IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group) kom i 2010 og retningslinjer fra WHO i 2013.

Målgruppe:

Jordmødre er spesialister på svangerskap, fødsel og barselomsorg, og har spesialkompetanse på kvinnehelse, derunder svangerskapsomsorg, fødsel og barselomsorg. Dnj synes derfor det er spesielt at retningslinjene henvender seg til «fastleger og **annet helsepersonell** ansatt i kommunale helse-og omsorgstjenester», og at ikke jordmødre er spesifikt nevnt i retningslinjer for svangerskapsdiabetes». Særlig når konsekvenser av de nye retningslinjene tas i betraktning.

Konsekvenser av retningslinjene:

Dnj ser store utfordringer når det gjelder etterlevelse og gjennomføring av tiltakene som foreslås iverksatt. Et av de største problemene i dag i forhold til GDM er at de eksisterende retningslinjene ikke etterleves. Det kan virke svært tilfeldig hvem som blir tilbudt testing for GDM, noe som også omtales i høringsutkastet.

Dersom de nye retningslinjene etterleves er det stor sannsynlighet for at forekomsten av GDM vil trolig bli avdekket i flere tilfeller i hele landet, slik som nyere forskning dokumenterer. Dette vil føre til økt press både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Det hadde vært interessant å se et estimat på kostnader over forebygging og håndtering av GDM. Helsegevinsten ved redusert forekomst av GDM i populasjonen vil nok være enda vanskelig å beregne, derfor vil det kun være basert på (kvalifiserte?) gjetninger.

Vi ser derfor på retningslinjene også som et politisk dokument som har en viktig forebyggende helseeffekt, og som bør behandles deretter.

Når det gjelder implementering av retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet, har vi sett ulik praksis på det. Vi tenker da særlig på retningslinjene for barselomsorg som kom i 2013. Det har vært svært ulikt håndtert i de ulike kommunene, og det har oppstått mange spørsmål med hensyn til ressursbruk.

Retningslinjer for svangerskapsdiabetes vil nok også utløse mange praktiske spørsmål når det gjelder den praktiske håndteringen, og det er tatt lite høyde for av hvem og hvordan det forebyggende arbeidet skal gjennomføres.

Retningslinjer for svangerskapsomsorg virker nøye gjennomarbeidet og fundert på et godt vitenskapelig grunnlag. Vi tillater oss allikevel å komme med noen kommentarer:

1. Om retningslinjene

Arbeidsgrupper og habilitet

Dnj synes det er pussig at jordmødrene i svangerskapsomsorgen ikke er representert i arbeidsgruppen. Mange jordmødre møter kvinner som har behov for screening for GDM og detaljkunnskaper fra hverdagen i kommunehelsetjenesten ville nok vært en styrke inn i arbeidsgruppen.

2. Bakgrunn

Det virker unødvendig at det refereres til MFR når forekomsten av GDM er så usikker. Det står at forekomsten er firedoblet siden 2000 til 2014, vi kan ikke se at det er grunnlag for en slik uttalelse.

Det refereres til STORK-Groruddalens funn når det gjelder forekomst av svangerskapsdiabetes i en kohort i Groruddalen. Det bør presiseres nøye når dataene kommer fra denne studien, og at navnet brukes i sin helhet etter intensjonen.

Anbefalinger (kapittel i fet skrift (antall anbefalinger i parentes – totalt: 36), underkapittel i <i>kursiv</i> (og	Kommentarer:
--	---------------------

<p><i>nummerert</i>), selve anbefalingene (dvs. overskriften til anbefalingen) i vanlig skrift (kulepunkter): For hvert nivå (kapittel og underkapittel) er det en Bakgrunnstekst – som det kan kommenteres på i rubrikken til høyre</p>	
<p>Kap 2 Bakgrunn (Et Folkehelse- og livsløpsperspektiv på svangerskapsomsorgen i Norge) (kun bakgrunnstekst)</p>	
<p>Kap 3 Den første samtalen i svangerskapet - forebygging av svangerskapsdiabetes og andre komplikasjoner (5)</p>	<p>3. <u>Den første samtalen i svangerskapet</u></p> <p>Det anbefales i retningslinjene pregravid konsultasjon for kvinner med overvekt og fedme. Det kommer ikke tydelig fram i retningslinjene hvordan man ønsker å nå fram til disse kvinnene, ei heller om effekten av informasjon om nødvendigheten av livsstilsendring eller av hvem den er tenkt gjennomført. Tanken er god, for nyere forskning påpeker at pregravid endring vil ha større effekt enn endringer som gjøres i svangerskapet, når det gjelder uheldig påvirkning på barnet.</p> <p>Retningslinjene påpeker at mye skal diskuteres med kvinnene og informeres om i den første svangerskapskontrollen. Det sies ingen ting om når denne kontrollen bør være. Dnj har stor tro på at en tidlig livsstilssamtale med gravide er av stor betydning når det gjelder å avdekke vold, rus, bekymringer, feilernæring og fysisk aktivitet. Og helt åpenbart når det gjelder å kartlegge behov for screening for GDM. Det hadde derfor vært fint om det kunne komme fram i retningslinjene at denne samtalen bør finne sted så tidlig som mulig i svangerskapet, gitt at det ikke har vært en pregravid konsultasjon. Med tidlig samtale mener vi mellom svangerskapsuke 6-8 og 12-14.</p>
<p><i>3.1 Råd om mål for vektøkning til alle og ekstra oppfølging av kvinner med høy BMI</i></p>	<p>3.1 & 3.2</p> <p>Det listes opp tre årsaker til vektøkning i svangerskapet: energi-inntak,</p>

	<p>energiforbruk og fysiologiske forandringer. Genetikk spiller vel også en viktig rolle her? Det viktigste momentet under 3.1 er at de færreste gravide ikke holder seg innenfor anbefalt vektøkning. Det gis gode råd om både kost, vektøkning og fysisk aktivitet – men som tidligere nevnt er dette tidkrevende prosesser som krever tett oppfølging, for mange på individnivå.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Gravide med BMI < 35kg/m²: Mål for vektøkning i svangerskapet 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gravide med BMI > 35kg/m²: Mål for vektøkning i svangerskapet 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gravide med BMI >35 kg/m²: Henvisning til spesialisthelsetjenesten. 	
<p>3.2 Råd om kost og fysisk aktivitet</p>	(Kommentarer til bakgrunnstekst underkap 3.2)
<ul style="list-style-type: none"> • Alle gravide: Konkrete kostråd 	
<ul style="list-style-type: none"> • Alle gravide: Råd om fysisk aktivitet 	
<p>Kap 4 Diagnostikk og tiltak for å finne uoppdaget diabetes og svangerskapsdiabetes (7)</p>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til kap 4)
<p><i>Kap. 4.1 Diagnostikk og oppfølging av hyperglykemi tidlig i svangerskapet</i></p>	<p><u>Diagnostikk og tiltak for å finne uoppdaget svangerskapsdiabetes</u></p> <p>4.1 Ca. 12% av fødende kvinner er i dag under 25 år, og skal etter kriteriene ikke testes, men som det også sies i retningslinjene kan overraskende mange kvinner ha GDM ved normal BMI og i ung alder. Det kommer ikke fram noe sted hvor mange av kvinnene under 25 år som har en BMI > 25, er av utenlands opprinnelse eller har andre kriterier som tilsier at de bør testes for GDM. Spørsmålet er derfor om kanskje alle gravide skal testes for HbA1c, som en generell screening. Ut over dette støtter vi retningslinjene når det gjelder diagnostikk og oppfølging av hyperglykemi tidlig i svangerskapet.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Gravide med risikofaktorer (se nye kriterier) ved 	

første svangerskapskontroll: Tilbud om HbA1c	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med HbA1c > 6.5 % (48 mmol/mol) : Henvi­sing til spesialisthelsetjenesten 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med HbA1c 5.9-6,4 % (41- 46 mmol/mol) tidlig i svangerskapet: Henvi­sing til spesialisthelsetjenesten 	
<i>Kap 4.2 Diagnostiske kriterier for svangerskapsdiabetes</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 4.2)
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiske kriterier for svangerskapsdiabetes 	
<i>Kap 4.3 Hvordan finne kvinner som har svangerskapsdiabetes og diabetes i siste halvdel av svangerskapet og umiddelbare tiltak etter diagnose</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 4.3)
<ul style="list-style-type: none"> • Gravide med økt risiko for svangerskapsdiabetes (se nye kriterier): Glukosebelastning i uke 24-28 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gravide som viser seg å ha diabetes etter glukosebelastning (fastende glukose > 7,0 mmol/l eller 2 timers verdi > 11,1 mmol/l): Henvi­sing til spesialisthelsetjenesten 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes (fastende glukose 5,3-6,9 mmol/l og/eller 2 t-timers glukose 9,0-11,0 mmol/l etter glukosebelastning): Oppstart av behandling 	
Kap 5 Behandling av svangerskapsdiabetes (23)	<p>5. <u>Behandling av svangerskapsdiabetes</u></p> <p>Den norske jordmorforening støtter retningslinjene her, men vil igjen påpeke at problemet er ikke hvilke grenseverdier med vektopp­gang som er hovedproblemet, heller hvordan dette skal etterleves og ikke minst følges opp hos den enkelte gravide kvinne.</p>
<i>Kap 5.1 Sammensatt behandling - overordnede prinsipper</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 5.1)
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes: Behandlingsprinsipper 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes: Opplæring i egenmåling av glukose 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes: 	

Behandlingsmål for fastende og postprandial glukose	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes: Individuelt tilpasset informasjon og støtte 	
<i>Kap 5.2 Råd om kost og fysisk aktivitet og henvisning ved manglende måloppnåelse</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 5.2)
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes: Konkrete kostråd 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes: Kostråd om karbohydratkvalitet og -mengde 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes og fedme: Vektøkning i resten av svangerskapet 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes: Råd om fysisk aktivitet 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes som har fått råd om kost og fysisk aktivitet: Kontrollhyppighet 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med svangerskapsdiabetes som har fått råd om kost og fysisk aktivitet og ikke oppnår behandlingsmålene: Henvisning til spesialisthelsetjenesten 	
<i>Kap 5.3 Medikamentell behandling</i>	5.3 Vi savner kommentarer om oppfølging av barn født av mødre med svangerskapsdiabetes. Det er vel kjent at fostre som er utsatt for GDM er i en risikosone for å utvikle diabetes Type 2 tidligere enn barn født av mødre uten GDM. Hvis man virkelig ønsker å få en helsegevinst ut av forebyggende arbeid når det gjelder forekomst av diabetes på et populasjonsnivå, er dette en viktig målgruppe.
<ul style="list-style-type: none"> Medikamentell behandling av kvinner med vedvarende glukoseverdier over behandlingsmålene etter god opplæring 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med behov for medikamentell behandling: Valg av medikament 	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner med behov for medikamentell behandling: Glibenklamid bør ikke brukes 	

<i>Kap 5.4 Planlegging av postpartum oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 5.4)
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes: Informasjon om høy risiko for diabetes type 2 før fødsel 	
<i>Kap 5.5 Ultralyd, planlegging av fødsel og oppfølging under fødsel ved svangerskapsdiabetes</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 5.5)
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes som følges i <u>primærhelsetjenesten</u>: Henvisning til fødepoliklinikk for vurdering av ultralyd og planlegging av fødsel 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes som følges i <u>spesialisthelsetjenesten</u>: Henvisning fødepoliklinikk for vurdering av ultralyd og planlegging av fødsel 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med medikamentelt behandlet svangerskapsdiabetes: Vurdering for induksjon fra ca 2 uker før termin 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes: Obstetrisk oppfølging under fødsel 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes som bruker medikamentell behandling: Mål for glukosenivå under fødsel 	
<i>Kap 5.6 På sykehuset etter fødsel</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 5.6)
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes umiddelbart etter fødsel: Tilrettelegging for å få ammingen i gang tidlig 	
<ul style="list-style-type: none"> • Nyfødte barn av kvinner med insulinbehandlet svangerskapsdiabetes og/eller barn som er store eller små i forhold til gestasjonsalder: Gjentatte glukosemålinger 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes: Seponering av medikamentell behandling etter fødsel 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner med svangerskapsdiabetes før hjemreise fra fødeklubben: Livsstilsråd og plan for oppfølging hos fastlege etter fødsel 	

<p>Kap 6 Postpartum oppfølging av kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes (1)</p>	<p>Det er vel kjent at svangerskapet kan ses på som en slags «stress test» på helse senere i livet, særlig når det gjelder forekomst av hjerte-kar lidelser. Norsk gyn.forening har nettopp kommet ut med et appendiks om oppfølging av kvinner med pre-eklamsi, noe som virker fornuftig sett i et forebyggende perspektiv.</p> <p>Som det framkommer i retningslinjene er det økt risiko for gjentatt GDM eller utvikling av diabetes kort tid etter svangerskapet. Kvinner som har eller er utsatt for svangerskapsdiabetes kommer ofte innunder gruppen kvinner med metabolsk syndrom, med både forhøyet BT og overvekt/fedme. Den norske jordmorforening synes derfor det kan virke hensiktsmessig å tilby kvinner med tegn på metabolsk syndrom tett oppfølging fortrinnsvis før, men i hvert fall etter svangerskapet. Vi er fullt klar over at dette er krevende både når det gjelder både menneskelig og økonomiske ressurser.</p> <p>For å kunne etterleve nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsdiabetes som er foreslått, og ikke minst ytterligere oppfølging som antydnet over, ser vi at jordmødre vil kunne spille en viktig rolle i et helsefremmende forslag. Jordmødre er utdannet i, og opptatt av, kvinnehelse. Det vil også bli langt billigere å bruke jordmødre til denne type arbeid enn fastleger. På denne måten kan man ansette flere jordmødre i kommunehelsetjenesten, og det vil også gi kommunene mulighet til å etterleve retningslinjer som er gitt for barselomsorg. Ved å sørge for at det er jordmødre i kommunehelsetjenesten som har spesialkompetanse på livsstilsendringer, oppfølging av diabetes og andre metabolske lidelser vil kvinnene få et godt tilbud i sitt nærmiljø og man vil avlaste et allerede sprengt tilbud i spesialisthelsetjenesten</p>
<p><i>Kap 6.1 Planlagt HbA1c 3-4 måneder postpartum, senere årlig og før neste svangerskap</i></p>	<p>(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 6.1)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes 3-4 måneder etter fødsel: Informasjon og tilbud om HbA1c (fremfor peroral glukosebelastning) for å vurdere om kvinnen har diabetes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes: 	

Tilbud om årlig HbA1c	
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes: Tilbud om HbA1c før nytt svangerskap planlegges 	
<i>Kap. 6.2 Livsstilsråd og praktisk støtte til livsstilsendringer</i>	(Kommentarer til bakgrunnstekst til underkap 6.2)
<ul style="list-style-type: none"> Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes: Informasjon om at et sunt kosthold og fysisk aktivitet kan halvere risikoen for diabetes type 2 	
Generelle kommentarer (på formatet/publiseringvisningen, brukervennlighet, språk etc) – og teksten i kap 1 «Om Retningslinjen» (Metode og hvordan lese retningslinjen)	