

# Opfølgning af GDM i almen praksis



## *Et kvalitetsudviklingsprojekt*

Forskningstræningsopgave hold FT 63:

Nikolaj Friis Melgaard

Anne Katrine Wulff Krøjgaard

Marie Krøll Knudsen

Vejleder: Jette Kolding Kristensen

## Indholdsfortegnelse

<b>Indledning .....</b>	<b>3</b>
GDM post partum i almen praksis .....	4
<b>Metode.....</b>	<b>4</b>
Dataindsamling.....	4
Dataanalyse .....	5
Ethiske overvejelser .....	5
<b>Resultater.....</b>	<b>6</b>
<b>Diskussion .....</b>	<b>8</b>
Tekniske udfordringer.....	9
Barrierer for follow-up hos kvinden.....	9
Barrierer hos den praktiserende læge.....	10
<b>Styrker og svagheder.....</b>	<b>11</b>
<b>Perspektivering .....</b>	<b>11</b>
<b>Konklusion.....</b>	<b>12</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>13</b>

# Indledning

Graviditetsbetinget diabetes mellitus (GDM) defineres som glukose intolerance konstateret for første gang under graviditet og debuterende efter 20. svangerskabsuge (1). GDM konstateres i 3-4 % af alle graviditeter og incidensen har været stigende de seneste 10 år (2). Risikofaktorer for udvikling af GDM er familiær disposition, GDM i tidligere graviditeter, tidligere fødsel af stort barn, overvægt, stigende med maternel alder, flerfoldsgraviditet og polycystisk ovariesyndrom. Kvinder med en eller flere af disse risikofaktorer anbefales derfor at blive screenet for GDM under deres graviditet (1). Kvinder der får konstateret GDM er i øget risiko for senere at udvikle type 2 diabetes og studier har vist at op mod 50% udvikler diabetes inden for 10 år efter fødslen (3). De kliniske retningslinjer fra Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi anbefaler derfor, at kvinderne screenes for senere udvikling af diabetes. Ifølge de nuværende retningslinjer bør alle kvinder med GDM få målt HbA1c, samt fastebloodsukker hvis insulinkrævende GDM, 3 måneder post partum, samt HbA1c 12 måneder post partum og efterfølgende med 1-3 års mellemrum.

---

## Faktaboks

### Type 2 Diabetes

- HbA1c  $\geq 48$  mmol/mol
- Venøs plasmagluose  $\geq 11,1$  mmol/l og klassiske symptomer (polyuri, polydipsi, uforklaret væggtab el. gentagne infektioner)
- Faste venøs plasmagluose  $\geq 7,0$  mmol/l
- 2 timers venøs plasmagluose  $\geq 11,1$  mmol/l efter peroral glukose belastning (OGTT)

Diagnosen skal altid bekræftes ved fornyet måling og altid med samme diagnostiske test, som blev anvendt første gang

### Gestationel diabetes (GDM)

- Diabetes opstået i svangerskabet efter 20. Gestationsuge
- Diagnosen stilles ved OGTT og defineres ved glucose  $\geq 9,0$  mmol/l i kapillært fuldblod eller venøst plasma målt med høj kvalitetsmetode (dobbelbestemmelse)

Kilde: [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

## **GDM post partum i almen praksis**

De praktiserende lægers opgave er todelt. De skal motivere og støtte kvinderne før og efter fødslen til at iværksætte livsstilsændringer og fastholde disse med henblik på at mindske risikoen for GDM i senere graviditeter og /eller udvikling af type 2 diabetes senere i livet. US diabetes program har fundet at livsstilsintervention kan reducere risikoen for udvikling af type 2 diabetes med op til 50 %. Herudover skal diagnosen stilles så tidligt som muligt samt relevant behandling iværksættes for at forebygge senkomplikationer såsom kardiovaskulær sygdom, nefropati, neuropati samt øjensygdom (4).

Studier har vist, at en væsentlig andel af kvinderne ikke følger den anbefalede opfølgning. I et studie af Olesen et Al. følges kun 17% af kvinderne efter 4-6 år med HbA1c årligt, hvorimod 80% deltog 3 måneder post partum (5). Disse data er i overensstemmelse med lignende studier på området, f.eks. finder Knudsen et al. at kun 26% af kvinder med GDM kommer til opfølgning både 3 måneder og 12 måneder post partum (6). Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den danske svangreomsorg indeholder en undersøgelse af kvinder 8 uger post partum hos den praktiserende læge, som indbefatter opmærksomhed på tilstande under graviditeten, som har konsekvenser for kvindens eventuelle fremtidige graviditeter og helbred på sigt (7).

Steno Diabetes Center Aarhus har i perioden 1. april 2019 til 1. januar 2023 tilbudt et forløb til kvinder med GDM i op til 5 år efter fødslen. Forløbet indeholdt bl.a. kontrol af blodsukker, kliniske kontroller og diætist samtaler. Disse forløb tilbydes ikke længere (8).

Vi vil i nærværende studie undersøge om guidelines for post partum opfølgning af kvinder med GDM følges i 3 lægehuse i Region Midtjylland. Helt konkret vil vi undersøge om der bliver taget blodprøve på baggrund af GDM 3 måneder, 1 år og mellem 1 og 5 år post partum. Vi vil forsøge at belyse eventuelle barrierer for opfølgningen. Slutteligt vil vi give vores bud på konkrete tiltag, der kan øge kvaliteten af opfølgningen på GDM i almen praksis.

## **Metode**

### **Dataindsamling**

Nærværende studie er et kvalitetssikringsprojekt baseret på data fra 3 lægeklinikker i Region Midtjylland. Praksis A er en klinik med 3 ydernumre, 4956 patienter og 4 læger i kompagniskab; Praksis B er en klinik med 3 ydernumre, 4823 patienter og 2 læger i kompagniskab; Praksis C er en klinik med 2 ydernumre, 3217 patienter og 2 læger i kompagniskab.

Til dataindsamlingen søgte vi i de respektive klinikers journalsystem. To af de tre klinikker benyttede Clinea, den sidste klinik benyttede XMO.

*I Clinea brugte vi denne fremgangsmåde:*

*”Statistik”-modulet → ny skabelon → følgende parametre lægges ind i skabelon GDM (Modul : Diagnose (ICPC), Modul : Patient (CPR, Fornavn, Efternavn, Art)) → Fjern CPR-dupletter → Art (egen) → ICPC (W85).*

*I XMO brugte vi denne fremgangsmåde:*

*”Statistik”-modulet → Patientdata: Stamdata → Journal → Diagnosekode W85+ICD10 0244D → “Kør”*

Data blev trukket d 18/9 2024.

Vi har ekskluderet de kvinder med GDM, som endnu ikke har født eller har født for under 3 måneder siden samt de kvinder som har skiftet læge mindre end 1 år efter fødslen.

Blodprøverne er manuelt fremsøgt i webreqs laboratoriesvarportal samt i journalsystemets laboratoriesvar for at sikre, at der fremkommer data fra både hospitaler og praksis.

Vi har noteret følgende data om patienterne: Paritet og alder ved GDM-diagnosticering, måned og år for fødsel samt om der er målt HbA1c/OGTT 3 måneder post partum, HbA1c inden for 1 år og inden for de efterfølgende 4 år post partum. Vi har lavet journalopslag for at identificere årsag til blodprøvetagning f.eks. om den er taget som led i udredning af anden sygdom eller som del af en årskontrol for kendt kronisk lidelse. Derudover har vi for hver enkelt patient noteret om GDM-diagnosen fremgår tydeligt på enten stamkort eller i resumé i journalen. Vi har undersøgt om kvinderne udviklede diabetes i kontrolperioden og blev sat i relevant behandling. Ydermere har vi undersøgt, om der foreligger instrukser for opfølgning på GDM i praksis samt om GDM er en del af frasen til 8 ugers undersøgelsen.

## **Dataanalyse**

På grund af et lille datagrundlag har vi behandlet vores resultater deskriptivt.

## **Etiske overvejelser**

Da der er tale om et kvalitetssikringsprojekt og vi kun har brugt data fra vores egen praksis i anonymiseret form, er projektet i overensstemmelse med GDPR-reglerne og vi har derfor ikke søgt om tilladelse til projektet ved videnskabsetisk komite, ligesom der ej heller kræves informeret samtykke fra patienterne.

# Resultater

Tabel 1 er en fremstilling af de tre klinikker.

<b>Tabel 1</b>	Praksis A	Praksis B	Praksis C
Antal patienter tilmeldt praksis N	4956	4823	3217
Antal kvinder tilmeldt praksis n	2596 (52%)	2432 (50%)	1451 (45%)
Antal kvinder < 40 år tilmeldt praksis n	1244 (25%)	1024 (21%)	533 (17%)
Fastansatte læger	4	3	2
• <b>Kvindelige</b>	2	3	0
• <b>Mandlige</b>	2	0	2
Elektronisk patientjournalssystem	EG Clinea	EG Clinea	XMO
Antal patienter med GDM	12	9	13
Hvor ofte er GDM noteret i resume el. stamkort n /antal GDM	1/13 (8%)	4/9 (44%)	3/13 (23%)
Indeholder 8 ugers PP frase GDM?	Nej	Ja	Nej
Findes der instruks om GDM i praksis?	Nej	Nej	Nej

Ved vores dataudtræk har vi identificeret 35 kvinder med GDM, som har født for mere end 3 måneder siden (Tabel 2).

<b>Tabel 2</b>		Praksis A	Praksis B	Praksis C	Samlet praksis ABC
Kvinder med GDM	N	13	9	13	35
HbA1c/OGTT efter 3 mdr.	n (n/N)	9 ( 9/13, 69%)	3 (3/9, 33%)	4 (4/13, 30%)	16 (16/35, 47%)
HbA1c indenfor 1 år	n (n/N)*	8 (8/13, 62%)	5 (5/9, 56%)	4 (4/12, 33%)	17 (17/34, 50%)
HbA1c inden for 1-5 år	n (n/N)**	8 (8/11, 73%)	8 (8/9, 89%)	5 (5/11, 62%)	21 (21/31, 75%)
GDM som årsag til blodprøve	n				
• <b>ved 3 mdr</b>		9 (100%)	3 (100%)	4 (100%)	16 (47%)
• <b>ved 1 år</b>		4 (50%)	5 (100%)	2 (50%)	11 (32%)
• <b>ved 1- 5 år</b>		2 (25%)	6 (75%)	2 (40%)	10 (36 %)

\* Kvinder der har født for under 1 år siden på datasamlingstidspunkt indgår ikke i opgørelsen

\*\* Kvinder der har født for under 5 år siden på dataindsamlingstidspunktet indgår ikke i opgørelsen

Vores resultater viser, at der ved 3 måneders kontrol er stor variation blandt de tre klinikers opfølgning. I praksis A bliver 69 % af kvinderne kontrolleret ved den første screening, i praksis B er dette 33 % og i praksis C 30 %. Blodprøverne efter 3 måneder er alle taget på baggrund af en GDM-diagnose (100 %).

1 år post partum er der i praksis A 62 %, i praksis B 56 % og i praksis C 33 % af kvinderne, der får målt HbA1c. Efter 1 år er andelen som får målt HbA1c på baggrund af GDM 100% i praksis B, mens det i praksis A og C er 50 %.

I perioden 1 til 5 år post partum er der i praksis A 73 %, i praksis B 89 % og i praksis C 62 % der får målt HbA1c, men færre af kvinderne får dem taget baggrund af GDM hhv. 25 %, 75 % og 40 %. (Tabel 2)

Kvinder der har født for under 1 år siden og som endnu ikke har fået taget en kontrol blodprøve indgår ikke i data for 1 års opfølgning. Det samme gør sig gældende for de kvinder der har født for mindre end 5 år siden, da de fortsat har mulighed for at få taget en blodprøve indenfor follow-up perioden.

Ingen af de identificerede kvinder har i opfølgningsperioden fået konstateret diabetes (Tabel 3)

<b>Tabel 3</b>	N	HbA1c målt pga.	HbA1c målt af	Diabetes diagnose
		GDM indenfor 5 år n	anden årsag n	n
<b>Kvinder med GDM</b>	35			
<b>Alder</b>				
< 25 år	2	1 (50%)	0 (0%)	0 (%)
26-35 år	25	16 (64%)	5 (20%)	0(%)
> 36 år	8	5 (63%)	2 (25%)	0(%)
<b>Paritet</b>				
1	15	12 (80%)	3 (20%)	
2	15	10 (67%)	0 (0%)	
3	3	1 (33%)	2 (67%)	
4	2	0 (0%)	2 (100%)	

På baggrund af dette begrænsede datasæt ser det ikke ud til at alder har en betydning for, om kvinderne deltager i kontrollen på baggrund af GDM. Af kvinder under 25 år får 50% målt HbA1c grundet GDM, for kvinder mellem 26 og 35 år, som udgør den største del af kvinderne, kommer 64 % af kvinderne til blodprøvekontrol grundet GDM og for kvinder over 35 år har 63% fået en blodprøve på baggrund af GDM.

Når vi ser på paritet ser vi en tendens til, at antallet af fødsler har en betydning for sandsynligheden for at man kommer til follow-up. Med forbehold for at vores datasæt er begrænsede ses der en stor forskel i andelen af kvinder, som kommer til kontrol, når man går fra to (67 %) til tre fødsler (33 %). (Tabel 3)

## Diskussion

Data fra vores kvalitetsudviklingsprojekt viser, at opfølgningen post partum af kvinder med GDM i 3 klinikker i Region Midtjylland ikke følger anbefalingen tilstrækkeligt. Vi fandt, at 47% af kvinderne får kontrolleret HbA1c/OGTT 3 måneder efter fødslen og at dette altid er med baggrund i GDM. Derudover fandt vi at 75 % af kvinderne på et tidspunkt i perioden mellem 1-5 år post partum får målt deres HbA1c, men kun 36% af disse kontroller er med baggrund i GDM, hvorimod de resterende skyldes andre kroniske sygdomme, årskontroller eller er taget som led i udredning af anden sygdom (Tabel 2). Flere danske studier har undersøgt deltagelsen i den anbefalede follow-up af GDM post partum. Olesen et al. (5) finder at 80% af kvinderne i deres studie kommer til 3 måneders kontrol, hvorimod Knudsen et al.(6) finder en deltagelse på 44%. Der er dermed stor variation i studierne resultater. Vi finder at 69 % af kvinderne i praksis A kommer til første follow-up, hvorimod kun 33 og 30 % undersøges i hhv. praksis B og C. Således er der både i litteraturen og i vores studie stor forskel på andelen af kvinder, som deltager i 3 måneders opfølgning.

Ydermere finder vi at deltagelsen falder over tid, idet andelen af kvinder, som får målt HbA1c som led i GDM-opfølgning indenfor 1-5 år falder til 36 %, når vi ser på de 3 klinikker samlet. En faldende tilslutning til opfølgning genfindes i studiet af Olesen et al. (5), som fandt at kun 17 % fortsat fulgte opfølgningen efter 4-6 år. Vores relativt høje deltagelse sammenlignet hermed, er dog primært drevet af praksis B, som også er den eneste praksis, hvor GDM indgår som frase i 8 ugers undersøgelsen og hvor diagnosen oftere fremgår af stamkort/resume i journalen (tabel 1). Dette tyder på, at en mere systematisk tilgang til opfølgningen øger chancen for at anbefalinger for follow-up bliver fulgt.



## Tekniske udfordringer

GDM diagnosen er i de 3 klinikker sjældent anført på patientens stamkort eller resumé. Det kan skyldes flere faktorer. Når kvinder får stillet diagnosen GDM i almen praksis henvises de til den lokale obstetriske afdeling, hvor de følges og behandles under resten af graviditeten (9). I vores kvalitetssikringsprojekt i de 3 klinikker har vi observeret, at der kan være en udfordring ved denne sektorovergang. Da den praktiserende læge ikke er direkte involveret i behandlingen af GDM, er der muligvis mindre opmærksomhed på, at registrere GDM diagnosen på stamkortet. Der synes også at være diskrepans mellem de to anvendte journalsystemer, i forhold til om diagnosekoden bliver overført fra epikrisen direkte til journalen/stamkortet. Derudover kræver det, at diagnosekoderne registreres korrekt fra hospitalets side, hvilket ikke altid er tilfældet. Disse udfordringer kan vanskeliggøre follow-up, idet man ikke er opmærksom på diagnosen. En systematisk arbejdsgang i forhold til registrering af GDM diagnose til stamkort ved konstatering af GDM samt overførsel af diagnosen fra hospitalsepikrisen til journalen synes derfor at være essentiel for at identificere kvinder, der skal tilbydes follow-up.

## Barrierer for follow-up hos kvinden

Forebyggelse og tidlig opsporing af diabetes kan have afgørende betydning for den enkelte kvindes helbred og derfor er det vigtigt at undersøge de mulige barrierer for kvindernes follow-up.

En barriere kan skyldes forhold hos kvinden. Et studie af Nielsen et al (10) fandt, at kvinderne interesserer sig for deres helbred og finder follow-up vigtig, men at de ikke fik det prioriteret i en travl hverdag med små børn. Dette synes vores data at støtte, idet vi ser at deltagelsen falder med stigende paritet (tabel 3). Vi finder, at kvinder der får stillet GDM-diagnosen i første graviditet har en bedre deltagelse i follow-up, idet 80 % får målt HbA1c i løbet af de 5 år post partum, hvorimod kun 33 % og 0 % får fulgt op når GDM-diagnosen stilles efter hhv. 3. og 4. barn. I et studie af Nielsen et al, som ser på effekten af en elektronisk reminder (12) finder de en tendens til, at de yngste kvinder ikke deltager i lige så høj grad som de ældre kvinder. En mulig forklaring er, at de yngre kvinder < 25 år ikke tror de er i risiko for at udvikle diabetes. Det genfinder vi ikke i vores data (tabel 3), når vi inddeler kvinder med GDM efter alder, men grundet studiets begrænsede størrelse er det dog svært at konkludere noget.

Tidligere anbefalede man OGTT ved 3 måneders follow-up, hvorimod nuværende anbefalinger er måling af HbA1c og at supplere med fastebloodsukker hos de kvinder, der fik insulin under graviditeten. OGTT er tidskrævende og kan være forbundet med et vist ubehag for kvinden, hvilket er vist at være en barriere for deltagelse i follow-up (4). I vores studie kommer 75% af

kvinderne indenfor 1-5 år post partum hos deres praktiserende læge og får taget en blodprøve indeholdende HbA1c, tydende på at en blodprøvetagning i sig selv ikke er en barriere for kvinderne. Vi ser at kvinder fremmøder når de ønsker udredning af symptomer eller kontrol af eksisterende sygdomme, hvorimod screening kan være en barriere, idet man her undersøger raske asymptomatiske kvinder.

Stigmatisering er også belyst som en mulig barriere for follow-up i et review af Davidsen et al (11). Kvinder har i interviews angivet, at de har mange negative oplevelser forbundet med GDM i relation til deres graviditet. De kan føle sig "dømt" af de sundhedsprofessionelle og føler skyld og skam forbundet med GDM-diagnosen. De føler sig overvåget af de sundhedsprofessionelle og deres egne familier, og oplever generelt en stor mistillid. Denne form for stigmatisering vurderes også at have en betydning for, at nogle kvinder undgår follow-up post partum.

## **Barrierer hos den praktiserende læge**

Der synes også at være forhold hos de praktiserende læger, som kan være af betydning for deltagelsen i follow-up. Studiet af Hyldgaard et al (12) finder, at de praktiserende læger kan have begrænset viden om livstidsrisikoen for diabetes efter GDM. Herudover mente nogle læger at guidelines stred imod deres egen faglige overbevisning og andre mente at ansvaret for at huske kontrollerne skulle ligge hos kvinden. Der kunne også identificeres modstand mod follow-up hos klinikken pga. stigende arbejdsmængde og behov for en prioritering af de tilgængelige ressourcer. Vi har ikke undersøgt holdningen til follow-up hos lægerne i de 3 klinikker, men vi har set forskelle i organiseringen omkring follow-up, hvilket kan være et udtryk for hvordan det bliver prioriteret (Tabel 1). I praksis B har man valgt at have GDM med i frasen ved 8 ugers undersøgelsen post partum, ligesom man i denne praksis kan se en tendens til at flere kvinder får GDM noteret i deres resume/stamkort. Ingen af de 3 klinikker har en instruks for håndteringen af GDM post partum. Nielsen et al (13) finder at en systematisk tilgang til opgaven kan medføre øget jobtilfredshed og nedsætte stress. Man kan også overveje om kønsfordeling blandt de faste læger kan have en betydning for, hvordan GDM-opfølgning bliver prioriteret. Der er udelukkende kvindelige faste læger i praksis B, hvor der ser ud til at være et større fokus på GDM. De praktiserende lægers køns betydning for kønsrelaterede sygdomme er undersøgt i en lidt ældre artikel af Chambers et al (14). De har fundet, at de kvindelige læger tog sig mere af de kvindelige patienters problemstillinger. Ydermere har et studie af Berthold et al vist, at lægens køn har betydning for kvaliteten af behandlingen af patienter med type 2 diabetes (15).

Selvom incidensen af GDM er stigende (16) og at 3-4 % af alle graviditeter kompliceres af GDM er det fortsat forholdsvis få patienter med GDM, den enkelte praktiserende læge ser i sin praksis. Risikoen for at udvikle diabetes inden for 10 år efter en graviditet med GDM er omkring 50

% (3). Ingen af de 35 kvinder, vi har inkluderet i vores studie, har fået konstateret diabetes (tabel 3). Det kan derfor for den enkelte læge opleves, at være et mindre klinisk problem, hvilket kan medføre at risikoen undervurderes og at opgaven med at screene ikke prioriteres.

## Styrker og svagheder

Det er en styrke i vores kvalitetssikringsprojekt, at vi kigger på GDM opfølgning ud fra klinikernes egne data, fordi det kan belyse svagheder i de enkelte klinikkers organisering af GDM follow-up. Ydermere er det en styrke, at vi har kunnet lave journalopslag mhp. at sikre årsagen til at HbA1C er målt, hvilket vi ikke har fundet beskrevet i andre studier.

Vores studie er begrænset af et lille datasæt, og vi kan derfor ikke udtale os om, hvordan GDM guidelines for follow-up følges generelt i almen praksis. Vi kan kun se hvordan det reelt ser ud i de 3 klinikker i Region Midtjylland. Selvom vi ser på forholdene i et mikroperspektiv, kan vores fund formentlig også overføres til et større perspektiv.

Vi har ikke kunnet identificere data som BMI, etnicitet, socioøkonomisk status og ressourcer hos den enkelte kvinde, hvilket er en klar svaghed, da disse faktorer har vist sig at have en betydning for kvindernes deltagelse i GDM follow-up (17).

Som omtalt i afsnittet om tekniske udfordringer, er det muligt at ikke alle kvinder har fået anført GDM diagnosekoden i deres journal, dette kan betyde vi ikke har fanget alle kvinder med tidligere GDM i vores datatræk.

## Perspektivering

Vores studie peger på, at organisering og struktur for follow-up har betydning for kvindernes compliance. En systemiseret tilgang til GDM follow-up vil være til gavn for både patienter og læger. Et studie af praktiserende lægers holdning til systematisk GDM follow-up (13) finder at de fleste læger er positive over for denne tilgang, idet de mener at det giver bedre mulighed for at træffe de rette kliniske vurderinger, øger arbejdsglæden og mindsker stress.

Flere studier har undersøgt, hvordan man kan øge tilslutningen til follow-up af kvinder med GDM. Nielsen et al. (12) har fundet at elektroniske påmindelser øger tilslutningen til follow-up. Ydermere har et studie af Nielsen et al. (10) belyst, at det også er et ønske fra kvinderne at modtage en påmindelse mhp. at øge compliance. På baggrund af vores undersøgelse finder vi det relevant at man undersøger, hvordan man kan indføre dette i almen praksis.

Ud fra ovenstående har vi følgende forslag til anbefalinger, som vi tænker er implementerbare og mindst ressourcekrævende:

1. Anføre diagnose på en struktureret måde i journalens stamkort/resume (eksempelvis ved diagnose og modtagelse af fødselsepikrise)
2. GDM follow-up skal være en del af 8 ugers undersøgelsen post partum. Vi foreslår derfor, at man har en frase ved denne undersøgelse, at GDM bliver en del af denne frase samt at der bliver informeret om GDM follow-up. Man kan desuden planlægge måling af HbA1c hos kvinden ifm. 3 måneders vaccination af barnet.
3. At der i praksis er en instruks for håndtering af GDM follow-up. Eventuelt indeholdende klare retningslinjer for follow-up og hvilken information der gives til kvinderne.

## Konklusion

Vi har i nærværende studie undersøgt opfølgningen af kvinder med GDM i 3 klinikker i Region Midtjylland. Vi har fundet nedsat compliance til GDM-opfølgning, forskel på struktureringen i de enkelte klinikker samt forsøgt at belyse potentielle barrierer for opfølgning på GDM både blandt kvinderne selv samt hos de praktiserende læger. Vi er kommet med konkrete forslag til, hvordan man kan øge tilslutningen til GDM-opfølgningen, men det vil kræve studier på området at konkludere om det vil have en egentlig effekt i praksis.

# Litteraturliste

1. "DSOG." [www.dsog.dk/obstetrik](http://www.dsog.dk/obstetrik) - Gestationel diabetes mellitus (GDM) - Screening og diagnose (2023) (Afventer behandling i Sundhedsstyrelsen) - Gestationel diabetes mellitus (GDM) – behandling, obstetrisk kontrol og post partum opfølgning (2023).
2. "Type 2-diabetes - opfølgning og behandling." *Dansk Selskab for Almen Medicin*, <https://www.dsam.dk/vejledninger/type2/bilag>. Accessed 23 September 2024.
3. "Gestationel diabetes (GDM) - Lægehåndbogen på sundhed.dk." *Sundhed.dk*, 4 July 2024, <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/risikofaktorer-i-svangerskabet/gestationel-diabetes-gdm/>. Accessed 23 September 2024.
4. "Gestationel diabetes mellitus (GDM) – behandling, obstetrisk kontrol og post partum opfølgning." *Dansk Endokrinologisk Selskab*, [https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/gestationel-diabetes-mellitus-gdm/#\\_Toc161934028](https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/gestationel-diabetes-mellitus-gdm/#_Toc161934028). Accessed 23 September 2024.
5. Olesen CR, Nielsen JH, Mortensen RN, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Overgaard C. "Associations between follow-up screening after gestational diabetes and early detection of diabetes--a register based study." *BMC Public Health*, 2014.
6. Knudsen LL, Knorr S, Prange SK, Wolff C, Nørgaard H, Torp AM, Madsen LR, Mortensen L, Thomsen HH, Sørensen LP, Ovesen PG, Fuglsang J, Kampmann U. "Clinical and Metabolic Characterization of Women With Gestational Diabetes Mellitus Within the First Year Postpartum." *J Endocr Soc.*, 2024.
7. "Anbefalinger for svangreomsorgen." *Sundhedsstyrelsen*, 1 September 2022, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Anbefalinger-for-svangreomsorgen>. Accessed 23 September 2024.
8. "Gestationel diabetes mellitus." *Sundhed.dk*, 4 October 2021, <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/t-endokrinologi-metabolik-ernaering/gestationel-diabetes-mellitus/>. Accessed 23 September 2024.
9. "Graviditetsdiabetes (GDM) - en guide til dig." *Aarhus Universitetshospital*, <https://www.auh.dk/patientvejledninger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-fodselsbarsel/graviditetsdiabetes-gdm-en-guide-til-dig/>. Accessed 26 September 2024.
10. Nielsen JH, Olesen CR, Kristiansen TM, Bak CK, Overgaard C. "Reasons for women's non-participation in follow-up screening after gestational diabetes. Women Birth." *Women Birth*, 2015.

- 11, Emma Davidsen, Helle Terkildsen Maindal, Morten Hulvej Rod, Kasper Olesen, Molly Byrne, Peter Damm, Karoline Kragelund Nielsen\*. "The stigma associated with gestational diabetes mellitus: A scoping review." *Lancet*, 2022.
- 12, Jane Hyldgaard Nielsen, Kirsten Fonager , Jette Kolding Kristensen , Charlotte Overgaard. "Effect of an electronic reminder of follow-up screening after pregnancy complicated by gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial." *BMC Public Health*, 2023.
- 13, Jane Hyldgaard Nielsen , Kirsten Fonager , Jette Kolding Kristensen , Charlotte Overgaard. "Follow-up after gestational diabetes: a qualitative study of perspectives from general practices." *BJGP Open*, 2022.
- 14, R Chambers and I Campbell. "Gender differences in general practitioners at work." *Br J Gen Pract.*, 1996.
- 15, Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn KP, Böhm M, Krone W. "Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care." *J Intern Med.*, 2008.
- 16, Jeppesen C, Maindal HT, Kristensen JK, Ovesen PG, Witte DR. "National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among Danish women from 2004 to 2012." *Scand J Public Health.*, 2017.
17. Karoline Kragelund Nielsen, Anil Kapur, Peter Damm, Maximilian de Courten, Ib Christian Bygbjerg "From screening to postpartum follow-up - the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review." *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014.