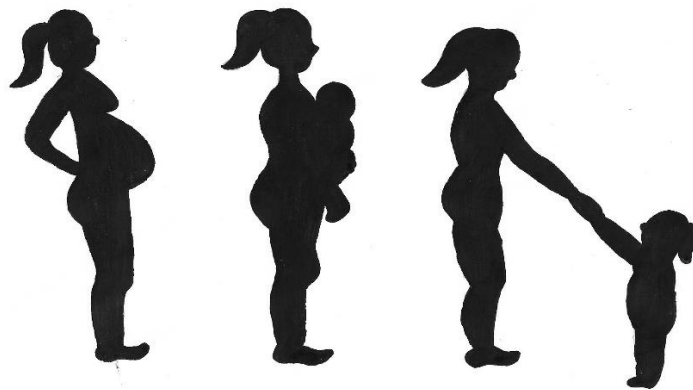




# Et sammenhængende patientforløb

Et forslag til en forstærket forebyggende indsats af Type 2 Diabetes Mellitus efter Gestationel Diabetes



**18gr10323:**

**Anna Camilla Ottesen**

**Rikke Larsen**

**Stine Nørgaard Plougmann**

**Vejleder: Charlotte Overgaard**  
**Kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab**  
**4. Semester – Speciale**  
**Antal anslag: 287.400**  
**Referencesystem: Vancouver**  
**Afleveret 07.06.2018**

## Resume

**Baggrund:** Kvinder med tidligere Graviditetsbetinget Diabetes Mellitus (GDM) er i øget risiko for at udvikle Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM). Det anbefales, at denne gruppe af kvinder deltager i screening hos praktiserende læge, samt foretager livsstilsændringer mhp. at udsætte eller undgå udvikling af T2DM. Det er dog kun få kvinder som deltager i screeninger og livsstilsinterventioner hvilket bl.a. kan skyldes, at kvinderne oplever manglende sammenhæng og sundhedsprofessionel støtte i overgangen mellem sekundær og primær sektor. En årsag hertil findes i den manglende sammenhæng mellem kvindernes forløb med GDM og det rutinemæssige svangreomsorgsforløb.

**Formål:** Specialets formål er, at bidrage med et forslag der kan medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM, gennem en forbedring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM.

**Metode:** Specialet tager afsæt i en hermeneutisk tilgang, hvor problemformuleringen søges besvaret ud fra et litteraturstudie og kvalitative interviews. Litteraturstudiet søger viden omkring hvilke tiltag der er effektive til at sikre sammenhængende patientforløb mhp. at forstærke indsatsen for at forebygge T2DM hos kvinder med tidligere GDM. Dette har til formål at afdække evidensen indenfor feltet. Gennem kvalitative interviews med eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb søges der gennem deres oplevelser svar på, hvilke faktorer de oplever har betydning for kvindernes manglende oplevelse af sammenhæng, samt hvordan de oplever at dette kan forbedres.

**Resultat:** Af litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse fremkommer det, at tværsektorielt deling af information mellem sektorer, en sundhedsprofessionel relation i overgangen mellem sektorer, samt et koordineret og tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer er centrale elementer for at skabe et sammenhængende patientforløb, hvilket skal medtænkes som et led i at forstærke den forebyggende indsats af T2DM.

**Konklusion:** Det kan hermed konkluderes at en forandring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, som et led i at forstærke indsatsen for forebyggelse af T2DM kan tage afsæt i følgende punkter: *Etablering af tværfaglige samarbejdsaftaler og koordinationsgrupper* mhp. en struktur, der tydeliggør mål, ansvar og behandlinger. *Samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i kvindernes postpartum forløb*, der inddrager sundhedsplejersken og sygeplejersken i almen praksis mhp. en indsats, der tager højde for kvindens ønsker, behov og muligheder, samt sikrer at kvinden tilknyttes en mere langsigtet relation til sygeplejersken. *Forbedret informationsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle*, enten gennem en ændring i de elektroniske patientjournaler, eller gennem en forbedring af det eksisterende system til vidensdeling mellem sundhedsprofessionelle og sektorer.

Det findes dog at der bør udføres mere forskning indenfor området hvor der er mulighed for at teste de fremsatte forandringsforslag i en mindre målestok, f.eks. i en mindre kommune for at se om der er grundlag for implementering i en større skala.

## Abstract

**Background:** Women, who previously have had GDM, is at increased risk of developing T2DM. It is recommended that this group of women participates in screening at their general practitioner, as well as change their lifestyle to prevent T2DM. Only few women participate in screening and lifestyle interventions, due to an experience of a lack of continuity of care as well as a lack of healthcare support in the transition between the secondary and primary sectors. This is caused by lack of continuity between the women's care for GDM and routine obstetric care.

**Purpose:** The purpose of this study is to contribute with a proposal that can contribute to reinforce the prevention of T2DM through an improvement in the continuity of care of women with previous GDM.

**Method:** Based on a hermeneutic approach, the hypothesis of the study is answered by a literature study and qualitative interviews. The literature study provides evidence about what is effective to ensure continuity of care, and hereby strengthen the prevention of T2DM. Qualitative interviews are used to collect knowledge about, what health professionals in the women's routine obstetric care careers believe can contribute to the lack of continuity of care how this can be improved.

**Results:** The qualitative study, supplemented by the literature study reveals, that sharing of information between sectors, a health professional relationship in the transition between sectors, and coordinated and interdisciplinary cross-sectoral collaboration are key elements in continuity of care, which contributes to reinforcing the prevention of T2DM.

**Conclusion:** A change in the continuity of care to women with former GDM, as part of reinforcing the prevention of T2DM, can be based on the following points: *establishment of interdisciplinary cooperation agreements and coordination* groups to establish a structure that clarifies goals, responsibilities and treatments. *Collaboration between health professionals in the continuity of postpartum care of women* involving the healthcare practitioner and the nurse in general practice, in an effort that considers, what the women wishes, what she needs and the opportunities, and hereby ensure that the woman have a long-term relationship with the nurse. *Improved sharing of information between sectors and health professionals*, either through a change in electronic patient records, or through an improvement of the existing system of knowledge sharing between health professionals and sectors.

However, more research in the field should be carried out, to test the proposed changes on a smaller scale, for example in a smaller municipality to see if there is a basis for implementation on a larger scale.

## Indhold

1. Initierende problem .....	1
2. Problemanalyse .....	2
2.1 Behov for forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM.....	2
2.2 GDM som risikofaktor for udvikling af T2DM.....	2
2.3 Ansvar for forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM .....	4
2.3.1 Manglende kommunale forebyggende tilbud til kvinder med tidligere GDM.....	4
2.3.2 Ansvar for egen sundhed .....	6
2.4 Faktorer for kvindernes manglende deltagelse i screening og livstilsinterventioner .....	8
2.4.1 Usikkerhed i overgangen mellem primær og sekundær sektor .....	8
2.4.2 Manglende integration af det rutinemæssige svangreomsorgsforløb og kvindernes GDM forløb .....	9
2.4.3 Kvindernes forandrede hverdagsliv.....	11
2.5 Forstærkende faktorer for kvindernes deltagelse i livstilsinterventioner .....	13
2.6 Ethiske overvejelser ift. forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM .....	14
2.7 Utilsigtede konsekvenser af forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM.....	15
2.8 Afgrænsning .....	17
3. Specialets formål .....	19
4. Problemformulering.....	19
5. Forskningsspørgsmål .....	19
5.1 Forskningsspørgsmål 1.....	19
5.2 Forskningsspørgsmål 2.....	19
5.3 Begrundelse for valg af forskningsspørgsmål .....	19
6. Metode .....	21
6.1 Specialets struktur .....	21
6.2 Specialets overordnede videnskabsteoretiske position .....	21
6.3 Begrundelsesformer .....	24
6.4 Begrebsafklaring af "Et sammenhængende patientforløb" .....	24
6.4.1 Kerneområder .....	25
6.4.2 Tre typer af kontinuitet i omsorgen.....	26
6.5 Litteratursøgning .....	29
6.5.1 Indledende systematiske litteratursøgning.....	29
6.6 Systematisk litteraturstudie .....	29
6.6.1 Fokusering af forskningsspørgsmålet ved anvendelse af PICO.....	31
6.6.2 Søgeord .....	31
6.6.3 Databaser .....	33
6.6.4 In- og eksklusionskriterier .....	34
6.6.5 Udvælgelse af litteratur .....	34

6.6.6	Kvalitetsvurdering af litteratur.....	36
6.6.7	Afrapportering af resultater.....	37
6.7	Kvalitativt interview.....	38
6.7.1	Filosofisk Hermeneutik tilgang til kvalitative interview.....	38
6.7.2	Udvælgelse af informanter.....	40
6.7.3	In- og eksklusionskriterier for informanter.....	41
6.7.4	Rekruttering af informanter.....	42
6.7.5	Interviewform.....	42
6.7.6	Interviewguide.....	44
6.7.7	Interviewspørgsmål.....	45
6.7.8	Udførelse af interview.....	46
6.7.9	Pilottest.....	47
6.7.10	Transskribering af interview.....	48
6.7.11	Etiske overvejelser.....	48
6.7.12	Analysestrategi.....	50
6.7.13	Kvalitetsvurdering.....	53
7.	Resultater.....	55
7.1	Litteraturstudie.....	55
7.1.1	Resultatmatrix.....	55
7.1.2	Resultatpræsentation af studier.....	57
7.1.2	Analyse og fortolkning.....	62
7.2	Kvalitative interview.....	64
7.2.1	Resultatfremstilling.....	64
7.2.2	Analyse og fortolkning.....	67
8.	Diskussion.....	86
8.1	Resultater.....	86
8.1.1	Informationskontinuitet.....	86
8.1.2	Relationskontinuitet.....	89
8.1.3	Forløbskontinuitet.....	91
8.1.4	Forslag til en ændring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM.....	93
8.1.5	Implementering.....	96
8.1.6	Evaluering.....	98
8.1.7	Etiske overvejelser omkring ændring af kvindernes patientforløb.....	99
8.2	Metode.....	101
8.2.1	Litteraturstudie.....	101
8.2.2	Kvalitative interview.....	104
8.2.3	Samlet vurdering af specialets kvalitet.....	107
9.	Konklusion.....	109

10. Referencer.....	111
11. Bilag .....	121
11.1 Bilag 1 Struktureret afsøgning af 98 danske kommuners hjemmesider .....	121
11.2 Bilag 2 Søgebilag.....	142
11.2.1 Indledende systematiske litteratursøgning.....	142
11.2.2. Systematisk litteraturstudie .....	143
11.2.3 Valg af databaser .....	143
11.2.4 Begrundelse for valg af in- og eksklusionskriterier .....	145
11.2.5 Søgestrategi.....	145
11.2.6 Dokumentation af søgeresultater .....	156
11.3 Bilag 3 kvalitetsvurdering af studier .....	181
11.4 Bilag 4 Informationsbrev.....	188
11.5 Bilag 5 Interviewguide .....	190
11.6 Bilag 6 Transskriberingsguide .....	193
11.7 Bilag 7 Samtykkeerklæring .....	194
11.8 Bilag 8 Skema over operationalisering af meningsbærende enheder .....	195
11.8.1 Tema 1: Manglende informationsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle	195
11.8.2 Tema 2: Praktiserende læge som tovholder.....	201
11.8.3 Tema 3: Sundhedsprofessionelle ressourcer som faktor for et sammenhængende patientforløb .....	204
11.8.4 Tema 4: Barrierer for forandring af patientforløbet .....	222
12. Tabel- og figuroversigt.....	234

## 1. Initierende problem

Graviditetsbetinget sukkersyge også kaldet Gestationel Diabetes Mellitus (GDM), defineres som nedsat sukkertolerance<sup>1</sup>, der opstår i graviditeten. Efter fødslen normaliseres tilstanden i de fleste tilfælde inden for de første dage, men kvinderne vil efterfølgende have øget risiko for at udvikle Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) (1). Uopdaget eller ubehandlet T2DM kan forårsage senkomplikationer, herunder diabetiske øjenssygdomme, nyresvigt, hjerte-kar-lidelser og slagtilfælde, hvilket øger mortaliteten hos de, der får T2DM (2). En dansk undersøgelse viser, at 40% af kvinder, som har haft GDM, udvikler T2DM inden for 10 år efter fødslen af deres barn, hvilket er tre gange så højt som i baggrundspopulationen af kvinder på 30-60 år (3). Fødedygtige kvinder befinder sig aldersmæssigt i gruppen 15-49årige (4), hvormed kvinder med GDM vil tilhøre den yngre del af befolkningen. Dette kan medføre, at kvinderne skal leve flere år med senkomplikationer, hvormed kvindernes risiko for at miste raske leveår øges. Danske kvinder med GDM følges tæt under graviditeten og efter endt graviditet anbefales, at de deltager i screeningsforløb hos praktiserende læge mhp. at mindske eller undgå udvikling af T2DM (5). Et dansk studie viser dog, at deltagelsen i screeninger ved praktiserende læge mhp. tidlig opsporing af T2DM, for kvinder med tidligere GDM, falder efter første kontrol (6). Et systematisk review finder desuden, at det kan være svært at rekruttere kvinder med tidligere GDM til forebyggende livsstilsinterventioner (7). Der kan være flere årsager til, at kvinderne ikke deltager i screening og forebyggende livsstilsinterventioner, herunder flere barrierer i kvindernes hverdagsliv efter fødslen (8–10).

Det er på baggrund af ovenstående et folkesundhedsmæssigt problem, at kvinder med tidligere GDM ikke deltager i screeninger hos praktiserende læge og i livsstilsinterventioner rettet mod forebyggelse af T2DM, idet kvinderne på denne baggrund er i øget risiko for i en tidlig alder at udvikle senkomplikationer og dermed miste raske leveår, hvorfor det gennem problemanalysen søges fremanalyseret hvilke årsager der kan være hertil.

---

<sup>1</sup> Nedsat sukkertolerance er en mellemting mellem sukkersyge og helt normal sukkeromsætning. Nedsat sukkertolerancer regnes ikke som en sygdom i sig selv, men er en risikofaktor for senere udvikling af diabetes og hjerte-karsygdomme (130).

## 2. Problemanalyse

### 2.1 Behov for forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM

Kvinder, som tidligere har haft GDM, har en syv gange så høj risiko for at udvikle T2DM i deres livstid, ift. kvinder der ikke har haft GDM (11,12). Et dansk kohortestudie har vist, at inden for 10 år efter endt graviditet, har ca. 40% af kvinder med tidligere GDM udviklet T2DM (3). Lignede tal genfindes i udenlandske studier, hvor bl.a. et amerikansk studie angiver risikoen som op til 60% inden for 10 år (13), mens et Belgisk studie finder at ca. 33% udvikler T2DM inden for seks år (11). Kvinderne tilhører dermed en befolkningsgruppe, som er i øget risiko for at udvikle T2DM. Kliniske studier har vist, at livsstilsændringer kan forebygge udvikling af T2DM hos kvinder med tidligere GDM, på samme måde, som ved andre med præ-diabetes<sup>2</sup> (9). Forebyggelse af T2DM, gennem livsstilsændringer, er dermed et væsentligt tiltag for at mindske udvikling af sygdommen og de sundhedsmæssige konsekvenser, som T2DM kan have for denne gruppe af kvinder. Sundhedsstyrelsen angiver, at forebyggelse generelt er en væsentlig prioritering, idet u hensigtsmæssige sundhedsadfærd blandt borgerne, har store økonomiske konsekvenser for de enkelte kommuner (14). Forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM vil dermed kunne bidrage til at udsætte eller mindske risikoen for at kvinderne bliver syge. Desuden vil det kunne mindske de økonomiske konsekvenser, som u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, i form af manglende forebyggelse af T2DM hos disse kvinder, kan have for de enkelte kommuner. Det vil på denne baggrund undersøges, om der eksisterer forebyggende livsstilsinterventioner i dansk kontekst, rettet mod forebyggelse af T2DM, hos kvinder med tidligere GDM.

### 2.2 GDM som risikofaktor for udvikling af T2DM

I Danmark er prævalensen af GDM 3-4%, og stigende (15). GDM øger i betragtelig grad kvinders livstidsrisiko for at udvikle T2DM efter endt graviditet (7,11). Der kan ses flere senkomplikationer som følge af T2DM, herunder kardiovaskulær sygdom, hvilket kan medføre øget mortalitet (16). Disse senkomplikationer genfindes ved kvinder med tidligere GDM, hvis de udvikler T2DM (9). Trods en relativt lav prævalens af GDM i Danmark ses det, at den er stigende, og sammen med den øgede risiko for senere udvikling af T2DM betyder det, at der er risiko for sundhedsmæssige konsekvenser for et stigende antal kvinder, hvilket potentielt kan øge mortaliteten for denne gruppe. En forstærket indsats af forebyggelse af T2DM, for kvinder med tidligere GDM kan på

---

<sup>2</sup> Ved prædiabetes forstås forstadier til T2DM. Dette betyder forhøjet risiko for udvikling af T2DM og hjerte-karsygdomme. 30-40% af personer diagnosticeret med prædiabetes udvikler T2DM indenfor de efterfølgende 3-4 år (131).



denne baggrund medvirke til, at risikoen for at udvikle T2DM mindskes, hvilket kan bidrage med flere raske leveår uden sygdom.

Børn født af kvinder med GDM, har ligeledes en øget risiko for at udvikle T2DM. Denne risiko ses ved en større frekvens af overvægt, højt taljemål og højt faste insulin<sup>3</sup> (17,18). Herved udgøres gruppen af potentielle i risiko for udvikling af T2DM på baggrund af GDM, både af kvinderne og deres børn. Det må dermed antages at forebyggende tiltag, målrettet denne gruppe af kvinder, kan have fordel af at inddrage et familieperspektiv.

Hvis kvinderne udvikler T2DM, bliver de en del af den voksende gruppe af borgere med T2DM i Danmark. Fremskrivningsrapporten fra Statens Institut for Folkesundhed, viser at både incidens og prævalens af T2DM blandt Danmarks befolkning frem til 2030 vil være stigende (19). Kronisk diabetes, herunder T2DM, kan anses som en af de mest omkostningstunge sygdomme, og i gennemsnit forbruger en diabetespatient ca. dobbelt så mange af sundhedsvæsenets ressourcer som en diabetes fri patient, dette fund ses især blandt yngre patienter (20). Graviditet og fødsel forekommer netop ved denne yngre del af befolkningen, idet den fødedygtige alder i Danmark er mellem det 15-49 år, med en gennemsnitsalder på 29 år for førstegangsfødende (4). Sundhed set ud fra en sundhedsøkonomisk tankegang, omhandler både levetid og funktionsevne i levetiden, og da sundhedsvæsenet arbejder med knappe ressourcer, er det vigtigt at opnå mest mulig sundhed for pengene (21). En måde hvorpå der kan opnås, er ved at forebygge sygdom. Forebyggelse af sygdom kan sikre en sund befolkning, som i deres levetid har mest mulig funktionsevne. Kvinder med GDM tilhører den yngre del af befolkningen og har dermed en potentiel lang levetid, hvor der ud fra et sundhedsøkonomisk syn, er en gevinst ved at forebygge T2DM hos denne gruppe. Forebyggelse af T2DM kan således medvirke til at de forbliver funktionsdygtige i deres levetid, så de forbruger færrest muligt af de knappe ressourcer, som er tilgængelige i sundhedsvæsenet. Foruden en sundhedsøkonomisk gevinst ved at forebygge T2DM, kan der samtidig være en samfundsøkonomisk gevinst, idet kvinder med tidligere GDM pga. deres alder har mange år tilbage på arbejdsmarkedet. Den arbejdsdygtige alder er ifølge Danmarks statistik mellem 16 til 66 år (22). Dermed har kvinder med tidligere GDM, jf. den fødedygtige alder potentielt mange arbejdsdygtige år tilbage. Den tid kvinden kan arbejde og herigennem bidrage til samfundsøkonomien, kan dog mindskes ved udvikling af T2DM, da de sundhedsmæssige konsekvenser af sygdommen kan påvirke den enkeltes funktionsevne, hvorfor forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM kan have både sundheds- og samfundsøkonomisk gevinst.

---

<sup>3</sup> Et udtryk for kroppens manglende transport af sukker ind i cellerne, hvorved der ses et stigende blodsukker på trods af faste (132).

Et dansk studie viser, at diabetes, herunder T2DM, i en dansk kontekst i 2011 kostede samfundet 1,77 mia. Euro i tabt produktivitet (20), en omkostning, der må antages også at inkludere kvinder med tidligere GDM.

Set ud fra et socio-økologisk perspektiv, kan en forstærket forebyggende indsats af T2DM hos kvinder med tidligere GDM, således have indflydelse på flere niveauer af samfundet. En socio-økologisk model forholder sig således til faktorer på både det individuelle, interpersonelle, organisatoriske, samfunds- og politiske niveau og samspillet mellem disse (23). Forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM, vil således ikke kun kunne give en sundhedsmæssig gevinst for kvinderne på individniveau, i form af en øget chance for et længere liv og en mindre risiko for senkomplikationer. Forebyggelse af T2DM vil yderligere bidrage til en samfundsøkonomisk gevinst, idet forebyggelse medfører, at kvinderne kan bidrage med et længere og mere produktivt arbejdsliv, hvilket er med til at sikre samfundets samlede økonomi. Forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM, vil desuden bidrage til at reducere de sundhedsøkonomiske omkostninger, som er forbundet med at behandle T2DM. En forstærket forebyggende indsats ses således at kunne påvirke flere niveauer af den socio-økologiske model, hvormed forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM vil have både en sundhedsmæssig gevinst for den enkelte kvinde, men også en sundheds- og samfundsøkonomisk gevinst.

Der ses jf. ovenstående afsnit et stigende behov for at forebygge T2DM gennem livstilsændringer for kvinder med tidligere GDM, hvilket kan have både sundhedsmæssige- og økonomiske fordele. Det er på denne baggrund væsentligt at undersøge hvem der er ansvarlige for den forebyggende indsats af T2DM, samt hvilke forebyggende tilbud der eksisterer for kvinder med tidligere GDM i Danmark.

## 2.3 Ansvar for forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM

I Danmark er ansvaret for forebyggelse ved lov delt mellem kommuner og regioner. Regionerne har primært ansvaret for patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og praksissektoren, hvor kommunerne har ansvaret for at skabe rammerne for, at alle borgere har mulighed for en sund levevis gennem forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (24). Det er på baggrund af ovenstående et kommunalt ansvar, at der er rammer for forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM.

### 2.3.1 Manglende kommunale forebyggende tilbud til kvinder med tidligere GDM

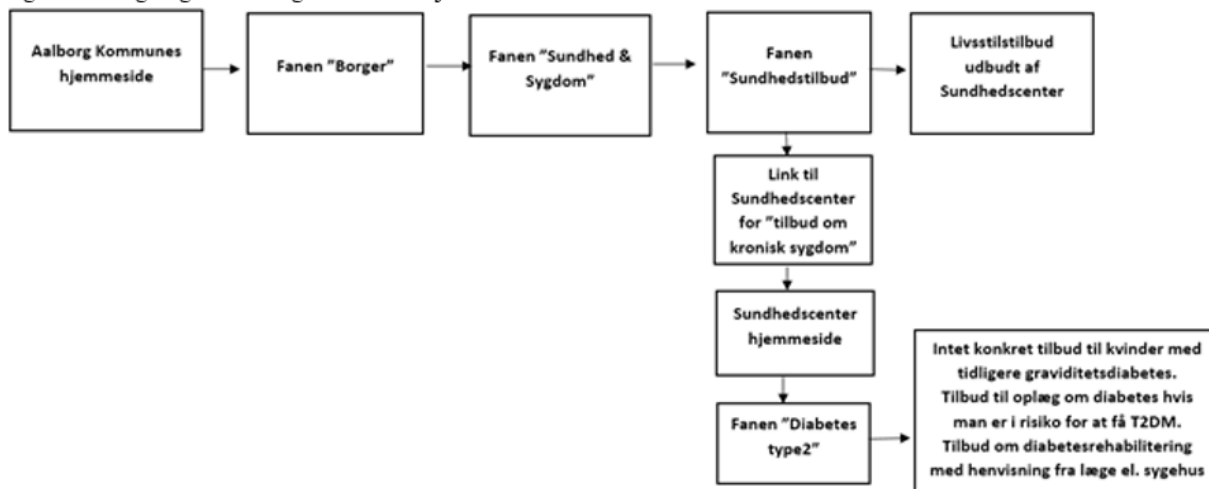
Da det er et kommunalt ansvar at skabe rammerne for forebyggelse og sundhedsfremme findes det problematisk, at en struktureret gennemgang af de 98 danske kommuners hjemmesider.

Gennemgangen udført af specialegruppen viser, bilag 1, at der overordnet ikke eksisterer forebyggende tilbud målrettet kvinder med tidligere GDM, og at de tilbud, som eksisterer, er rettet til den bredere befolkning, som har prædiabetes eller som allerede har udviklet T2DM. Kommunernes tilbud er undersøgt ved systematisk at afdække de trin, der skal følges gennem kommunernes hjemmesider for at finde ud af, hvorvidt den enkelte kommune har et forebyggende tilbud, målrettet kvinder med tidligere GDM. Figur 1 og 2 er eksempler på to kommuners adgang til information omkring forebyggende livsstilsinterventioner gennem hjemmesiderne. Figur 1 viser en afsøgning af Holstebro kommunes hjemmeside, som er den eneste danske kommune, som har et forebyggende tilbud, specifikt målrettet kvinder med tidligere GDM (25).

Figur 1: Afsøgning af Holstebro kommunes hjemmeside



Figur 2: Afsøgning af Aalborg kommunes hjemmeside



Som vist i figur 2 er de eksisterende forebyggende livsstilsinterventioner i hovedparten af de danske kommuner kendetegnet ved at være rettet mod at mindske udviklingen af kronisk sygdom, for de borgere som har prædiabetes eller T2DM.

Forebyggelse kategoriseres inden for tre grupper: Primær forebyggelse forebygger sygdom, ved at forhindre at den opstår. Sekundær forebyggelse retter sig mod at mindske udviklingen af en given sygdom, imens tertiær forebyggelse retter sig mod at mindske de alvorlige følger eller tilbagefald en sygdom kan have (26). De eksisterende forebyggelsestilbud bygger således på sekundær og tertiær forebyggelse. Da kvinder med tidligere GDM ikke har T2DM, er der behov for primær forebyggelse, der retter sig mod at forhindre, at de udvikler sygdommen.

Af ovenstående fremgår det således, at den forebyggende indsats er målrettet sekundær og tertiær forebyggelse, hvormed de der har mulighed for at deltage heri, vil være borgere som allerede har prædiabetes eller T2DM. Da kvinderne endnu ikke er syge, passer de ikke ind denne forebyggelses tilgang, hvorfor den forebyggende indsats målrettet disse kvinder skal forstærkes. Yderligere fremgår det af figur 1 og 2, at kvinder med tidligere GDM skal afsøge flere kategorier på kommunens hjemmeside, for at finde frem til hvorvidt der i de enkelte kommuner eksisterer tilbud målrettet dem, hvilket er en tidskrævende og besværlig proces. Idet at der i flertallet af de danske kommuner ikke eksisterer målrettede tilbud til kvinder med tidligere GDM medfører det, at kvinderne må opsøge de allerede eksisterende tilbud til forebyggelse af T2DM. De eksisterende tilbud medtager således ikke, at kvinderne ikke har udviklet T2DM, og medtager heller ikke den sociale kontekst, og de særlige omstændigheder i tiden efter fødslen (postpartum), som påvirker kvindernes hverdagsliv, hvorfor kvindernes mulighed for at forebygge T2DM besværliggøres af de eksisterende rammer. Den systematiske gennemgang af danske kommuners tilbud til forebyggelse af T2DM viser desuden, at der som udgangspunkt kræves en henvisning fra praktiserende læge eller hospital, for at kunne deltage, bilag 1. En henvisning som kvinden implicit selv er ansvarlig for, idet det kræver at hun opsøger praktiserende læge eller hospital.

Sundhedsstyrelsen angiver, at det er staten og kommunerne, som er ansvarlige for at sætte rammerne for, at borgerne kan træffe sunde valg, og at det er op til den enkelte borger at tage ansvar for eget liv og for at træffe valg, der skaber trivsel og sundhed (14). Ansvar for forebyggelse af T2DM fordeles dermed mellem stat, kommune og kvinderne selv. Kvindernes mulighed for at varetage ansvaret for at træffe valg, der fremmer deres sundhed, er således besværliggjort af vanskelig adgang til oplysninger om forebyggende livsstilsinterventioner på kommunernes hjemmesider, samt at der ikke eksisterer et overordnet kommunalt tilbud målrettet dem mhp. forebyggelse af T2DM. Dette betyder at kvinderne overlades med et stort ansvar for egen sundhed.

### 2.3.2 Ansvar for egen sundhed

At ansvaret for egen sundhed, påhviler den enkelte borger, har sit udspring i den overordnede liberale politik, som føres i Danmark (27). Flere studier finder dog, at kvinderne ikke selv formår at opsøge relevante tilbud, og efterlyser støtte fra sundhedsprofessionelle i postpartum forløbet (28–30). Den liberalistiske tilgang til forebyggelse, hvor ansvaret for at opsøge viden om mulige forebyggende livsstilsinterventioner ligger hos den enkelte kvinde stiller krav til, at kvinden tager ansvar for egen sundhed. Da studier viser at kvinderne ikke formår at opsøge forebyggende livsstilsinterventioner og efterspørger sundhedsprofessionel støtte hertil er det et problem, at ansvaret for egen sundhed påhviler den enkelte kvinde. Den liberalistiske tilgang kan således

medvirke til, at kvinderne ikke deltager i forebyggende tilbud, hvilket kan få sundhedsmæssige konsekvenser for den enkelte kvinde. Der er på denne baggrund behov for forebyggende livsstilsinterventioner, som henvender sig til kvinderne, samt efterkommer kvindernes ønske om sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet.

Manglen på forebyggende livsstilsinterventioner målrettet kvinder med tidligere GDM kan skyldes, at sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker har særligt fokus på børn og unge, ældre og særligt sårbare borgere (31). Kvinder med GDM anses herved ikke som en prioriteret gruppe med særlige behov, men indgår i forebyggelsen af T2DM på lige fod med f.eks. ældre borgere. Da kvinderne ikke indgår som en selvstændig gruppe i forebyggelsespakkerne, er det på nuværende tidspunkt op til de enkelte kommuner, om der er forebyggende livsstilsinterventioner målrettet dem.

Flere udenlandske studier har vist, at hvis kvinder med tidligere GDM skal vægte at deltage i forebyggende tilbud, skal disse tage højde for deres særlige hverdagsliv postpartum og behov for praktiske foranstaltninger ift. børn og familieliv (32–34). Eftersom flertallet af de danske kommuner ikke har et eksisterende tilbud, som er målrettet kvinderne, kan dette anses som en udfordring for den forebyggende indsats af T2DM hos kvinder med tidligere GDM.

Jf. de ovenstående afsnit findes der overvejende forebyggende livsstilsinterventioner rettet mod en bredere gruppe af borgere, som har prædiabetes eller allerede har udviklet T2DM i de danske kommuner, bilag 1, hvilket betyder, at kvinder med tidligere GDM repræsenterer en overset gruppe i forebyggelsesarbejdet. En forebyggende livsstilsintervention bør på baggrund heraf tage udgangspunkt i, at børn og ansvar i familien er et særligt vilkår i kvindernes hverdagsliv, hvorfor de udgør en gruppe, som adskiller sig fra den almene målgruppe for forebyggelse af T2DM.

Da manglende forebyggelse af T2DM kan få sundhedsmæssige konsekvenser for kvinderne, ses der et behov for at forstærke den forebyggende indsats af T2DM målrettet kvinder med tidligere GDM, således at deltagelsen i screeninger og livsstilsinterventioner øges. Da en af årsagerne til manglende deltagelse ifølge kvinder med tidligere GDM skyldes manglende sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet, vil der i de efterfølgende afsnit fremanalyseres hvilke årsager der kan være til oplevelsen heraf.

## 2.4 Faktorer for kvindernes manglende deltagelse i screening og livstilsinterventioner

### 2.4.1 Usikkerhed i overgangen mellem primær og sekundær sektor

Under graviditeten er danske kvinder med GDM i tæt kontakt med sundhedsprofessionelle. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet retningslinjer for, hvordan gravide kvinder med GDM bør følges i sundhedsvæsenet. Her præsenteres en udførlig beskrivelse af anbefalinger til pleje og observation af kvinderne under graviditeten, som et led i et tæt kontrolforløb ved sygeplejersker og læger på hospitalets graviditets ambulatorium (5). Samme retningslinjer angiver kun en kortfattet beskrivelse af postpartum forløbet, med anbefaling om, at kvinderne bør fortsætte med sund kost og motion, som anbefalet under graviditeten. Desuden anbefales det, at kvinderne kommer til opfølgende besøg hos praktiserende læge, mhp. kontrol af blodsukker, efter tre måneder (5). Regionale vejledninger, anbefaler herefter årlige opfølgninger ved praktiserende læge (35,36). Da den intense monitorering af GDM og dermed tætte kontakt med sundhedsprofessionelle gennem graviditeten, ses at overgå til generelle anbefalinger omkring sund kost, motion og anbefalinger om at deltage i årlige screeninger ved praktiserende læge, vil der være færre kontakter til sundhedsprofessionelle omkring GDM og kvinderne vil overgå til at følge den rutinemæssige svangreomsorg, der tilbydes til alle danske kvinder, der har født. Yderligere fremgår det, at det efterfølgende kontrolforløb er baseret på anbefalinger om årlige screeninger ved praktiserende læge. Der ses på baggrund af ovenstående retningslinjer, at der sker en overgang mellem hospitalet (sekundær sektor) til kommunal sundhedspleje og praktiserende læge (primær sektor). Efter fødslen er praktiserende læge tovholder på det opfølgende kontrolforløb, mhp. screening for T2DM (37). Et dansk studie viser dog, at et sådan kontrolforløb kræver at kvinden selv tager ansvar for at deltage, hvilket kvinden udtrykker således: *“No...it (the leaflet) said it was something I was supposed to take care of myself, so I had it (the test) done at eight weeks (after birth), and I was told to ring and ask for a new test a year later.”* (12). Kvinden oplever her, at informationen om årlige screeninger ved praktiserende læge kommer fra en folder, der beskriver, hvornår hun selv bør tage kontakt til lægen. Der ligger således et stort ansvar hos kvinden selv ift. forebyggelse af T2DM efter endt graviditet, idet det bliver op til den enkelte kvinde at fastholde livsstilsændringer. Kontakten til sundhedsprofessionelle, omhandlende T2DM, reduceres således til få kontakter til praktiserende læge, mhp. tidlig opsporing af T2DM efter overgang til primær sektor og ophør af GDM. Kvindernes kontakt til sundhedsprofessionelle bliver dermed reduceret væsentligt efter endt GDM forløb, hvorfor kvindernes efterspørgsel omkring sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet mhp. forebyggelse kan ses at være reel.

Både danske og udenlandske studier viser, at kommunikation og koordination mellem hospital og praktiserende læge, omkring kvinder med tidligere GDM, opleves som mangelfuld efter endt

graviditet (12,38,39). Den manglende sammenhæng og koordinering i overgangen mellem behandling før og efter fødsel bevirker, at kvinderne ikke oplever, at deres behov for information og sparring imødekommes i postpartum forløbet (12,39). Ligeledes kan udfasningen af den intensive monitorering og den tætte kontakt med sundhedsprofessionelle efterlade kvinderne med stor tvivl om det videre forløb ift. forebyggelse af T2DM, da overgangen mellem intensiv monitorering under graviditeten til minimal kontakt postpartum opleves som usikker. Et canadisk studie viser, at kvinderne oplever, at de selv er ansvarlige for at komme til opfølgning mhp. tidlig opsporing af T2DM hos praktiserende læge, hvilket bidrager til oplevelsen af manglende kommunikation mellem sektorer (40). Eftersom et review viser, at kvinderne oplever, at manglende sammenhæng mellem sektorer er en barriere for at deltage i årlige screeninger ved praktiserende læge postpartum er dette problematisk (9). Herigennem ses det, at manglende sammenhæng og kommunikation mellem sektorer og oplevelsen af at mangle professionel støtte kan påvirke hvorvidt T2DM forebygges hos kvinder med tidligere GDM. Denne manglende koordinering i overgangen mellem sektorer, har derfor indirekte indvirkning på kvindernes adfærd ift. forebyggelse af T2DM, idet kvinderne oplever det som en medvirkende årsag til at de udebliver fra årlige screeninger ved praktiserende læge.

#### 2.4.2 Manglende integration af det rutinemæssige svangreomsorgsforløb og kvindernes GDM forløb

At kvinder med tidligere GDM efterlyser støtte fra sundhedsprofessionelle postpartum, er paradoksalt i en dansk kontekst, idet danske kvinder, som et led i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, er i kontakt med flere sundhedsprofessionelle. Denne kontakt involverer vejledning ved praktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejerske (41–43). Jordemødrene følger kvinderne med fire til syv konsultationer gennem graviditeten og frem til den første tid efter fødslen, mens praktiserende læge tilbyder tre besøg igennem graviditeten (44). Indenfor barnets første år anbefales det at, familierne tilbydes op til fem besøg af en sundhedsplejerske, der har fokus på barnets sundhed og trivsel og aktiviteter knyttet hertil. Sundhedsplejersken tilbyder desuden et tidligt besøg, kort efter udskrivelsen, mhp. at sikre barnets trivsel (45). Både praktiserende læge og jordemoder har dermed kontakt med kvinderne under graviditeten og har et etableret patientforløb med kvinderne frem til fødslen, mens sundhedsplejersken følger kvinden postpartum i eget hjem. Dermed er danske kvinder, allerede i kontakt med flere sundhedsprofessionelle gennem deres graviditet og postpartum forløb, hvorfor kvindernes oplevelse af manglende professionel støtte, rettet mod forebyggelse af T2DM i postpartum forløbet kan skyldes, at der i det eksisterende forløb primært fokuseres på den rutinemæssige

svangreomsorg og dermed ikke på den tidligere GDM diagnose som risikofaktor for udvikling af T2DM.

I overgangen fra sekundær til primær sektor, bidrager sundhedsplejen til, at kvinderne tilbydes en kontinuerlig kontakt og støtte fra sundhedsprofessionelle gennem det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, hvor der tages hånd om barnet efter udskrivelse fra fødestedet. Dette viser at kvinderne med tidligere GDM indgår i to separate forløb. Et forløb, der er gældende for alle danske kvinder, hvor den primære kontakt efter fødslen er med sundhedsplejersken omkring barnets trivsel og et sekundært forløb omkring GDM, hvor den primære kontakt efter fødslen er årlige kontroller ved praktiserende læge omkring tidlig opsporing af T2DM. Da disse forløb hhv. er målrettet barnets trivsel og kvindens forløb med GDM integreres de ikke, hvormed der eksisterer to separate patientforløb for kvinder med tidligere GDM i postpartum forløbet, hvor kvinden primært er i kontakt med sundhedsplejen og praktiserende læge. Den manglende oplevelse af sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet ift. forebyggelse af T2DM kan jf. ovenstående skyldes, at der i postpartum forløbet primært fokuseres på det rutinemæssige svangreomsorgsforløb.

Et dansk studie viser, som nævnt tidligere, at kvinderne ikke forbliver i det opfølgende forløb hos praktiserende læge (6), hvorved kvindens kontakt med den praktiserende læge mhp. forebyggelse af T2DM minimeres. Idet sundhedsplejersken gennem det rutinemæssige svangreomsorgsforløb er i kontakt med kvinderne i deres eget hjem, er det muligt at inddrage sundhedsplejersken som støtte mhp. forebyggelse af T2DM i postpartum forløbet.

I overgangen mellem sekundær og primær sektor, udarbejdes der af jordemoderen forud for udskrivelsen fra fødestedet i sekundær sektor, et resume til sundhedsplejersken, der informerer om fødsels- og barselsforløbet, hvilket skal sikre kommunikation mellem fødestedet og sundhedsplejen (44). Da resumeet mellem sekundær sektor og sundhedsplejersken primært omhandler fødsels- og barselsforløbet, kan der mangle informationer omkring GDM diagnose og vigtigheden af forebyggelse af T2DM postpartum, hvilket kan få betydning for sundhedsplejerskens mulighed for at bidrage med den sundhedsprofessionelle støtte som kvinderne efterspørger. Manglende integration af kvindernes forløb, betyder således, at sundhedsplejerskens rolle i patientforløbet, kun udnyttes ift. kommunikationen omkring barnet, hvorfor der opstår et uforløst potentiale ift. at sundhedsplejersken kan bidrage til at støtte i kvinder med tidligere GDM i at deltage i screening og livstilsinterventioner rettet mod forebyggelse af T2DM.

Det fremgår af sundhedsplejerskernes funktionsbeskrivelse, at forebyggelse og sundhedsfremme ift. børn, unge og deres forældre er en del af deres arbejdsområde (45). Da forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM i postpartum forløbet, kan anses som et område sundhedsplejersken kan bidrage til, som en del af det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan



sundhedsplejersken anses som et uudnyttet potentiale i kvindernes patientforløb og dermed den forebyggende indsats mod T2DM.

Kvindernes behov for støtte fra sundhedsprofessionelle mhp. deltagelse i forebyggende tilbud, kan jf. tidligere afsnit skyldes omstændigheder og forpligtelser i deres hverdagsliv. Det følgende afsnit vil derfor undersøge hvilke faktorer der påvirker kvindernes hverdagsliv postpartum og hvorfor de på baggrund heraf har behov for yderligere sundhedsprofessionel støtte ift. forebyggelse af T2DM.

### 2.4.3 Kvindernes forandrede hverdagsliv

Den nye rolle som mor, kan antages at skabe forandringer i hverdagslivet for kvinderne, og at der skal nye forudsætninger til for at få hverdagen til at fungere. Dette kan ses som en indgriben i det vante hverdagsliv.

Hverdagslivet beskrives af Sociolog Jørgensen (1994) som: *"Det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag"* (46). Hverdagslivet præges af en bestemt orden, gentagelser, vaner, rutiner og selvfølgeligheder, og af upågtede aktiviteter. De upågtede aktiviteter, er alt det vi gør i hverdagen, som der ikke lægges mærke til, som kommer af sig selv, uden nærmere eftertanke (46). Da kendte vaner, rutiner og selvfølgeligheder forandres med ansvaret for barnets liv, kan det at skulle varetage omsorgen for et nyfødt barn anses som et brud på de kendte upågtede aktiviteter. Kvinden vil således skulle forny og omskabe sit hverdagsliv, for at tilpasse sig et forandret liv, hvor et barn er afhængig af hende. Hermed opstår der forandringer i hverdagslivet, der kræver nye forudsætninger for at få hverdagen til at fungere. Gennem kvindens tredje trimester ses det, ifølge børnelæge og psykoanalytiker Winnicott (1958), at kvinden gennem en naturlig proces bliver mere intenst bevidst og bekymret om sit barn, kaldet "Primary Maternal Preoccupation" (47). Kvindens intense opmærksomhed mod barnet fortsætter de første måneder af barnets liv, hvor hele kvindens fokus er på tilknytningen til barnet og dagligdags aktiviteter omkring barnet.

Kvinden oplever herved at være både fysisk og psykisk optaget af barnets behov og den ønskede tilknytning til barnet i en sådan grad, at alt andet kan opleves som irrelevant (47). Denne stærke og intense tilknytning fra mor til barn, og det ændrede hverdagsliv som nybagt mor, kan således i de første måneder efter fødslen påvirke deltagelsen i forebyggende tilbud, da dette kan virke irrelevant for kvinden. Den intense tilknytning fra mor til barn, kan ses som både en psykisk og fysisk forandring i hverdagslivet, der som en upågtet aktivitet medfører, at kvinden kun fokuserer på, hvad der er vigtigt ift. barnet. Gennem denne naturlige tilknytning til barnet sker der dermed en forandring i de upågtede aktiviteter, der naturligt vil tilsidesætte kvindens egne behov. Herved sker forandringen af hverdagslivet. Et barn er således gennem kvindens nye vaner, rutiner og

upågtede aktiviteter, med til at skabe forandringer i hverdagslivet, hvilket stiller særlige krav til en forebyggende indsats i postpartum forløbet.

Forandringer i hverdagslivet efter at have fået et barn, kan gøre det vanskeligt for kvinderne at integrere forebyggende og sundhedsfremmende interventioner i hverdagslivet

(12,28,30,32,33,40,48–50). Dette gælder både for førstegangsmødre og kvinder med flere børn.

Med flere børn at tage vare på i familien, stiger kvindernes forpligtelser i hverdagslivet, hvilket kan antages at have betydning for, om kvinderne har mulighed for at deltage i forebyggende tilbud.

Dette ses bl.a. ved, at kvinder med tidligere GDM giver udtryk for, at hverdagslivet gør det svært at ændre livsstil og leve efter forskrifterne i en forebyggende indsats (40), ligesom flere udenlandske studier finder, at barrierer som træthed og mindre tid påvirker kvindernes engagement og deltagelse (28,30,32,33,48,49). Kvindernes manglende engagement og deltagelse ses desuden, at kunne skyldes, at det kan være svært for den enkelte kvinde at prioritere sig selv over barnet (12,30,32,48,50). Dette kan ses som en reaktion på den intense tilknytning til barnet postpartum (47). Kvindernes forandrede hverdagsliv og oplevelsen af at mangle støtte kan dermed anses som en væsentlig faktor for manglende deltagelse og prioritering af at forebygge T2DM.

Den symbiotiske tilstand mellem mor og barn, beskrives ligeledes af Mahler (1985) gennem fire faser (51). Kendetegnende for de første to faser, fra barnet er nul til fem måneder, er det stærke bånd mellem mor og barn, som beskrives som symbiotisk. Først i den tredje fase, hvor barnet er fra 5 til 30 måneder, og i særdeleshed i barnets 20-24 levemåned, løsriver barnet sig fra den symbiotiske tilknytning til moderen (51). Tilknytningen og symbiosen, fra kvinden til barnet i det første leveår kan således bevirke, at det at skulle forlade barnet fysisk for at deltage i screeninger eller livstilsinterventioner er vanskelig for kvinden, men bliver lettere når barnet når en alder hvor det løsriver sig fra moderen. Hverdagslivet efter fødslen af et barn er dermed ændret i en sådan grad, at kvinder med tidligere GDM vil være intenst optagede af aktiviteter knyttet til barnet, hvilket vil have betydning for mulighed og overskud til at deltage i screeninger og livstilsinterventioner. Kvinderne er bevidste om forebyggelse af T2DM, men finder det vanskeligt at prioritere og indpasse disse aktiviteter i det forandrede hverdagsliv. Det er på baggrund heraf væsentligt at medtænke dette, i planlægningen af forebyggende livstilsinterventioner målrettet kvinder med tidligere GDM, ligesom dette kan være en årsag til at kvinderne efterspørger sundhedsprofessionel støtte til forebyggelse af T2DM i postpartum forløbet.

Spædbarnets kost er en væsentlig del af hverdagens aktiviteter for kvinderne. Barnet efterspørger amning 6-12 gang i døgnet, med et gennemsnit på 8-9 gange, hvor hver amning kan tage op til 20-30 min. Hyppigheden af måltiderne falder frem mod barnets 6. måned (52). Samme måltidsmønster gælder for spædbørn, der ernæres af modermælkserstatning (53). Ernæring af

barnet kan således være en tidskrævende proces i kvindernes hverdagsliv, der kan have indflydelse på kvindernes mulighed for at deltage i forebyggende tilbud.

Dette understøttes af et studie, der finder, at kvinders modtagelighed for livsstilsændringer, stiger ved ammeophør (48). Et prospektivt kohortestudie fra 2015 med 1035 deltagende kvinder med tidligere GDM viser, at amning er en væsentlig prioritet hos kvinder med tidligere GDM, idet amning kan have en forebyggende effekt ift. udvikling af T2DM (54). Da amning dermed er en væsentlig mulighed for forebyggelse af T2DM kan det anses at være en vigtig faktor for den forebyggende indsats hos kvinder med tidligere GDM, hvormed inddragelse af sundhedsprofessionelle støtte ift. amning hos denne gruppe af kvinder, kan bidrage til den forebyggende indsats. Desuden kan amningens betydning inddrages i planlægningen af forebyggende livsstilsinterventioner målrettet denne gruppe af kvinder, idet amningen kan ses som en medvirkende årsag til kvindernes manglende deltagelse, idet dette kræver tid og ressourcer af den enkelte kvinde.

Den intense tilknytning mellem mor og barn, samt afhængigheden af f.eks. amning, kan således ses som barrierer i kvindernes hverdagsliv, der kan have betydning for både deltagelse i screeninger og livstilsinterventioner. Interventioner mhp. at forebygge T2DM, bør der dermed fokuseres på, at kvindernes hverdagsliv og forandringer heri har betydning for, hvorvidt de prioriterer at finde frem til forebyggende livsstilsinterventioner gennem kommunale hjemmesider, samt om de vælger at deltage i screeninger og livstilsinterventioner. Kvindernes efterspørgsel efter sundhedsprofessionel støtte mhp. forebyggelse af T2DM kan på baggrund af ovenstående skyldes, at kvinderne, pga. deres forandrede hverdagsliv, har mindre overskud og derfor behov for støtte til at inddrage yderligere tiltag i hverdagen.

Det ses jf. ovenstående afsnit, at manglende deltagelse i screeninger og livstilsinterventioner rettet mod forebyggelse af T2DM, er en kompleks problemstilling, hvor både overgangen mellem sektorer, manglende integrering af forløb, forandringer i hverdagslivet og manglende sundhedsprofessionel støtte, kan være medvirkende årsager til kvindernes manglende deltagelse. Det ønskes på baggrund heraf at fremanalysere, hvilke faktorer der kan forstærke kvindernes deltagelse i interventioner.

## 2.5 Forstærkende faktorer for kvindernes deltagelse i livsstilsinterventioner

Flere studier viser, at fleksibilitet og tilgængelighed, er væsentlige faktorer for kvindernes deltagelse i interventioner mhp. forebyggelse af T2DM, idet de på baggrund heraf oplever, at disse kan tilpasses deres hverdagsliv (34,49). Kvinder med tidligere GDM, i et irsk studie angiver, at de ønsker fleksible og tilgængelige løsninger, f.eks. online interventioner, idet bl.a. fysisk afstand og

manglende mulighed for at indpasse de planlagte aktiviteter i hverdagslivet, kan opleves som en barriere for deltagelse (34). En kvinde i et canadisk studie udtrykker: *“Time constraint is a big one. Like with people with kids, I know I can’t with a drop of a dime just take off and go somewhere”* (33). Livet med børn betyder dermed, at kvinderne ikke blot kan tage afsted med kort varsel. Et australsk studie viser, at kvinder som deltager i et interventionsprogram med høj fleksibilitet, ikke i samme grad som andre, rapporterer om barrierer for deltagelse, f.eks. som børnepasning og planlægning (49). Støtte til børnepasning og forpligtelser i hjemmet fremkommer også i flere udenlandske studier, der finder, at kvinderne ønsker social støtte fra partner og andre i deres sociale netværk, således der var tid til at motionere og til at deltage i forebyggende livsstilsinterventioner (28–30,33). En kvinde i et irsk studie udtrykker hvor væsentligt støtte fra partneren har været: *“I couldn’t have done it if my husband hadn’t been supportive of it”* (34). Hun angiver således, at det ikke havde været muligt at gennemføre det forebyggende tilbud, hvis hun ikke havde haft støtte fra sin ægtefælle, hvilket viser at social støtte fra partneren er en væsentlig faktor for kvindens deltagelse.

Flere udenlandske studier finder desuden, at kvinderne anser ansvarlighed og støtte fra sundhedsprofessionelle som en væsentlig faktor for at overvinde barrierer ifm. deltagelse i interventioner rettet mod forebyggelse af T2DM (29,33), ligesom et canadisk studie viser, at ansigt til ansigts-interaktion mellem ligesindede og professionelle har betydning for deltagelse i forebyggelse af T2DM (33). Da fleksibilitet og tilgængelighed giver kvinderne frihed til at integrere forebyggende livsstilsinterventioner i et forandret hverdagsliv, kan det dermed ses som subjektive faktorer for kvinderne, der har betydning for hvorvidt de deltager i forebyggende livsstilsinterventioner mhp. forebyggelse af T2DM. Samtidig efterspørger de støtte bl.a. fra sundhedsprofessionelle, partner og ligesindede, da det er en vigtig prioritering for kvinderne, at der bliver taget hånd om børnene, mens de deltager i forebyggende livsstilsinterventioner eller motionerer. Dermed har hensyntagen til kvindernes hverdagsliv stor betydning for, hvorvidt de deltager i forebyggende tilbud.

## 2.6 Ethiske overvejelser ift. forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM

Af de ovenstående afsnit fremgår det, at både screeninger og livstilsinterventioner, primært er baseret på at forebygge sygdom. Screeninger og livstilsinterventioner er således rettet mod, at kvinderne gennem forandringer i deres livsstil kan minimere risikoen for eller undgå T2DM. Det forebyggende sundhedsarbejde i Danmark, afspejler, som tidligere nævnt, den liberalistiske politik. Den liberalistiske politik har flere klassiske principper, herunder frihed, autonomi, privatlivets fred og pligten til ikke at skade. Disse principper, ikke mindst respekten for borgernes autonomi, er

væsentlige i forebyggelsesetik. Det er dog muligt for staten at gribe ind, hvis det vurderes at være til borgernes eget bedste (55). Forebyggelse har, jf. de liberalistiske principper, oplysning som et centralt værktøj, der har til formål, at sikre borgernes mulighed for at træffe et informeret valg (55). Ud fra et liberalistisk synspunkt kan forebyggelse af T2DM dermed udøves ved, at kvinderne har adgang til oplysninger, der kan sikre dem et frit valg ift. egen sundhed, ud fra antagelsen af, at de vil opsøge denne information. Jf. tidligere afsnit, kan det dog være vanskeligt for kvinderne at finde frem til forebyggende livsstilsinterventioner mhp. forebyggelse af T2DM vha. kommunernes hjemmesider. Kvindernes forandrede hverdagsliv kan bevirke, at de ikke har det fornødne overskud til at opsøge viden om forebyggelse af T2DM, hvilket kan antages at blive forstærket af den manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor. Det manglende sammenhæng i kvindernes forløb i overgangen mellem sekundær og primær sektor medvirker til, at ansvaret for at forebygge T2DM efter en diagnose med GDM i høj grad påhviler den enkelte kvinde. Samtidig eksisterer der ikke et forebyggende tilbud som kvinderne kan opsøge, hvorfor det etiske hensyn til kvindernes autonomi, kan antages at være medvirkende til, at forebyggelse af T2DM hos denne gruppe af kvinder vanskeliggøres, idet det kan være vanskeligt for kvinderne at finde frem til relevant viden og tilbud om forebyggelse af T2DM.

Gennem forebyggelse ud fra en liberalistisk politik, sikres det frie valg til at deltage, men ansvaret for egen sundhed placeres også hos det enkelte individ (27). At blive ansvarliggjort for egen livsstil og helbred omtales som en "Blame the Victim" tilgang, hvortil skyld og skam kan relateres (56). Dette kan have den utilsigtede konsekvens, at det kan opfattes som kvindernes egen skyld, hvis anbefalingerne om deltagelse i screening og livstilsinterventioner postpartum ikke følges, med evt. T2DM og senkomplikationer til følge. Hvis kvinderne, pga. usikkerhed i overgangen mellem sekundær og primær sektor og forandringer i hverdagslivet, ikke formår at opsøge viden og følge de udstukne anbefalinger, kan dette antages at medføre en oplevelse af skyld.

Den eksisterende forebyggelsespolitik ses således at kunne have utilsigtede konsekvenser for kvinderne. Det ønskes derfor undersøgt, om der kan ses yderligere utilsigtede konsekvenser for kvinder med tidligere GDM, ifm. forebyggelse af T2DM.

## 2.7 Utilsigtede konsekvenser af forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM

Vejledninger til kvinderne i postpartum perioden efter GDM, forholder sig til forebyggelse og tidlig opsporing af T2DM (5). Formidlingen rettes dermed primært mod risikoen for at udvikle sygdom. Denne risikokommunikation bidrager til at øge afstanden mellem borgere og eksperter, idet eksperternes professionelle forståelse af risikoen, ikke inddrager den subjektive betydning af risikoen blandt borgerne. Dermed vægtes erfaringer fra hverdagslivet i stadig mindre grad (57). I

anbefalingerne til kvinderne fokuseres der således på, hvordan de bør handle ift. risikoen for at udvikle T2DM, uden at tage hensyn til deres særlige vilkår i hverdagslivet. En årsag hertil kan være, at kvinderne og eksperterne anskuer sundhed og sygdom forskelligt.

Ekspertter og lægfolk befinder sig i to forskellige dele af det pluralistiske sundhedssystem. Her inddeles forståelsen af sygdom i sektorer, hvor den medicinske forståelse findes i det offentlige sundhedsvæsen, den folkelige forståelse blandt individer, familier og sociale strukturer og den alternative forståelse af sygdom blandt behandlere uden for det offentlige sundhedsvæsen (58). Lægfolk, som en del af den folkelige sektor og de sundhedsprofessionelle som en del af den professionelle sektor, med hvert sit begrebsapparat. Forståelsen af sundhed og sygdom er i den folkelige sektor præget af den sociale og kulturelle kontekst, mens den professionelle sektor er præget af en medicinsk forståelse (58). Kvindernes sociale og kulturelle kontekst i deres hverdagsliv, vil dermed præge deres oplevelse af risiko for at udvikle T2DM som følge af tidligere GDM, og hvorvidt de vægter at handle på denne risiko, hvilket ikke nødvendigvis stemmer overens med eksperternes holdning, som er præget af den medicinske forståelse.

En utilsigtet konsekvens af oplysning og forebyggende tilbud, kan være at individer ikke nødvendigvis handler efter anbefalingerne, men i stedet bevidst vælger anderledes som modstand mod det anbefalede (59). Som tidligere beskrevet viser flere studier, at kvinderne udebliver fra deltagelse i screeninger og livsstilsinterventioner, på trods af, at de er bevidste om den potentielle helbredsgevinst, de ville kunne opnå ved forebyggelse af T2DM (6,11). Da kvinderne således ikke deltager i de anbefalede tilbud, har de ikke mulighed for at opnå den tilsigtede effekt af anbefalingerne, hvilket øger risikoen for T2DM og eventuelle senkomplikationer heraf. Dette kan antages at skyldes modstand mod risikokommunikationen, men også den manglende sammenhæng i overgangen mellem sektorer og dermed kvindernes patientforløb, der efterlader kvinderne med et stort ansvar for selv at opsøge forebyggende tilbud.

Risikokommunikationens top-down tilgang, tager udgangspunkt i videnskabens og politikernes medicinske forståelse af risiko, og efterlader dem i en magtposition, hvor de både kan definere, hvad der er en risiko, og identificere hvad der kan anses som løsning (60). Herved tager anbefalingerne udgangspunkt i værdier fjernt fra kvindernes hverdagsliv og afspejler en samfundsskabt ideologi om, hvordan de bør handle efter endt graviditet. Anbefalingerne kan få den negative utilsigtede konsekvens, at kvinderne gennem deltagelse i screeninger og interventioner, kan opleve unødige bekymring og oplevelse af at være syg. Sundhedsvæsenet fremstiller dermed kvindernes hverdagsliv som genstand for risiko.

Medikalisering er en proces hvor en større del af hverdagslivet er underlagt medicinsk indflydelse, dominans og overvågning (61). Ønsket om at forebygge T2DM, gennem tidlig opsporing og behandling af kvinder med tidligere GDM, kan således medføre, at en ellers normal tilstand, som at

være blevet mor, bliver sygeliggjort. Dette kan ske da kvinder som ikke nødvendigvis oplever sig selv som syge efter endt graviditet, påvirkes af sundhedsvæsenets kategorisering af dem som syge eller potentielt syge.

Årsagen til de utilsigtede konsekvenser kan være den type af viden, der handles ud fra, idet vurderingen af en situation, baseres på tidligere erfaringer (62). Hvis der ikke tilegnes ny viden, der er nødvendig for at kunne forudse resultatet af en handling, kan der ikke altid opnås den tilsigtede effekt af en indsats (62). Der kan således være forskel på, hvorledes eksperter og den enkelte kvinde oplever risikoen forbundet med at undlade at deltage i opfølgende forløb efter GDM.

Kvinderne kender anbefalingerne, men handler ikke ift. dem. Det kan dermed antages, at nogle kvinder, som led i det forandrede hverdagsliv, kan mangle overskud til selv at sætte sig ind i eksisterende tilbud, og deres potentielle indflydelse på egen sundhed.

Information om nødvendigheden af at deltage i årlige screeninger ved praktiserende læge og livstilsinterventioner, bør således være let tilgængelig, inddrage kvindernes hverdagslivsperspektiv og efterkomme kvindernes oplevelse af manglende støtte. Ved at inddrage disse perspektiver søges det at undgå den utilsigtede konsekvens, at kvinder, som har et ønske om at deltage, ikke deltager.

## 2.8 Afgrænsning

Gennem ovenstående er det fremanalyseret at manglende deltagelse i screeninger hos praktiserende læger og i forebyggende livstilsinterventioner kan betyde, at kvinder med tidligere GDM er i særlig risiko for at udvikle T2DM i en tidlig alder. Der er gennem problemanalysen fremkommet flere mulige årsager til den manglende deltagelse, herunder at der ikke eksisterer et målrettet tilbud i dansk kontekst til kvinder med tidligere GDM i postpartum forløbet. Yderligere findes det at overgangen mellem sekundær og primær sektor opleves som usikker, og at kvinderne efterspørger sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet mhp. deltagelse i screeninger og forebyggende livstilsinterventioner. At der ikke eksisterer et forebyggende tilbud og at der er manglende sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor, kan ses at være faktorer som er påvirket af organisatoriske forhold inden for det sundhedspolitiske område. Manglende indsats på samfunds- og politisk niveau, kan have indflydelse på sundhedsadfærden hos det enkelte individ (23). Da mangel på forebyggende tilbud og manglende sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor har betydning for kvinder med tidligere GDM, ses det jf. ovenstående at der er behov for en indsats på samfunds- og politisk niveau som kan medvirke til, at forebyggelsesindsatsen indenfor området forstærkes med fokus på at etablere målrettede forebyggende tilbud, samt forbedre overgangen mellem sekundær og primær sektor.

En forstærket forebyggelsesindsats målrettet denne gruppe af kvinder, vil derfor kunne bidrage til at mindske eller udsætte kvindernes risiko for udvikling af T2DM, og herigennem nedsætte de potentielle sundheds- og samfundsmæssige omkostninger, som kan være forbundet hermed. Af problemanalysen fremkommer det desuden, at sundhedsprofessionel støtte kan anses som en væsentlig faktor for kvindernes deltagelse, hvorfor vigtigheden af inddragelse af sundhedsprofessionelle i overgangen mellem sektorer vil indgå som en væsentlig faktor i specialets fokus på at skabe et mere sammenhængende patientforløb. Specialet vil fremadrettet kun fokusere på at det rutinemæssige svangreomsorgsforløb og kvindernes forløb efter GDM integreres for herigennem at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM i overgangen mellem sekundær og primær sektor mhp. at mindske usikkerheden for kvinderne, og herigennem øge deltagelsen i screeninger og forebyggende livsstilsinterventioner. Specialet vil på baggrund af ovenstående ikke fokusere på at udvikle en intervention mhp. forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM, dog anses dette at være endnu en væsentlig faktor at medtænke i et forslag til en forstærket indsats, idet muligheden for at kunne deltage i et forebyggende tilbud ligeledes anses som væsentligt for at forstærke den forebyggende indsats af T2DM.



### 3. Specialets formål

At bidrage med et forslag der kan medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM, gennem en forbedring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM.

### 4. Problemformulering

*Hvordan kan en forbedring af patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor for kvinder med GDM bidrage til, at skabe et mere sammenhængende patientforløb og herigennem medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM?*

### 5. Forskningsspørgsmål

#### 5.1 Forskningsspørgsmål 1

*Hvilke tiltag er effektive til at sikre et sammenhængende patientforløb postpartum, for kvinder med tidligere GDM, i overgangen mellem sekundær og primær sektor mhp. forebyggelse af T2DM?*

#### 5.2 Forskningsspørgsmål 2

*Hvilke faktorer, oplever eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til at forbedre dette?*

#### 5.3 Begrundelse for valg af forskningsspørgsmål

Besvarelsen af den overordnede problemformulering vil tage afsæt i to separate forskningsspørgsmål, der begge belyser væsentlige forudsætninger for udvikling af et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM.

*Forskingsspørgsmål 1* skal medvirke til at forklare hvilke tiltag der er effektive til at sikre sammenhængende patientforløb mhp. at forstærke indsatsen for at forebygge T2DM hos kvinderne. Dermed søges der gennem *forskingsspørgsmål 1* at undersøge hvilken evidens der foreligger ift. tiltag der er effektive til at skabe sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Dette skal bidrage til at specialets forslag til en forstærket indsats af T2DM udfærdiges på baggrund af et videnskabeligt grundlag.

*Forskingsspørgsmål 2* skal bidrage med viden om hvordan sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb kan bidrage til en forbedring af patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor, gennem viden om hvilke faktorer de sundhedsprofessionelle

oplever kan bidrage til at forbedre patientforløbet for kvinder med tidligere GDM. Da de eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindens rutinemæssige svangreomsorgsforløb besidder særlig viden omkring kvinderne og deres forløb, kan dette sammen med besvarelsen af *forskningsspørgsmål 1*, bidrage til at tilpasse specialets forslag til en forstærket indsats til en dansk kontekst.

Den samlede viden afdækket under *forskningsspørgsmål 1 og 2* vil dermed danne baggrund for besvarelsen af den overordnede problemformulering mhp. at bidrage med et forslag til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM, gennem en forbedring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM.

## 6. Metode

### 6.1 Specialets struktur

Specialets formål vil blive indfriet på baggrund af bearbejdningen af de to forskningsspørgsmål, som skal medvirke til at besvare specialets problemformulering.

De metoder, der anvendes, er derfor valgt på baggrund af hhv. *forskningsspørgsmål 1* og *forskningsspørgsmål 2*.

Til besvarelsen af *Forskningsspørgsmål 1* gennemføres et systematisk litteraturstudie, med det formål at afdække evidensen for hvad der kendetegner effektive og sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, for med baggrund heri at kunne skabe en forbedring af patientforløbet ud fra et evidensbaseret grundlag.

Til besvarelsen af *Forskningsspørgsmål 2* gennemføres der en empirisk undersøgelse, hvor data genereres gennem kvalitative interviews med eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, for herigennem at opnå viden om hvordan det er muligt, at forbedre patientforløbet og dermed forstærke den forebyggende indsats af T2DM.

### 6.2 Specialets overordnede videnskabsteoretiske position

Problemformuleringen vil fungere som et overordnet forskningsspørgsmål. Et forskningsspørgsmål skal være styrende for valg af forskningstype (63). Specialets problemformulering søger at forstå, hvordan en forbedring af patientforløbet, i overgangen mellem sekundær og primær sektor for kvinder med GDM, kan bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb og herigennem, medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM. Den forstående forskningstype ønsker at forstå et givet fænomen gennem viden, som er baseret helt eller delvist på den udforskedes perspektiv (63). Idet specialet ønsker at opnå forståelse af et givet fænomen, gennem bl.a. kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle, baseres en del af besvarelsen på de udforskedes perspektiver, hvorfor den overordnede problemformulering befinder sig under den forstående forskningstype. Dette med baggrund i, at valg af forskningstype bør bygge på det forskningsspørgsmål der ønskes besvaret (63).

Den forstående forskningstype hører under det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor ontologier som hermeneutikken og fænomenologien findes (63). Med afsæt i specialets ønske om forståelse af fænomenet forbedring af patientforløb for kvinder med tidligere GDM, vil specialets overordnede ontologi være hermeneutisk. Ontologi kan ses som forskerens grundlæggende antagelser om verden (64). Da specialets overordnede ontologi er hermeneutisk, trods inddragelse af to forskellige forskningstyper, vil den samlede besvarelse af problemformulering ske ud fra en hermeneutisk fortolkning. Dette betyder, at den samlede empiri vil blive fortolket gennem

specialets forforståelse og gennem anvendelse af relevant teori, som kan medvirke til at problemformuleringen besvares, og formålet for specialet indfries.

Hermeneutikkens grundantagelser bygger på den hermeneutiske cirkel, hvor forforståelsen anses som essentiel for forståelsen af det fænomen som undersøges. Det er gennem vekselvirkningen mellem forforståelse og forståelse, at der opnås en ny forståelse for et givent fænomen (65). Der er foretaget en indledende struktureret søgning til problemanalysen, som har bidraget til specialegruppens forforståelse, hvilket således bidrager til den forforståelse, som danner baggrund for udledningen af specialets formål og problemformulering.

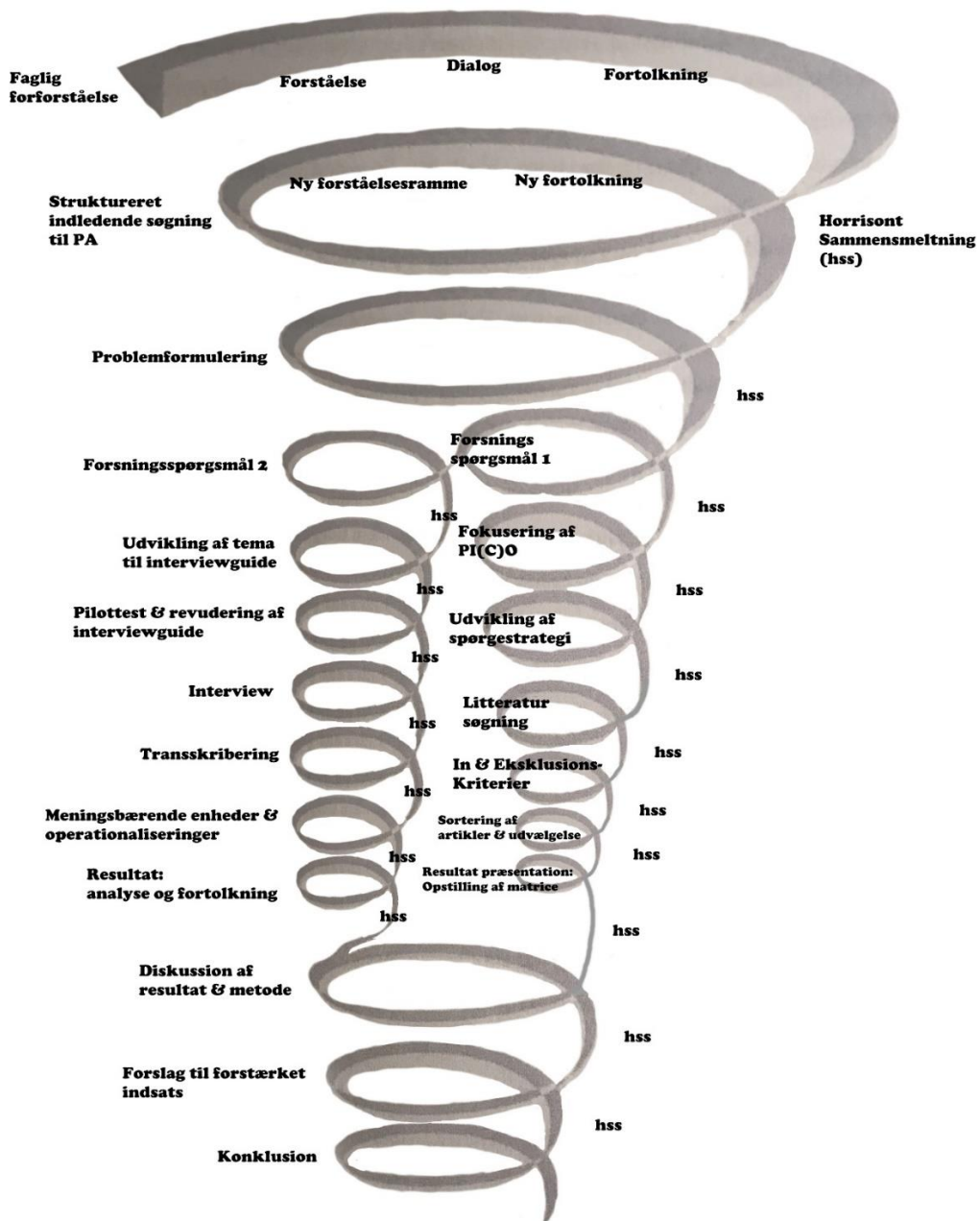
Gennem besvarelse af forskningsspørgsmål 1 og 2, sættes specialets forforståelse i spil mhp. at opnå nye delforståelser af det undersøgte, dette bidrager til en ny helhedsforståelse, som medvirker til at besvare problemformuleringen.

Den hermeneutiske tilgang i specialet vil tage udgangspunkt i Juuls (2012) udlægning af Gadamer's filosofiske hermeneutik (66). I den filosofiske hermeneutik overgår anvendelsen af den hermeneutiske cirkel fra at være et tekstanalyseredskab, til at være et ontologisk grundprincip, om menneskets væren i verden. Forforståelsen, bliver således ifølge Gadamer en forudsætning for al forståelse (66). Det er derfor ud fra en filosofisk hermeneutisk tilgang umuligt at undersøge en problemformulering objektivt. Specialegruppen vil derfor gennem specialet forsøge at være bevidste og eksplicite omkring den forforståelse, som ligger til grund for de beslutninger der tages. Dette vil komme til udtryk i en velbeskrevet metode, hvoraf til- og fravalg tydeliggøres, da disse bl.a. bunder i specialegruppens forforståelse. Herigennem søges der at give læseren indblik i de begrundelser, som ligger til grund for beslutningsprocessen, hvorved læseren gives mulighed for at vurdere kvaliteten af specialet.

Specialets overordnede hermeneutiske ontologi vil være styrende for epistemologien. Epistemologi er de grundlæggende antagelser om, hvordan erkendelse af verden er mulig (64). Da besvarelse af problemformuleringen sker gennem inddragelse af to forskningsspørgsmål, som befinder sig under forskellige forskningstyper, anvendes der to metodiske tilgange, hhv. systematisk litteraturstudie og kvalitative interview til besvarelse af den overordnede problemformulering. Empiriindsamlingen vil dermed være baseret på to forskellige forskningstyper, den forklarende forskningstype for *forskningsspørgsmål 1* og den forstående forskningstype for *forskningsspørgsmål 2*. Formålet hermed er, at de to metoder hver især skal bidrage med delforståelser, der tilsammen skal indgå i en ny helhedsforståelse af problemformuleringen og det overordnede formål. De særlige kendetegn for hver af de to forskningstyper vil blive beskrevet under hver af de respektive metodeafsnit. Den overordnede ontologi og epistemologi for specialet vil på baggrund af ovenstående være hermeneutisk. Dette er illustreret i figur 3 som en

hermeneutisk spiral, som skal illustrere den kontinuerlige udvikling der foregår i vekselvirkningen mellem dele og helheder, og som medvirker til at skabe en ny helhedsforståelse.

Figur 3: Den hermeneutiske spiral



### 6.3 Begrundelsesformer

Som beskrevet i ovenstående tager specialets forforståelse afsæt i teori og evidensbaseret viden indsamlet på baggrund af problemanalysen, hvorved forforståelsen gennem aktiv anvendelse danner det teoretiske udgangspunkt for hvordan problemfeltet anskues. En deduktiv tilgang har sit udgangspunkt i teori og udleder viden om verden herfra, hvorimod en induktiv tilgang udleder teori om verden ud fra empiri (67). Idet specialets forforståelse tager afsæt i teorier og evidensbaseret viden, samt inddrager relevant teori og begrebsafklaring omkring sammenhængende patientforløb i analysen af resultaterne, vil specialet overvejende have en deduktiv tilgang. Dette kommer bl.a. til udtryk gennem den strukturerede litteratursøgnings opbygning af søgefacter, som bygger på evidensbaseret viden, ligesom der anvendes relevant teori og begrebsafklaring i analysen og fortolkningen heraf. Da empirien som indhentes gennem de kvalitative interview, skal bidrage til at indhente viden om "verden", kan denne del af specialet anses som havende en induktiv karakter, idet denne bygger på informanternes oplevelse af det undersøgte. Empirien sættes dog i spil med teori og begrebsafklaringen omkring sammenhængende patientforløb, hvorved empiriens resultater bearbejdes ud fra en deduktiv tilgang.

### 6.4 Begrebsafklaring af "Et sammenhængende patientforløb"

For at opnå forståelse for begrebet sammenhængende patientforløb, vil der i nedenstående afsnit blive præsenteret en forklaring af, hvordan specialet karakteriserer dette. Begrebsafklaringen skal anvendes til "at åbne op" for resultaterne som fremkommer gennem litteraturstudiet og den indsamlede empiri, og anvendes i analysen og fortolkningen heraf. Anvendelse af en begrebsafklaring af "*Et sammenhængende patientforløb*" skal således bidrage til at "åbne op" for de resultater som fremkommer gennem de to anvendte metoder. At "åbne op" for resultaterne, kan sammenlignes med beskrivelse af teori som dåseåbner som er udledt af Høyer (2011), idet denne indkredser fænomener og åbner det undersøgte felt ved at sammenligne med andet litteratur (67). Teorien udvælges som en blandt mange, og kan som en del af den flydende ontologi forlades til fordel for andre anvendelige teorier gennem processen (67).

Begrebsafklaringen af "*Et sammenhængende patientforløb*", tager afsæt i det engelske begreb "*Continuity of care*" og tager afsæt i et review "*Defusing The Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*" af Reid et. al. (2002) (68).

"*Continuity of care*" kan, ifølge Reid et al. (2002) opnås gennem en flydende overgang af informationer mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, gode mellem menneskelige kompetencer og god forløbskoordination mhp. at opnå ensartning af omsorgen i patientens forløb. Sammenhængen i patientforløbet opstår, når omsorgens delelementer samles, således de

elementer, der udfolder sig over tid i patienternes forløb, bliver støttet og opretholdt, så fragmentering af omsorg undgås (68). Da "*Continuity of care*" medvirker til at undgå fragmentering af omsorg til patienten fra forskellige sundhedsprofessionelle, svarer det således til at der skabes sammenhæng i patientforløbet, derfor vil "*Continuity of care*" i dette speciale svarer til at skabe "*Et sammenhængende patientforløb*".

Et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, skal dermed tage afsæt i kvindens oplevelse af sammenhæng gennem hele hendes forløb, der involverer den omsorg kvinderne modtager ifm. graviditet, fødsel og barsel, forløbet med GDM og forløbet i postpartum perioden. Kvindernes sideløbende patientforløb bringer hende i kontakt med flere sundhedsprofessionelle, der hver især tilbyder omsorg og vejledning inden for deres specifikke felt. Ved at samle de enkelte forløb og skabe kontinuitet i de tiltag, der er opstartet, kan kvinden opleve, at der er konsekvens og støtte til at fastholde de ændringer og anbefalinger hun er blevet præsenteret for.

Ifølge Reid et al. (2002) er der to kerneområder og tre typer af kontinuitet i omsorgen, der er væsentlige for at skabe sammenhængende patientforløb. De to kerneområder i omsorgen er elementer, der er basale for at der kan opstå sammenhængende patientforløb. Disse kerneområder danner grundlag for at forstå de tre typer af kontinuitet i omsorgen, som er måder, hvorpå sammenhæng kan skabes. Disse elementer er gennemgående for de forskellige domæner i sundhedsvæsenet (68).

#### 6.4.1 Kerneområder

1. At den enkelte patient oplever at modtage støtte og omsorg i interaktionen med den sundhedsprofessionelle. Denne relation adskiller et sammenhængende patientforløb fra andre forløb i sundhedsvæsenet, f.eks. det koordinerende og interagerende forløb der er kendetegnende for interaktionen mellem sundhedsprofessionelle (68).
2. At forløbet er kontinuerligt betyder at støtte og omsorg fortsætter over tid, hermed er tiden er det der skiller interpersonel kommunikation i et enkelt møde fra en kontinuerlig relation, der skaber et terapeutisk forhold mellem patienten og den sundhedsprofessionelle (68).

Begge elementer skal være tilstede for at der kan opstå sammenhæng, men deres tilstedeværelse alene skaber ikke det sammenhængende patientforløb. For at der kan være sammenhæng, er det nødvendigt at patientforløbet opleves som koordineret og gnidningsfrit mellem sundhedsprofessionelle i patientens forløb og foregår kontinuerligt over tid og afhænger dermed af tre typer af kontinuitet (68). Kvinderne oplever manglende sundhedsprofessionel støtte i

postpartum forløbet, og oplever manglende kontinuitet og koordinering i overgangen mellem sektorer. Idet kvinderne oplever at mangle sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet, opfyldes det første kerneområde ikke. Dette gør sig ligeledes gældende for det andet kerneområde, idet kvinderne ikke oplever at forløbet er kontinuerligt, og fortsætter over tid. Det ses på baggrund heraf at kvindernes forløb i overgangen mellem sekundær og primær sektor ikke kan anses som værende et sammenhængende patientforløb, hvormed de tre kontinuiteter for denne begrebsafklaring ses at være anvendelig ift. at undersøge hvordan der skabes et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM.

De tre typer af kontinuitet i omsorgen, informations-, relations- og forløbskontinuitet er nært forbundne og bidrager sammen til at sikre et sammenhængende patientforløb med høj kvalitet af omsorg. Deres betydning for patientforløbet varierer ift. udbyderen af omsorg, hvorved de vil have større eller mindre vægt ift. hinanden (68). De tre typer af kontinuitet skal således alle være tilstede for at der kan være tale om et sammenhængende forløb, men behøver ikke at have en ligeværdig fordeling hos enhver sundhedsprofessionel repræsenteret i kvindernes patientforløb.

#### 6.4.2 Tre typer af kontinuitet i omsorgen

**1. Informationskontinuitet** er brug af information om tidligere hændelser og omstændigheder, til at målrette omsorg til den enkelte patient og dennes tilstand mhp. at skabe sammenhængende omsorg mellem forskellige forløb. Information skal indeholde informationer omkring patientens helbred, men også viden om patientens værdier, behov, ønsker og sociale kontekst, hvilket kan bidrage til at omsorg kan målrettes den enkelte patient. Denne viden kan opnås gennem et stabilt forhold mellem patienten og sundhedsprofessionelle, da et stabilt forhold bidrager til tillid og fortrolighed. Information kan kommunikeres mellem sundhedsprofessionelle og sektorer i nedskrevet form, elektronisk eller mundtligt fra den sundhedsprofessionelles hukommelse (68). De forskellige måder at kommunikere kan have indflydelse på, hvor righoldig information kommunikationen kan indeholde. Idet skriftlig information er en envejs kommunikation fra afsender til modtager, vil det begrænse informationen til kun at indeholde hvad afsender finder væsentligt, mens mundtlig kommunikation muliggør at informationen tilpasses modtagerens behov (69). Det er kun i det øjeblik informationen bliver fortolket og brugt af modtageren, at der opstår kontinuitet, idet informationen dermed bidrager til, at omsorgen målrettes den enkelte patient (68). For at skabe sammenhængende patientforløb skal informationen deles mellem sygehus, kommune og almen praksis, da de ofte bidrager med omsorg i forskellige dele af patientforløbet (70). Vidensdeling mellem de sundhedsprofessionelle i kvindens forløb kan bidrage til at skabe et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og mellem forskellige sundhedsprofessionelle. For at kvinderne kan opnå følelsen af sammenhæng mellem forløbene, er det ikke tilstrækkeligt at dele viden om



kvindens sundhedsforløb, idet de forhold, der er særlige for den enkelte kvinde også skal inddrages. Deling af information omkring kvindens forløb bidrager til, at kvinden kan opleve at omsorgen er målrettet hendes ønsker og behov i hele patientforløbet. Da vidensdeling alene ikke garanterer et sammenhængende forløb, skal der skabes en praksis, hvor denne information anvendes aktivt i mødet med kvinden.

**2. Relationskontinuitet** opnås gennem et fortløbende terapeutiske forhold mellem en patient og en eller flere sundhedsprofessionelle (68). Relationen mellem den professionelle og patienten vil præges af, at de har hver deres forklaringsmodel for sygdommen. Den professionelle vil ofte have fokus på de kliniske og videnskabelige forhold ved en sygdom, mens patienten vil lægge vægt på betydningen af sygdommen og behandlingsmål. I relationen vil det ofte være den professionelles synspunkt der præsenteres, idet patienten kan være usikker på, hvorvidt dennes forståelse er berettiget. Hvis ikke der er overensstemmelse mellem den professionelle og patientens sygdomsopfattelse, er der bl.a. risiko for, at patienterne ikke følger anbefalinger og behandling, at de modtager utilstrækkelig behandling, samt at de er utilfredse med den omsorg de modtager (58). Ved at høre patientens oplevelse af sygdoms- og behandlingsforløbet, opnås der forståelse for patientens ønsker, behov, styrker og sårbarheder og betingelser for at klare en given sygdom i samfundet og sundhedsvæsenet (71). I relationen mellem sundhedsprofessionelle og kvinder, der tidligere har haft GDM, kan der være et ulige forhold, ift. hvis forståelse af sygdomsforløbet der præsenteres. Åbenhed for kvindernes oplevelse af sygdoms- og behandlingsforløbet, kan bl.a. have betydning for forståelsen for den enkelte kvindes ønsker og behov, samt at kvinderne følger anbefalinger og oplever tilfredshed med forløbet. Et fortløbende forhold med en sundhedsprofessionel kan dermed have betydning for det sammenhængende patientforløb, idet der er mulighed for et indgående kendskab til kvinden og hendes forløb. Ifølge Reid et. al. (2002) er det, gennem et terapeutisk forhold mellem sundhedsprofessionel og patient, muligt at skabe et sammenhængende patientforløb mellem tidligere, nutidig og fremtidig omsorg, idet den sundhedsprofessionelle har kendskab til og forståelse for patienten som person. Gennem relationskontinuitet kan der opnås et gensidigt forhold, hvilket kan føre til, at patienten oplever loyalitet over for den sundhedsprofessionelle, ligesom den sundhedsprofessionelle oplever et ansvar for den enkelte patient. Oplevelsen af ansvar for patienten kan bidrage til at skabe sammenhæng mellem forskellige patientforløb, ligesom det kan bidrage til en forbedring af informationskontinuiteten i kraft af et dybere kendskab til patienten (68). Tilknytning mellem kvinder med GDM og en eller flere sundhedsprofessionelle kan bidrage til sammenhængende patientforløb i kraft af en personlig relation. Da kvinderne oplever at være alene med ansvaret for at komme til screening og forebyggende livsstilsinterventioner, skal der derfor etableres en kontinuerlig kontakt i kvindernes forløb, der kan have en tovholder funktion. Denne kontakt kan etableres med flere

sundhedsprofessionelle, men det er det indgående kendskab til kvinden, der vil bidrage til en sammenhæng i overgangen mellem patientforløbene, så kvinden oplever kontinuerlig omsorg.

**3. Forløbskontinuitet** bidrager til, at omsorg fra forskellige sundhedsprofessionelle er forbundet, så det skaber sammenhæng i patientens forløb. Forløbskontinuitet fokuserer i modsætning til relationskontinuitet ikke på patienten som person, men i stedet på specifikke sundhedsproblemer. Planer for patienternes forløb kan sikre konsekvens i implementering af omsorg samt sikre, at forskellige elementer i patientens forløb komplementerer hinanden, så indsatser ikke bliver glemt, gentaget eller falder på det forkerte tidspunkt. Dette er særligt vigtigt, når patienternes forløb bevæger sig mellem flere sektorer, da forløbskontinuiteten ofte ophører, når patienten skifter mellem afdelinger eller sektorer (68). Gennem planer for patientens forløb er det muligt at tydeliggøre mål, behandlinger og ansvar for indsatser i patientforløbet, samt tage højde for individuelle behov. Disse planer er især anvendelige, når patientforløbet involverer indsatser fra flere sundhedsprofessionelle og flere dele af sundhedsvæsenet (68). I udarbejdelsen af en koordineret indsats, er der behov for at alle deltagere, f.eks. sygehus og kommune, har mulighed for at udfylde den rolle de tildeles. Planlægning af indsatser skal derfor ske under hensyntagen eller i samarbejde med de involverede parter. En forudsætning for at dette kan medvirke til at skabe et sammenhængende patientforløb er, at der skabes forbindelseslinjer mellem de forskellige parter, f.eks. gennem samarbejdsaftaler, kontaktudvalg og koordineringsgrupper (70). Etablering af planer for omsorg i kvindernes forløb kan bidrage til, at sikre sammenhængende patientforløb i overgangen mellem sektorer. Da kvinder med tidligere GDM oplever at mangle sundhedsprofessionel støtte efter fødslen skal der udarbejdes planer, der inddrager kvindernes postpartum periode. Eftersom disse planer er anvendelige, når der inddrages flere sundhedsprofessionelle i patientforløbet, kan de bidrage til en bedre oplevelse af sammenhæng for kvinder med tidligere GDM. Planer for forløbet kan ligeledes præcisere hvem der har ansvaret for indsatser ift. kvindernes patientforløb, hvorved kvinderne kan opleve at have en ansvarlig sundhedsprofessionel, der tager ansvar for at støtte kvinderne i forebyggelse af T2DM postpartum. Sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM er således et resultat af, at kvinderne over tid har tilstrækkelig adgang til omsorg, at de sundhedsprofessionelle opnår en god relation til kvinderne, at der eksisterer et godt flow af informationer og brug af disse mellem de sundhedsprofessionelle og sektorer, samt god koordinering af indsatser mellem de involverede sundhedsprofessionelle i kvindernes patientforløb.

For at skabe et sammenhængende patientforløb for kvinderne, skal der være mindst en af de sundhedsprofessionelle i hendes forløb, som bidrager til at skabe relationskontinuitet, da dette medvirker til at kvinderne oplever forløbet som en samlet indsats, hvor de har tillid til, at deres

behov bliver taget hånd om, ligesom det kan medvirke fremtidige indsatser kan målrettes specifikt til hende.

Kendskabet til kvinden kan desuden bidrage til, at der i omsorgen kan skabes sammenhæng mellem kvindernes hverdagsliv, sygdomsforløb og forebyggelse af T2DM. Det er således ikke tilstrækkeligt, at der eksisterer enkelte patientforløb, der tager over for hinanden, som i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, uden at inddrage GDM forløbet. Der er i stedet brug for, at informationer overgives mellem de enkelte forløb og til kvinden selv, således der er konsekvens i indsatsen for kvinder med tidligere GDM. Denne informationskontinuitet understøttes af forløbskontinuitet, da den bidrager til, at ansvar og opgaver i den enkelte kvindes patientforløb er kendt af både kvinden og de sundhedsprofessionelle, således kvinden oplever, at få sundhedsprofessionel støtte. De tre typer af kontinuitet har dermed tilsammen betydning for kvindernes oplevelse af et sammenhængende patientforløb.

## 6.5 Litteratursøgning

### 6.5.1 Indledende systematiske litteratursøgning

Den indledende systematiske litteratursøgning indgår som en del af den viden, der har dannet rammen om problemanalysen og dermed problemformuleringen. Den indledende søgning har derfor bidraget til specialegruppens forforståelse kan anses som en del af den forforståelse som indleder den hermeneutiske spiral, figur 3. Den indledende systematiske litteratursøgning fremgår af Bilag 2. Den indledende systematiske søgning til problemanalysen bidrager til at definere problemfeltet, der danner grundlag for problemformuleringen. Et scope gør det muligt at fokusere forskningsspørgsmålet, således det danner rammen for den videre arbejdsproces (72), hermed kan indsnævringen af problemfeltet gennem den indledende strukturerede søgning sammenlignes med et scope. Da de systematiske søgninger til problemanalysen bidrager til at indsnævre problemfeltet, tager formålet med specialet, problemformuleringen og de fokuserede forskningsspørgsmål afsæt heri, og dermed danner disse søgninger grundlag for den videre bearbejdning.

## 6.6 Systematisk litteraturstudie

Det systematiske litteraturstudie har til formål at afdække evidensen for, hvad der kendetegner effektive og sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, som grundlag for at kunne skabe en forbedring af patientforløbet ud fra et evidensbaseret grundlag. Herigennem søges svar på hvilke tiltag der findes effektive til at sikre et sammenhængende patientforløb for denne gruppe af kvinder.

Kausale sammenhænge karakteriserer den forklarende forskningstype (63). Gennem forskningsspørgsmål 1 søges der at forklare forholdet mellem indsatsen, værende det sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, og effekten heraf ift. forebyggelse af T2DM, og dermed belyse en kausalitet mellem disse. Her vil det systematiske litteraturstudie inddrage studier, der er baseret på den forklarende forskningstype. Denne forskningstype har sine rødder i det empirisk-analytiske paradigme, og bygger på en positivistisk grundantagelse om verden, også kaldet en positivistisk ontologi (63). Den positivistiske ontologi kan anses som stabil, hvor verden som udgangspunkt opfattes som underlagt visse basale og relativt uforanderlige spilleregler, hvor faktorer kan forventes at have den samme effekt hver gang, hvilket er karakteristisk for den kvantitative forskning (67). Den forklarende forskningstype søger viden gennem eksperimentelle designs, f.eks. RCT-studier og case-control studier (63). Det systematiske litteraturstudie vil på den baggrund inddrage videnskabelige studier af kvantitativ karakter, der lever op til de kvalitetskriterier, som gør sig gældende for den forklarende forskningstype, herunder en præsentation af resultater, som rummer de kendetegn der gør sig gældende for resultatpræsentationen inden for den forklarende forskningstype. Kvalitetskriterierne er her reliabilitet (pålidelighed), validitet (gyldighed) og generaliserbarhed, og resultatpræsentationerne er tal, tabeller og analyser (63).

Specialets systematiske litteraturstudie søger at leve op til de resultatpræsentationer og kvalitetskrav, der befinder sig inden for den forklarende forskningstype og vil tage udgangspunkt i strukturen for et litteraturreview.

Et systematisk review er kendetegnet ved at overholde en specifik og reproducerbar metode, som anvendes til at identificere, udvælge og vurdere alle studier, som fremkommer gennem en struktureret søgning, baseret på et fokuseret forskningsspørgsmål. Herigennem identificeres alt tidligere forskning indenfor det givne felt. Den fremsøgte litteratur vurderes ud fra specifikke krav og kvalitetskriterier, som er relevant for studiets forskningstype (72–74). Denne systematiske metode skal bidrage til, at besvarelsen af det forklarende forskningsspørgsmål, og dermed den samlede besvarelse af problemformuleringen, bygger på videnskabelig evidens af høj kvalitet. En systematisk og grundig tilgang til litteratursøgning bidrager til at sikre at alt relevant litteratur fremsøges således at resultaterne og dermed besvarelsen af problemformuleringen hviler på et robust grundlag (75), hvor denne skal bidrage med et forslag til at forbedre patientforløbet for kvinder med tidligere GDM og herigennem forstærke den forebyggende indsats af T2DM. I de følgende afsnit vil der blive givet dokumentation for anvendte søgeord, metoder og in- og eksklusionskriterier for at sikre transparens og reproducerbarhed. Desuden vil der blive redegjort for hvilke etablerede standarder, der anvendes til at vurdere de inkluderede studiers kvalitet, ligesom der redegøres for hvordan afrapporteringen af resultaterne vil blive præsenteret.

### 6.6.1 Fokusering af forskningsspørgsmålet ved anvendelse af PICO

Et præcist forskningsspørgsmål angiver retningen for litteratursøgningen samt udvælgelsen og vurderingen af litteraturen (76).

Et fokuseret forskningsspørgsmål formuleret med udgangspunkt i specialets problemformulering danner udgangspunktet for specialets litteratursøgning. Som redskab til at fokusere forskningsspørgsmålet anvendes PICO modellen, idet denne kan hjælpe til at fokusere, strukturere, konkretisere samt at afgrænse en litteratursøgning (72).

Da formålet med litteratursøgningen er at identificere litteratur, som kan besvare hvad der kendetegner effektive og sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM og ikke litteratur som er kendetegnet ved at måle på sammenligningsgrundlag (comparaison), vil dette element udgå fra litteratursøgningen. Strukturen fra PICO bevares, idet at søgninger med udgangspunkt i denne struktur er mere præcise og uddybende (77,78). PICO strukturen er på den baggrund modificeret til en PIO struktur som er opbygget ved at udtage *Comparaison-elementet (C)* og omhandler derfor elementerne *Patient (P)*, *Intervention (I)* og *Outcome (O)*.

I specialet omsættes PIO-modellen til; (*P*) = *Kvinder med tidligere GDM* og (*I*) = *Sammenhængende patientforløb* og (*O*) udgøres af som tre forskellige mål for effekt af sammenhængende patientforløb; (*O*) = *“Graden af deltagelse i forebyggende livsstilsinterventioner”* og *“graden af deltagelse i årlige screeninger hos praktiserende læge”*. Ved kombination af disse elementer fremkommer en søgning med få hits, hvilket giver anledning til at revurdere strategien for søgningen, således at den opbygges som to facetter og outcome målene vil identificeres ved gennemlæsning af studier. Denne tilgang giver desuden mulighed for at identificere nye outcome mål, der ikke er fundet gennem problemanalysen. Kernebegreberne i denne søgning kan ses i nedenstående tabel 1.

Tabel 1: PI(CO) - Anvendte kernebegreber

Patient (P)	Intervention (I)
Kvinder med tidligere GDM	Sammenhængende patientforløb

### 6.6.2 Søgeord

For hver del af PI(CO) modellen, skal der anvendes relevante søgeord, disse fremsøges som udgangspunkt som kontrollerede emneord, også kaldet en thesaurus.

Kontrollerede emneord har til formål at sikre en ensartet indeksering af studier, som omhandler samme emne og hermed fremsøges alle studier, som er indekseret under samme kontrollerede emneord (79). Forskellige søgedatabaser kan anvende forskellige kontrollerede emneord for det samme emne (76), hvorfor de enkelte facetter tilpasses den enkelte søgedatabase. Søgning på

kontrollerede emneord vil i specialet blive suppleret med fritekstsøgninger. Fritekstsøgninger kan medføre upræcise søgninger, men kan bidrage til at medtage studier, som endnu ikke er indekserede, da det kan være forskelligt, hvor hurtigt den enkelte søgedatabase opdateres ift. indeksering (79). Fritekst søgning inkluderes desuden, da ikke alle databaser har en thesaurus funktion. *Interventionen (I)*, sammenhængende patientforløb, som udgør facet 2 i søgestrategien, er i specialet fundet vanskelig at finde som et specifikt indekseret emneord, hvorfor denne er fremsøgt gennem et bredt udvalg af fritekstord, fundet gennem læsning af studiers abstracts. Eksempel på emneord, fritekstord og de to opstillede facetter fremgår af tabel 2, som viser et eksempel på en søgestrategi i Embase. Tilsvarende søgestrategier med emneord, friteksteord og de to facetter for de resterende udvalgte databaser findes i bilag 2, hvor antallet af hits på hvert enkelt emneord og fritekstord ligeledes kan findes.

Tabel 2: Eksempel på søgning i Embase

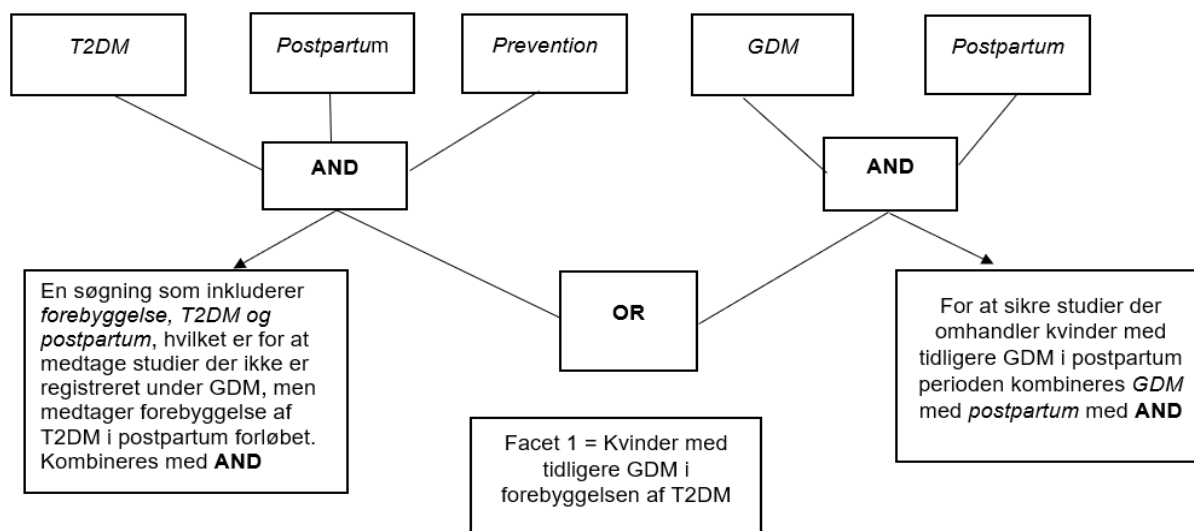
AND	
OR	Kvinder med tidligere GDM (P) Sammenhængende patientforløb (I)
<p><b>Facet 1:</b></p> <p><b>Gestational diabetes:</b>  <b>Emtree:</b>            - "Pregnancy diabetes mellitus"</p> <p><b>Fritekst:</b>            - "GDM"            - "gestational diabetes mellitus"            - "diabetes mellitus gestational"            - "pregnancy diabetes mellitus"</p> <p><b>Postpartum:</b>  <b>Emtree:</b>            - "postnatal care"</p> <p><b>Fritekst:</b>            - "Postnatal care"            - "postpartum"            - "post partum"            - "Puerperium"</p> <p><b>Forebyggelse:</b>  <b>Emtree:</b>            - "Prevention"</p> <p><b>Fritekst:</b>            - "Prevention intervention"            - "Prevention"</p> <p><b>T2DM:</b>  <b>Emtree:</b>            - "non insulin dependent diabetes mellitus"</p> <p><b>Fritekst:</b>            - "type 2 diabetes mellitus"            - "type two diabetes mellitus"            - "non insulin dependent diabetes mellitus"</p>	<p><b>Facet 2:</b></p> <p><b>Emtree:</b>            - "Patient care"            - "integrated health care system"            - "shared care" (candidate term)            - "integrated care" (candidate term)</p> <p><b>Fritekst:</b>            "patient care"            "patient-centered care"            "patient centered care"            "patient centred care"            "continuity of care"            "continuity of patient care"            "shared care"            "enhanced care"            "enhanced patient care"            "integrated health care system"            "integrated health care"            "people centered care"            "integrated care"            "patient care transitions"            "care transitions"            "continuum of care"            "patient focused care"            "comprehensive health care"</p>

Ved anvendelse af fritekstsøgning i databaserne anvendes trunkering "\*" for at udvide ordstammen, hvilket bidrager til at søgningen indfanger alle bøjninger eller sammensætninger af det ord der trunkeres (80). Da anvendelse af trunkering udvider søgeordets ordstamme, vil det i specialet bidrage til at inddrage studier, der anvender bøjninger af de afsøgte søgeord. Litteratursøgningen udføres i internationale databaser, hvorfor kontrollerede emneord og fritekstsøgninger skal oversættes til engelsk (79). Da databaserne vil have forskellige kontrollerede emneord for samme emne, vil disse blive afdækket for hver enkelt database, ligesom der vil

anvendes et bredt udvalg af engelske termer for hvert søgeord til fritekstsøgning, for at inddrage flest mulige studier i specialets strukturerede litteraturgennemgang.

De boolske operatører "AND" og "OR" anvendes til at kombinere søgeord. Ved at kombinere søgeord med "OR" udbredes søgningen til at indeholde alle søgte ord, mens søgeord som kombineres med "AND" anvendes for at indsnævre og præcisere søgningerne til kun at indeholde studier, hvor alle søgeord indgår (81). Da det ikke har været muligt at indfange et søgeord som dækker populationen "Kvinder med tidligere GDM" er facet 1 opbygget gennem en søgning, hvor det er flere ord som er fremsøgt enkeltstående, hvorefter de er kombineret med OR og endeligt med AND. Dokumentation af søgeresultater findes i bilag 2.

For at indfange populationen; kvinder med tidligere GDM, søges der derfor både på GDM sammen med postpartum og T2DM sammen med postpartum og forebyggelse. Denne tilgang anvendes, da der i specialet er en forventning om, at ikke alle studier der omhandler forebyggelse af T2DM i postpartum forløbet er registreret med GDM. Hermed fremkommer facet 1, *Populationen (P)*, se figur 4.



**Figur 4:** Illustration af opbygningen af facet 1 (GDM AND postpartum) kobles og dernæst kobles (forebyggelse AND T2DM AND postpartum). Disse to kobles dernæst med OR for at inddrage alle studier der omhandler disse facetter. Søgningen for population (P) opstilles således: ((GDM AND postpartum) OR (forebyggelse AND T2DM AND postpartum)). For at indsnævre søgningen, så den relaterer til Intervention (I), sammenhængende patientforløb, kobles relevante søgeord for dette til Population (P) med AND. Søgningen vil således være: ((GDM AND postpartum) OR (forebyggelse AND T2DM AND postpartum)) AND "sammenhængende patientforløb".

### 6.6.3 Databaser

Udvælgelse af databaser bidrager til litteratursøgningen omfatter alle relevante områder og dermed at alle relevante studier identificeres (75). De forskellige database indeholder forskellige fokusområder, hvor det i tillæg er væsentligt at være opmærksom på, at der kan være flere udbydere af den samme database, og dermed et overlap. Der er udvalgt følgende databaser:

PubMed, EMBASE, CINAHL, Sociological Abstract og Cochrane Library. Af bilag 2 fremgår de enkelte databasers indhold, der ligger til grund for valget af disse.

#### 6.6.4 In- og eksklusionskriterier

Studier fra den systematiske litteratursøgning udvælges på baggrund af in- og eksklusionskriterier. Kriterierne er med til at sikre, at udvælgelsen har samme udgangspunkt på trods af, at denne foretages af flere personer. Tydelige in- og eksklusionskriterier er med til at sikre stringens og systematik i søgeresultaterne (80,81). Formålet med in- og eksklusionskriterier er, at udvælgelsen af relevante studier til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1, har udgangspunkt i en systematisk og stringent udvælgelsesproces, som er ensartet gennem hele processen. Disse fremgår af tabel 3.

Tabel 3: In- og eksklusionskriterier for udvælgelse af studier.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvinder med GDM, eller tidligere GDM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omhandler ikke kvinder med tidligere GDM</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vestlige højindkomstlande, herunder Canada, USA og Australien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Andet sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientforløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientforløb indgår ikke</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forebyggelse af T2DM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omhandler Screening for og behandling af GDM under graviditeten</li> <li>Omhandler ikke forebyggelse af T2DM</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handler om anden sygdom/komplikation ifm. graviditet eller fødsel for enten mor eller barn</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omhandler fødsels-outcome</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omhandler T1DM kendt inden graviditet</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er et "letter to the editor"</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommer ikke fra vestlige højindkomstlande</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er en protokol</li> </ul>

#### 6.6.5 Udvalgelse af litteratur

Fokus for udvælgelse af litteratur er at finde de tiltag, der er effektive til at sikre et sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i de opsatte mål for outcome: *"Graden af deltagelse i screeninger hos praktiserende læge"* og *"Graden af deltagelse i forebyggende livsstilsinterventioner"*. Disse outcomemål er udvalgt på baggrund af problemanalysen, hvoraf det er fremanalyseret at disse outcomemål kan anses som væsentlige faktorer i forebyggelsen af T2DM hos kvinder med tidligere GDM. Studier fra den systematiske litteratursøgning vil blive sorteret gennem flere faser.

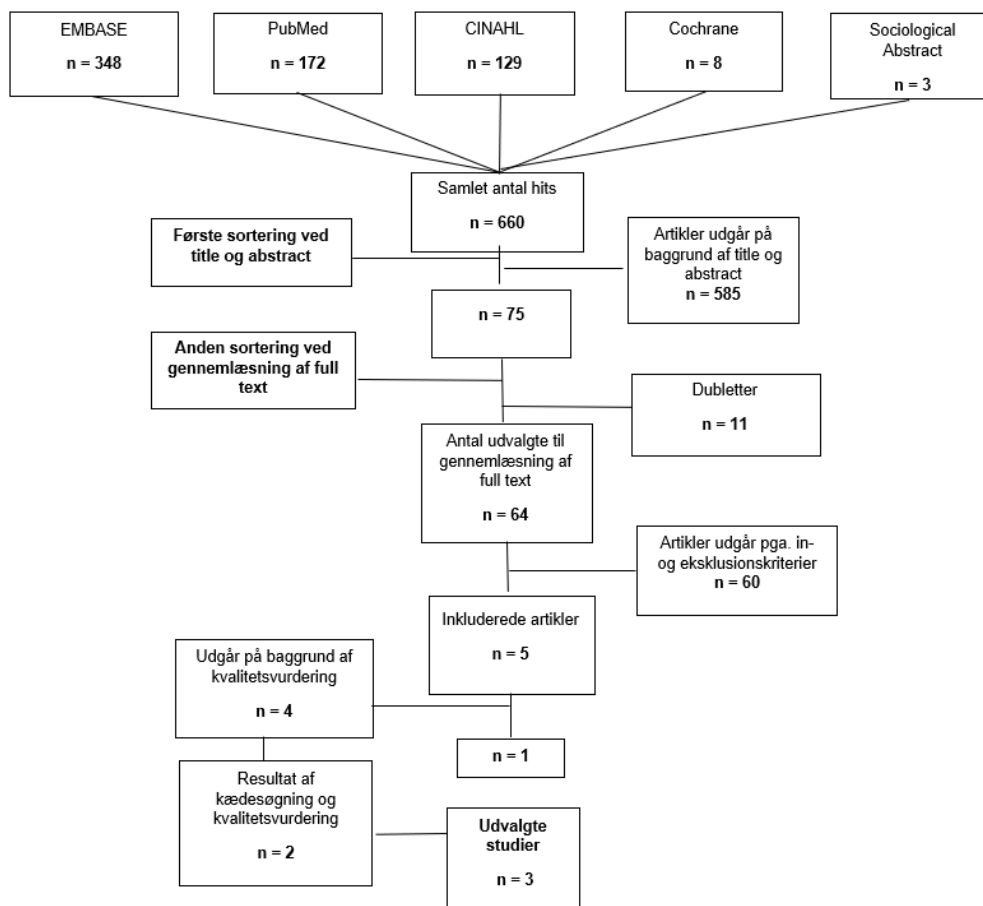
Under identifikationen registreres det samlede antal studier identificeret på baggrund af PI(CO) søgningen. Disse reduceres gennem screening af overskrift og abstract. Denne screening vil tage afsæt i specialets in- og eksklusionskriterier. For at opnå bedst muligt overblik over de fremsøgte



studier, vil titel og abstract blive læst af to af speciale gruppens medlemmer i en proces og udvælgelsen vil blive baseret på begge.

Studier udvalgt på titel og abstract vil blive gennemlæst af alle specialegruppens medlemmer mhp. egnethed ift. in- og eksklusionskriterier og udvalgte outcomemål. Af nedenstående flowchart, figur 5, fremgår sorteringen af de fremsøgte studier. Yderligere informationer omkring antal hits fremkommet gennem den strukturerede søgning kan findes i bilag 2.

Figur 5: Flowchart af udvælgelse af litteratur



Af figur 5 fremgår det at to reviews udgår på baggrund af kvalitetsvurdering ud fra gældende kvalitetsvurderingsværktøj (Bilag 3), idet deres metodemæssige kvalitet ikke gjorde dem egnede til at indgå i specialet. Et af disse reviews "*Interventions to Improve Rate of Diabetes Testing Postpartum in Women With Gestational Diabetes Mellitus*" af Hamel et. al. (2017) (82), fremstiller dog flere resultater, som virker relevante ift. forskningsspørgsmålet, hvorfor fire af de inkluderede studier i reviewet fremsøges ved kædesøgning. Blandt disse fire var et studie "*Impact of an intensive follow-up program on the postpartum glucose tolerance testing rate*" af Mendez-Figueroa et. al. (2017) (83), allerede udvalgt på baggrund af oprindelig søgestrategi. Ud af de tre resterende studier som er fremsøgt gennem kædesøgningen, inkluderes yderligere 1 studie "*Postpartum screening for diabetes after a gestational diabetes mellitus-affected pregnancy*" af Dietz et. al

(2008) (84). De resterende to studier fremsøgt gennem kædesøgningen udgik på baggrund af manglende relevans jf. in- og eksklusionskriterierne.

Det andet review "*Optimizing postpartum care for the patient with gestational diabetes mellitus*" af Martinez et. al. (2017) (85), udføres ligeledes kædesøgning, idet der i reviewet indgår et studie der pga. relevans for forskningsspørgsmålet fremsøges via kædesøgning. Studiet: "*A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes*" af Vesco et. al. (2012) (86), inkluderes herefter. Dette studie genfindes efterfølgende i reviewet af Hamel et. al. (2017) (82), dog har de to reviews præsenteret resultaterne forskelligt, hvorfor studiet ikke blev fremsøgt under første kædesøgning. Studier der er fremkommet via. kædesøgning og som efterfølgende inkluderes i litteraturstudiet, kvalitetsvurderes herefter.

### 6.6.6 Kvalitetsvurdering af litteratur

Der er på baggrund af den systematiske litteratursøgning udvalgt relevante studier til besvarelse af forskningsspørgsmål 1. Disse vil, jf. ovenstående afsnit, blive kvalitets vurderet ud fra værktøjer relevante for de valgte studietyper.

Ved at vurdere studiernes kvalitet ved hjælp af relevante kvalitetsvurderingsværktøjer, er det muligt at vurdere om studiets formål, design og metode er af en rimelig kvalitet og lever op til den metode de angiver at anvende. Kvalitetsvurderingsværktøjer bidrager med en metode, der er relativt objektiv, kan dokumenteres og som kan reproduceres. Da kvalitetsvurderingsværktøjerne bidrager til at ensarte kvalitetsvurderingen, er der bedre mulighed for at vurdere de enkelte studier op mod hinanden (87). Kvalitetsvurderingen af studier undersøger om der indgår metodiske fejl (bias), der har indflydelse på de resultater, der opnås. Eftersom risikoen for metodiske fejl vil variere mellem forskellige studiedesign, skal disse vurderes ud fra forskellige kvalitetskriterier og dertilhørende relevant tjekliste (75). Der vil på baggrund risikoen for metodiske fejl i studierne tages højde for både bias og confounding i vurderingen af studierne. Bias kan optræde som henholdsvis informationsbias og selektionsbias. Informationsbias kan på baggrund af fejlagtige rapporterede informationer give anledning til over- eller underestimering af resultatet (88). Selektionsbias handler f.eks. om, om studiepopulationen er tilfældig udvalgt, dvs. om stikprøven er repræsentativ for den population, som der søges at generalisere til (89). Confounding omhandler forveksling eller sammenblanding af årsager outcome og eksponering (90).

I specialets udvælgelse af studier, vil studier der er inkluderet efter gennemlæsning, blive vurderet vha. kvalitetsvurderingsværktøjer, der er relevant for det anvendte studiedesign. Disse kvalitetsvurderingsværktøjer findes hos Joanna Briggs Institute (91), et internationalt anerkendt institut, der siden 1990'erne systematisk har arbejdet med evidensbaseret praksis. Igennem

anvendelse af disse værktøjer vil specialegruppen søge at inddrage studier, der har den bedste metodemæssige kvalitet. Da kvalitetsvurdering bidrager til en ensartet bedømmelse af studier, vil anvendelse af værktøjet ligeledes medvirke til en mere ensartet bedømmelse af studierne fra specialegruppens medlemmer. Kvalitetsvurderingerne af de enkelte studier findes i bilag 3. Af nedenstående tabel 4 fremgår et samlet overblik over de udvalgte studier til kvalitetsvurdering, samt resultater af kvalitetsvurderingen. Studier der scorer under 3 point udgår, da det herudfra vurderes at studiet er af for dårlig metodisk kvalitet.

Tabel 4: Kvalitetsvurdering af studier

Studie	Studie design	Resultat af kvalitetsvurdering	Indgår	Udgår
<i>"Interventions to Improve Rate of Diabetes Testing Postpartum in Women with Gestational Diabetes Mellitus"</i> Maureen S. Hamel og Erika F. Werner, 2017	Review	Scorer 1 point ud af 11 mulige, pga. dårlig metodebeskrivelse, der ikke muliggør vurdering af den metodiske kvalitet.		<b>x</b>
<i>"Optimizing postpartum care for the patient with gestational diabetes mellitus"</i> Noelle G. Martinez, Charlotte M. Niznik, Lynn M. Yee 2017	Review	Scorer 2 point ud af 11 mulige, pga. dårlig metodebeskrivelse, der ikke muliggør vurdering af den metodiske kvalitet.		<b>x</b>
<i>"Postpartum management for gestational diabetes mellitus: policy and practice implications."</i> Jane Faith Kapustin, 2008	Review	Scorer 2 point ud af 11 mulige, pga. dårlig metodebeskrivelse, der ikke muliggør vurdering af den metodiske kvalitet.		<b>x</b>
<i>"Impact of an intensive follow-up program on the postpartum glucose tolerance testing rate"</i> Hector Mendez-Figueroa et. al., 2014	Kohorte studie	Scorer 10 ud af 11 mulige point. Det angives ikke om der er lavet bortfalds analyse ift. de kvinder, det ikke er muligt at kontakte postpartum.	<b>x</b>	
<i>"A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes"</i> Kimberly K. Vesco et. al., 2012	Kohorte studie	Scorer 10 ud af 11 mulige point. Det angives ikke hvordan bortfald håndteres, fraset at de censureres ud af resultaterne, ved frafalds tidspunkt. Det er således ikke muligt at se særlige karakteristika, ved kvinder der ikke fuldfører. Dette gælder både for intervention og kontrolgruppen	<b>x</b>	
<i>"Postpartum screening for diabetes after a gestational diabetes mellitus-affected pregnancy"</i> Patricia M. Dietz et. al. 2008	Kohorte studie	Scorer 10 ud af 11 mulige point. Det er uklart præcis hvordan outcomes måles, idet der ikke er transparens mellemtekst og tabeller.	<b>x</b>	
<i>"Babies Need Healthy Moms: An Innovative Postpartum Screening and Education Class for Women Who Had Gestational Diabetes Mellitus"</i> Marie A. Frazzitta, Michele Anderson, Elizabeth Egan 2013	Tværsnitstudie	Scorer 2 ud af 8 mulige point. Det fremgår ikke på hvilket grundlag de statistiske beregninger er foretaget og på hvilken baggrund resultaterne fremkommer.		<b>x</b>

### 6.6.7 Afrapportering af resultater

Resultaterne som fremkommer af litteraturstudiet præsenteres i en tabeloversigt, hvoraf der vil fremgå relevante oplysninger for det enkelte studie. Resultaterne af studierne vil gennem anvendelse af relevant teori og begrebsafklaring af "et sammenhængende patientforløb" "åbnes op", hvorigennem resultaterne vil analyseres og fortolkes mhp. at besvare forskningsspørgsmål 1. Et særligt kendetegn for afrapportering af studier indenfor den systematiske tilgang som anvendes i reviews, er matriceformer, som medvirker til at skabe struktur og overblik over inkluderede studier (74). Denne tilgang har inspireret til måden hvorpå resultaterne for litteraturstudiet præsenteres. At resultater præsenteres gennem tal, tabeller er

ligeledes kendetegnet for den forklarende forskningstype (63), hvorfor resultaterne af studierne vil fremstilles på baggrund heraf.

## 6.7 Kvalitativt interview

Gennem kvalitative interviews ønskes det at forstå, hvordan sundhedsprofessionelle oplever patientforløbet for kvinder med tidligere GDM. Da det at forstå, gennem subjektive fortolkninger og undersøge hvilke meninger subjekter tillægger fænomener i bestemte kontekster, kendetegner den forstående forskningstype (63), befinder forskningsspørgsmål 2 sig inden for den forstående forskningstype. Denne forskningstype har rødder inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme og bygger på ontologier som hermeneutik og fænomenologi (64). I disse ontologier søges der at opnå en mere nuanceret forståelse, hvorfor den er flydende og kan anses som foranderlig, hvilket kendetegner den kvalitative forskning (67). Det dominerende perspektiv indenfor denne ontologi er den udforskede og forholdet mellem forsker og den udforskede vil være præget af nærhed og interaktion (64). Den måde at indhente viden på karakteriserer en flydende epistemologi, hvor viden om verden ses som noget foranderligt, der er nuanceres gennem en konstant foranderlig verden, hvor perspektivet på verden afhænger af hvordan den undersøges (67). Den flydende epistemologi fordre således, at viden indhentes gennem metoder som erkender at verden er foranderlig og forskellig afhængigt af den der undersøger den. Dette kan gøres gennem metoder som anvender beskrivelser, analyse og fortolkninger af det undersøgte, hvilket kendetegner den forstående forskningstype (63).

Da forskningsspørgsmålet søger at finde svar på hvordan sundhedsprofessionelle gennem deres fagprofession oplever patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, vil den anvendte metode til opnåelse af indsigt i dette, foregå gennem kvalitative interview. Da det er særligt vigtigt indenfor den kvalitative forskning at den videnskabsteoretiske position er tydeligt beskrevet, idet den påvirker hele forskningsstrategien (92), vil den hermeneutiske tilgang til interviewene blive beskrevet i efterfølgende afsnit. Kvalitetskriterierne indenfor den forstående forskningstype er ifølge Launsø et. al. (2011) gennemsigtighed, validitet, helhed, spejl og overførbarhed (63). Kvalitetsvurderingen af den indhentede empiri vil dog tage udgangspunkt i begreberne kohærens og konsistens, som er beskrevet af Justesen et. al. (2016), da disse findes mere anvendelige (93). Anvendelse af kvalitetsbegreberne, vil beskrives i et selvstændigt afsnit i det nedenstående.

### 6.7.1 Filosofisk Hermeneutik tilgang til kvalitative interview

Da der gennem forskningsspørgsmål 2 søges at opnå forståelse for, hvilke faktorer de sundhedsprofessionelle oplever, kan medvirke til, at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng, samt hvordan de oplever, at patientforløbet for kvinderne kan

forbedres, vil de kvalitative interview tage afsæt i de individuelle sundhedsprofessionelles sundhedsfaglige perspektiver på problemfeltet. Hermed vil besvarelsen tage udgangspunkt i den sundhedsprofessionelles subjektive faglige forforståelse og oplevelse af det undersøgte. I den hermeneutiske ontologi er forforståelsen et grundvilkår og en forudsætning for at kunne forstå, og dermed er forforståelsen en central del af menneskets fortolkningshorisont. Det er således kun gennem fortolkning at der opnås ny erkendelse (66). Da der gennem ønsket om at opnå forståelse for den enkelte sundhedsprofessionelles oplevelse, vil de kvalitative interview være rettet mod de sundhedsprofessionelles forforståelse af det undersøgte, hvormed de kvalitative interviews vil tage udgangspunkt i hermeneutikken og dennes grundantagelser omkring den hermeneutiske cirkel. Ved at inddrage de sundhedsprofessionelles faglige forforståelse, samt specialegruppens forforståelse omkring kvindernes patientforløb i postpartum forløbet, er der mulighed for at opnå en ny forståelse af, hvordan der kan skabes et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM.

Idet det ifølge den filosofisk hermeneutiske videnskabsteoretiske position ikke er muligt at undersøge et forskningsspørgsmål objektivt (66), vil dette ligeledes gøre sig gældende i specialet. Ved at tydeliggøre den forforståelse, som ligger forud for det undersøgte, vil denne kunne bidrage aktivt til undersøgelsen, ved at bringe specialets forforståelse og dermed de fordomme, der ligger forud for undersøgelsen ind i forståelsesprocessen. Der er gennem specialets problemanalyse etableret en forforståelse hos specialegruppen af, at der er flere sundhedsprofessionelle i kvinderne rutinemæssige svangreomsorgsforløb, som gennem deres kontakt med kvinderne kan bidrage til at skabe et mere sammenhængende forløb. Denne forforståelse har rødder i arbejdet med problemanalysen og udformningen af problemformuleringen. Forforståelsen anvendes aktivt i udførelsen af bl.a. interviewguiden og gennem udførelsen af interviewene, for herigennem at bringe denne i spil med de sundhedsprofessionelles forforståelse af det undersøgte. Forforståelsen bør ifølge Gadamer, testes i forsøget mod opnåelse af nye delforståelser og dermed ny helhedsforståelse (66). Ved at sætte specialets forforståelse i spil, gennem interview med sundhedsprofessionelle, kan der opnås ny viden, da der gennem samtalen med informanterne kan opnås nye delforståelser i mødet mellem specialets forforståelse og den enkelte sundhedsprofessionelles forforståelse, der kan bidrage til en ny helhedsforståelse af, hvilke faktorer de sundhedsprofessionelle oplever kan være medvirkende til, at kvinderne oplever manglende sammenhæng, samt hvordan de oplever selv at kunne bidrage til at forbedre patientforløbet for kvinder med tidligere GDM i overgangen mellem sektorer. Denne viden skal, sammen med besvarelsen af forskningsspørgsmål 1, efterfølgende bidrage til at fremsætte et forslag til en forstærket indsats for forebyggelse af T2DM.

Hver gang en ny delforståelse reviderer helhedsforståelsen, opnås der gensidig forståelse, og der sker en horisontsammensmeltning (66). Hvert interview vil således bidrage til en ny helhedsforståelse, som bidrager til horisontsammensmeltning mellem det der søges undersøgt jf. forskningsspørgsmålet og de sundhedsprofessionelles subjektive oplevelser. Gennem fortolkning af de subjektive oplevelser, vil interviewene bidrage til at forbedre patientforløbet og hermed den forebyggende indsats. Dette vil, sammen med besvarelsen af forskningsspørgsmål 1 og den samlede besvarelse af problemformuleringen, bidrage til den samlede evidens for forslaget til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM. Den filosofisk hermeneutiske tilgang og dermed specialets forforståelse vil således anvendes aktivt gennem hele forskningsprocessen.

### 6.7.2 Udvalgelse af informanter

Da flere sundhedsprofessionelle har viden om kvindernes patientforløb i overgangen mellem sekundær og primær sektor, på baggrund af deres funktion i den rutinemæssige svangreomsorg, kan de bidrage med forskellige perspektiver på den eksisterende praksis omkring kvinder med tidligere GDM, ligesom de kan bidrage med deres oplevelse af hvilke faktorer i patientforløbet som kan være medvirkende til, at kvinderne oplever manglende sammenhæng, samt hvordan de oplever at de kan bidrage til at forbedre dette. Informanterne udvælges således på baggrund af undersøgelsesfeltet, som er bestemt af forskningsspørgsmålet.

Informanter som udvælges på baggrund af kvalifikationer om det der søges undersøgt, bygger på et strategisk valg (94).

Informanterne til de kvalitative interviews udvælges på baggrund af deres sundhedsprofessionelle roller i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, hvormed deres faglige kvalifikationer som f.eks. praktiserende læge, sygeplejerske i graviditets ambulatorium, jordemoder eller sundhedsplejerske, kan bidrage med viden om det konkrete undersøgelsesfelt. Eftersom praktiserende læge følger kvinderne både med graviditetsundersøgelser og som tovholder i postpartum forløbet for kvinder med tidligere GDM, har de allerede en funktion, som dækker kvindernes forløb i overgangen mellem sektorer. Den praktiserende læge kan derfor bidrage med viden om den særlige rolle som tovholder, samt eksisterende tiltag, og perspektiver på kvindernes patientforløb. Sygeplejersker på et graviditetsambulatorium indgår i det kontrolforløb kvinder med GDM følger under graviditeten. Da sygeplejersken gennem dette forløb har forståelse for den vejledning og støtte som kvinderne modtager under graviditeten, kan de bidrage med viden om patientforløbet i sekundær sektor. Da jordemoderen har kontinuerlig kontakt med kvinderne gennem graviditeten og indtil fødsel, samt viderebringer information omkring dette til sundhedsplejersken gennem et resume, vil jordemoderen kunne bidrage med viden om, hvordan f.eks. informationer omkring kvindernes diagnose med GDM videregives. I det sundhedsplejersker følger kvinderne i postpartum forløbet,

har de indblik i strukturerne i den kommunale indsats ift. det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, samt besidder mulig viden omkring kvinder med tidligere GDM og deres oplevelser af manglende sammenhæng, idet de kommer i kvindens hjem og har viden om kvindernes hverdagsliv som mødre.

Fælles for de sundhedsprofessionelle er, at de alle har kontakt til kvinden før, under eller efter overgangen mellem sektorer, samt at de alle gennem oplevelser og kontakt med kvinderne kan bidrage med deres subjektive oplevelser af hvilke faktorer, der kan være årsag til kvindernes oplevelse af manglende sammenhæng samt deres oplevelse af, hvordan patientforløbet kan forbedres. Hermed kan eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb potentielt bidrage med viden, som sammen med forskningsspørgsmål 1, kan besvare problemformuleringen og dermed medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM for kvinder med tidligere GDM. Ved at inddrage perspektiver fra flere sundhedsprofessionelle, skabes der mulighed for at opnå en mere kompleks og bred viden omkring undersøgelsesfeltet.

### 6.7.3 In- og eksklusionskriterier for informanter

In- og eksklusionskriterierne er udvalgt på baggrund af forskningsspørgsmålet, idet informanterne, afhængigt af profession, skal befinde sig i en position, hvor de aktivt arbejder indenfor undersøgelsesfeltet, eller har en funktion som knytter dem til gravide og fødende, eller familier med nyfødte børn i postpartum forløbet, da det er i denne kontekst at kvinder med tidligere GDM befinder sig. Jordemødre og sundhedsplejersker, må gerne have ledelsesansvar, idet det kan give særlige informationer omkring de organisatoriske strukturer, der eksisterer i overgangen mellem sekundær- og primær sektor, ligesom de anses som havende særligt indblik i de retningslinjer som findes inden for deres fagområde ift. kvinder med tidligere GDM.

Tabel 5: In- og eksklusionskriterier for informanter

Informant	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<b>Praktiserende læge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uddannet læge</li> <li>- Arbejdsområde inddrager gravide, samt kvinder og nyfødte i postpartum forløbet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbejde andre steder end i primærsektoren</li> <li>- Ingen kontakt til gravide eller kvinder og nyfødte i postpartum forløbet.</li> </ul>
<b>Jordemoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uddannet jordemoder. Må gerne have ledelsesansvar</li> <li>- Arbejdsområde: gravide og nyfødte i forløbet frem mod og tiden lige efter fødslen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbejde med andet end svangreomsorg, fødsler eller barselshotel</li> </ul>
<b>Sygeplejerske på graviditetsambulatorium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uddannet sygeplejerske</li> <li>- Arbejde i graviditetsambulatorium</li> <li>- Arbejdsområde: Gravide der har GDM, deltager i vejledning og konsultationer med gravide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbejde andre steder end graviditetsambulatorium</li> </ul>
<b>Sundhedsplejerske</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uddannet sundhedsplejerske. Må gerne have ledelseserfaring</li> <li>- Arbejde i primærsektor</li> <li>- Arbejdsområde: kvinder og nyfødte i postpartum forløbet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbejde andre steder end primærsektor</li> <li>- Arbejdsområde større børn i ex skoleregi</li> </ul>

#### 6.7.4 Rekruttering af informanter

Sneboldmetoden anvendes til rekruttering af informanter, idet flere af specialegruppens medlemmer har et personligt og professionelt netværk, hvori der findes kontakter, som har adgang til de specifikt udvalgte informanter, som specialet ønsker adgang til. Sneboldmetoden er anvendelig til at skabe adgang til en bestemt målgruppe og er en metode som kan anvendes, når formålet er at skabe adgang til relevante informanter, som kan bidrage til det felt som undersøges (95). Et af specialegruppens medlemmer har bl.a. selv arbejdet indenfor svangreområdet, hvorved hun via sit professionelle netværk, har kontakt til sundhedsprofessionelle inden for området. En medstuderende fungerer ligeledes som en del af sneboldmetoden, idet hun er uddannet sundhedsplejerske og dermed gennem sit professionelle virke har kontakter til sundhedsplejen flere steder i Danmark. Herved har hun skabt kontakt til denne faggruppe. Kontakten til praktiserende læger blev skabt gennem kontakter i specialegruppens personlige netværk. Således har specialegruppens netværk været brugt til at skabe adgang til sundhedsprofessionelle, som besidder de kvalifikationer, som vurderes væsentlige ift. den specifikke udvælgelse.

En ulempe ved anvendelse af sneboldmetoden, kan være selektionsproblemer, idet de deltagende ofte vil ligne hinanden på flere parametre, hvilket kan medføre at informanterne repræsenterer en homogen gruppe (94). For at imødegå udfordringer ved en særligt homogen gruppe blandt informanterne, har alle medlemmer af specialegruppen bidraget til rekrutteringen, hvilket betyder at der er rekrutteret gennem flere forskellige netværk, hvorved dette bidrager til øget heterogenitet i gruppen af informanter. Da der er rekrutteret gennem flere netværk, af både personlig og professionel karakter, ud til flere forskellige faggrupper, har det bidraget til at gruppen af informanter repræsenterer flere forskellige kommuner og dækker over flere regioner.

Sneboldmetoden anvendes primært til at skabe den første kontakt, hvorefter et informationsbrev udsendes til informanterne, hvilket bevirker at informanterne på denne baggrund selv har taget kontakt til specialegruppen mhp. deltagelse i interview. Informationsbrevet fremgår af bilag 4.

#### 6.7.5 Interviewform

Vidensinteressen bør være styrende for den interviewform der vælges (96). Da forskningsspørgsmålet er styrende for den viden der skal indhentes, vil dette være styrende for valg af interviewform. Da der skal indsamles viden omkring hvilke faktorer sundhedsprofessionelle oplever kan være medvirkende til kvindernes manglende oplevelse af sammenhæng, samt deres oplevelse af hvordan patientforløbet kan forbedres for kvinder med tidligere GDM i den dansk kontekst, skal der genereres ny empiri herom. Ved at inddrage de sundhedsprofessionelle, der er en del af kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, er det muligt at indhente perspektiver fra flere aspekter af kvindernes patientforløb i overgangen mellem sektorer. Interviewformen til



generering af denne viden kan fremkomme gennem anvendelse af kvalitative interview, herunder findes der to underliggende grene, fokusgruppe- og individuelle interview (96). Gennem fokusgruppeinterview kan der genereres data på gruppeniveau, hvor der bringes en større og mere varieret mængde viden i spil, ud fra deltagerens forskellige erfaringer og forståelser (97). Sammenligning af disse erfaringer og forståelser i gruppeprocessen, kan bidrage med en mere kompleks vidensdannelse, idet deltagerne ud fra en forforståelse, der er specifik for den kontekst de befinder sig i, kan spørge ind til hinandens udtalelser og forståelse af emnet. Derigennem er det muligt at producere viden, der kan være vanskelig at opnå gennem individuelle interviews (97). Ved at bringe flere grupper af sundhedsprofessionelle sammen omkring undersøgelsesfeltet, vil det være muligt gennem deres forhandling og interaktion omkring emnet, at kunne finde frem til nye muligheder for et sammenhængende patientforløb, ud fra en mere kompleks forståelse af deres oplevelser af kvindernes patientforløb. De sundhedsprofessionelle vil gennem fokusgruppeinterview kunne bidrage med viden om egne muligheder, men også kunne bidrage med perspektiver på de andre grupper af sundhedsprofessionelles roller i kvindernes postpartum forløb. En styrke ved anvendelse af fokusgruppeinterview er at den sociale interaktion medvirker til at undersøge sociale grupperes fortolkninger, interaktioner og normer, gennem forskellige deltageres erfaringer og forståelser produceres der viden om kompleksiteten i betydningsdannelser og sociale praksisser (97). Disse styrker kan dog også anses som svagheder, idet fokusgruppeinterviewets interaktion og forhandling af normer, kan medvirke til at nogle faggrupper eller personer pga. strukturer eller magtforhold vil tilbageholde væsentlig information, hvormed nuanceringen af problemfeltet vil kunne kompromitteres. Yderligere har der været taget kontakt til sundhedsprofessionelle i flere kommuner og regioner mhp. deltagelse i interview, hvor tilbagemeldingen er, at flere af de sundhedsprofessionelle oplever at være pressede som følge af den aktuelle politiske situation i april 2018, med en muligt forestående strejke og lockout. Dette betyder at kun få har haft mulighed for at deltage og kun på særligt definerede tidspunkter. På baggrund af ovenstående, vil empiriindsamlingen ske gennem individuelle semistrukturerede interviews. Individuelle, semistrukturerede interviews tillader åbenhed mod informantens egne oplevelser og fortælling (96). Denne interviewform tillader åbenhed mod informantens oplevelser, er det herigennem muligt at inddrage den enkelte sundhedsprofessionelles faglige men subjektive perspektiv på forskningsspørgsmålet, uafhængigt af de strukturer, magtforhold og forhandling af normer som gør sig gældende gennem interaktion med andre sundhedsprofessionelle. Gennem individuelle semistrukturerede interviews med praktiserende læger, sygeplejersker på graviditetsambulatorium, jordemoder og sundhedsplejersker, inddrages der flere subjektive og faglige perspektiver fra de sundhedsprofessionelle som har tilknytning til kvindernes forløb. Gennem den semistrukturerede

tilgang gives der større mulighed for at informanterne vil udtale sig uafhængigt af interne og eksterne magtkampe. Dette kan bidrage med viden om bl.a. hvordan information videreformidles mellem sekundær og primær sektor, arbejdsgange hos praktiserende læger, sygeplejerske på graviditetsambulatorium, jordemødre og sundhedsplejersker, tilgængelige ressourcer og udfordringer sektorer og sundhedsprofessionelle imellem.

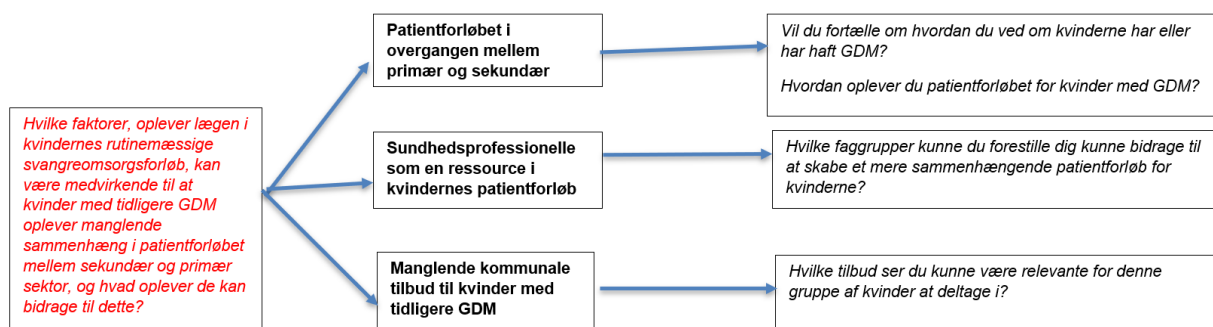
Den semistrukturerede tilgang til interview medvirker til at holde fokus på det fænomen der undersøges og søger at forstå verden ud fra subjektets livsverden-oplevelser mhp. at fortolke det undersøgte (98). Denne tilgang giver således mulighed for at indhente subjektiv viden fra de sundhedsprofessionelles oplevede livsverden men med fokus på at indhente viden, som kan bidrage til besvarelse af forskningsspørgsmålet og dermed den samlede besvarelse af problemformuleringen. Den semistrukturerede tilgang tillader at interviewguiden struktureres ud fra temaer fremkommet af forskningsspørgsmålet, og spørgsmålene som indgår, vil på forhånd være fastlagt ud fra de emner som ønskes belyst. Det er muligt at afvige fra den opstillede interviewguide, såfremt andre relevante emner viser sig (96). Den semistrukturerede tilgang bidrager således til, at det er den enkelte sundhedsprofessionelles subjektive forforståelse og fortælling der kommer frem i interviewet, men som gennem den strukturerede tilgang har udgangspunkt i specialets forforståelse. Gennem dialogen mellem interviewer og den enkelte sundhedsprofessionelle ønskes det således at sætte specialets forforståelse i spil, for herigennem at opnå ny viden, som kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

### 6.7.6 Interviewguide

Interviewguiden er en oversigt over temaer, som vil være styrende for selve interviewet (95). Da temaerne er styrende for interviewet, vil disse tage udgangspunkt i forskningsspørgsmålet, for herigennem at sikre, at interviewet struktureres i et omfang, så den indsamlede empiri kan bidrage til at besvare forskningsspørgsmålet. Temaer vil således danne baggrund for de interviewspørgsmål som formuleres. Udarbejdelsen af interviewguiden vil tage udgangspunkt i den viden og forforståelse, som er opnået gennem arbejdet med problemanalysen og udformningen af problemformuleringen. De tre temaer er således primært udarbejdet på baggrund af den indledende strukturerede litteratursøgning, som danner baggrund for specialets forforståelse. Litteratursøgningen har dermed bidraget til at underbygge de problemstillinger der er fremkommet. Herved er interviewspørgsmålene og forskningsspørgsmålet analytisk sammenkoblet, hvorved følgende temaer er inddraget i interviewguiden: *"Patientforløbet i overgangen mellem primær og sekundær sektor"*, *"Sundhedsprofessionelle som en ressource i kvindernes patientforløb"*, *"Manglende kommunale tilbud til kvinder med tidligere GDM"*.

Interviewguiden udformes med udgangspunkt i den blandede tragtmodel. Denne model anvendes som struktureringsredskab og derfor indledes interviewet med at spørgsmålene formuleres åbent, og afsluttes mere struktureret (98). Den tragtformede model giver plads til de sundhedsprofessionelles refleksioner, og samtidig muliggør modellen, at problemstillingen bliver struktureret belyst. Hele interviewguiden fremgår af bilag 5, i figur 6 ses hvordan forskningsspørgsmålet er blevet til temaer, som er udledt til konkrete eksempler på spørgsmål, som indgår i interviewguiden. Ud fra temaerne formuleres og tilpasses interviewguidens specifikke spørgsmål.

Figur 6: Tematisering af forskningsspørgsmål 2



### 6.7.7 Interviewspørgsmål

Med afsæt i den hermeneutiske ontologi, den semistrukturerede tilgang og interviewguidens tragtformede tilgang udarbejdes de specifikke spørgsmål til interviewene. Spørgsmålene standardiseres, men da det er forskellige mennesker som besvare spørgsmålene, vil der ikke gives standardiserede svar (98), hermed bidrager den semistrukturerede tilgang til, at spørgsmålene er strukturerede ens og at det er de samme spørgsmål som stilles de forskellige informanter. Der vil desuden udformes en interviewguide rettet mod hver enkelt profession for at imødekomme de forskellige perspektiver, de kan bidrage med. Dette betyder, at der kan være enkelte spørgsmål som er rettet direkte mod den enkelte profession, hvorved spørgsmålene tilpasses individuelt ifm. hvert interview.

Ved anvendelse af den semistrukturerede tilgang benyttes flere forskellige typer af spørgsmål, for herigennem at skabe mulighed for at åbne dialogen op og samtidigt spørge ind til de udsagn, som den enkelte informant fremkommer med (98). Der vil således være en åben tilgang til interviewene, hvor informanten får lov at fortælle frit, ud fra åbne spørgsmål, samtidig med der vil kunne spørges ind til den subjektive fortælling, for at afklare uklarheder i denne. Den åbne, men strukturerede tilgang bidrager ligeledes til at der kan tages hensyn til individuelle behov i hvert enkelt interview.

Anvendelsen af strukturerede spørgsmål gør det muligt for interviewereren at styre interviewet i en bestemt retning eller skifte til et andet fokus (98). Alle interview vil på denne baggrund udføres ud fra en interviewguide med strukturerede spørgsmål, for at sikre at undersøgelsesfeltet belyses grundigt. Interviewene indledes med spørgsmål til de sundhedsprofessionelle om faktuelle ting, herunder personlige oplysninger som alder, erfaring og arbejdsområde. Dette for at opnå en beskrivelse af informanten. Denne indledning bidrager også til at etablere en relation mellem interviewer og den sundhedsprofessionelle og medvirker til at opbygge en behagelig og afslappet stemning.

Når et spørgsmål stilles åbent, svarer informanten med mere fyldige svar (98). Et eksempel på et åbent og indledende interview spørgsmål kunne være: *“Kan du prøve at fortælle mig om hvad der fik dig til at deltage i dette interview”*. Gennem dette åbne og indledende spørgsmål inviteres den sundhedsprofessionelle til åbent at fortælle om hvilke årsager, som ligger til grund for deltagelsen i interviewet. Et åbent og indledende spørgsmål som dette er med til at skabe kontakt mellem interviewer og informant, og medvirker til at starte den enkeltes fortælling, hvilket signalere at det er den enkeltes fortælling som ønskes i centrum for interviewet. I det aktive lytning kræver øvelse som interviewer, kræver det både stor sensitivitet og opmærksomhed at kunne mestre at bevare overblikket over de ledetråde som informanten fremkommer med undervejs i interviewet og samtidigt at kunne udforske disse når de opstår (95), hvorfor aktiv lytning anvendes som et redskab til at stille opfølgende spørgsmål. Da små ord som 'hmm' og 'ja', men også stilhed i form af små pauser giver informanten plads til at stoppe op og tænke (95), anvendes dette som en anerkendende tilgang i interviewene som skal bidrage til at understøtte informantens subjektive fortælling og lede samtalen på vej.

Afsluttende kan der jf. den tragtede tilgang stilles konkrete og direkte spørgsmål (98). Et sådant spørgsmål kan lyde: *“Hvilke faggrupper, kunne du forestille dig kunne være et uudnyttet potentiale ift. ønsket om at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?”*. Et spørgsmål som dette kan medvirke til at afklare spørgsmål, som informanten ikke spontant har berørt, men som er centrale for besvarelsen af forskningsspørgsmålet, og vil derfor stilles afslutningsvist, for at slutte den tragtede tilgang.

#### 6.7.8 Udførelse af interview

Af de fremsendte informationsbreve, bilag 4, gives informanterne mulighed for at orientere sig ift. formålet med specialet, og brevet bidrager samtidig til en forståelse for, hvad det indebærer at være informant. Af informationsbrevet fremgår det at informanten selv kan være med til at vælge rammen for hvor og hvornår interviewet skal udføres.

Da et interview kræver tæt kontakt mellem informant og interviewer, er det en forudsætning, at

intervieweren bidrager til at skabe en tryk atmosfære med tillid og åbenhed (95), hvorfor det er vigtigt at udførelsen af interviewene bliver udført et sted hvor informanterne føler sig tilpasse. På baggrund heraf udføres interviewene på et sted udvalgt af den enkelte informant.

Udgangspunktet for samtalen er en ligeværdig samtale idet det er væsentligt at være opmærksom på en eventuel asymmetri mellem de deltagende parter (98).

Med interview asymmetri forstås den status forskel som kan optræde f.eks. mellem læge og patient (99). Asymmetri kan gå begge veje og indtænkes i interviewene med de sundhedsprofessionelle, som indtager en position som kan opleves som højere end intervieweren som er studerende. Asymmetrien kan påvirke både måden spørgsmål stilles på men også hvilke spørgsmål intervieweren føler er OK at stille samt at evt. forfølge til uddybning.

Fire interviews gennemføres på den pågældende informants arbejdsplads, hvilket kan påvirke det føromtalte asymmetriske magtforhold, idet arbejdspladsen kan, fungere som en tryk ramme og føles som hjemmebane for den enkelte informant, hvilket således kan bidrage til en trykhed i samtalen. Det kan omvendt også bidrage til at forstærke et muligt asymmetrisk forhold, som kommer til udtryk gennem den position informanten, i kraft af sin faglige position indtager.

Fire interviews afholdes i den pågældende informants private hjem, hvor dette kan bidrage til at skabe en god og behagelig stemning, idet specialegruppen kommer som gæster i informantens hjem. Dette kan bidrage til som at udligne et asymmetrisk forhold.

Idet det kræver stor erfaring at blive en dygtig interviewer (96), gennemføres hvert Interview af to gruppemedlemmer, da det på denne baggrund er muligt at supplere og bidrage til hinandens læring. Desuden vil det ene gruppemedlem indtage en observerende position, således der primært er et gruppemedlem som udfører interviewet. Interviewerens rolle er at koncentrere sig om at holde en åben og undersøgende dialog, idet at informanten er eksperten og resultatet af interviewet vil være afhængigt af interviewerens empati, teoretiske viden og praktiske indsigt i det fænomen der ønskes udforsket (63). Det prioriteres på baggrund heraf, at der primært er én der udfører interviewene, imens observatørernes rolle vil være at stå for optagelse af interviewene, styre tiden, samt observere nonverbale udtryk, stemninger og bidrage med supplerende spørgsmål i så fald dette vurderes nødvendigt.

#### 6.7.9 Pilottest

Da en test af interviewguiden kan udføres for at opklare om spørgsmålene opfattes som de er tiltænkt, herved kan eventuelle justeringer udføres (95), vil det første interview fungere som testinterview, hvorved den udarbejdede interviewguide afprøves og rettelser kan udføres. Såfremt at dette interview ikke giver anledning til større revidering vil dette indgå i det samlede antal interviews.

### 6.7.10 Transskribering af interview

Transskriberingen er en metode som anvendes til at omsætte det talte sprog til skriftsprog. Gennem anvendelse af denne metode vil stemninger, interaktioner og nuancer mellem informanten og interviewer kunne forsvinde (98). Da en transskriberingsguide kan anvendes for at skabe et konsistent grundlag for transskribering (96), opstilles en sådan guide, se bilag 6, så alle specialegruppens medlemmer kan deltager i denne proces ud fra en konsistent tilgang.

### 6.7.11 Etiske overvejelser

Indenfor kvalitativ forskning er der en række etiske overvejelser der altid bør medtænkes, herunder informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser for informanten ved deltagelse og udførelse af undersøgelsen, samt forskerens rolle (100). Etiske overvejelser tjener det formål at beskytte forsøgspersoners rettigheder, værdighed og privatliv.

Udgangspunktet for de etiske overvejelser ifm. udførelse af interview i specialet, refererer til "Forskning og innovationsstyrelsens vejledninger i god videnskabelig praksis" (101), samt Kvale et al. (2015) "Etiske spørgsmål i forbindelse med interview" (98).

#### 6.7.11.1 Informeret samtykke

Ved udførelse af kvalitativ forskning gælder det at, ved indhentning og opbevaring af personhenførbare data, skal der indhentes tilladelse ved datatilsynet, dog er studerende undtaget af dette, og kvalitative studier udført af studerende er alene baseret på informeret samtykke (102). Der er ifm. interviewundersøgelsen indhentet informeret samtykke fra samtlige informanter. Et eksempel på samtykkeerklæring findes i bilag 7.

Ifølge det etiske regelsæt World Medical Association Declaration of Helsinki (Helsinki Deklarationen), som har til hensigt at sikre frivillige forsøgspersonernes sikkerhed og rettigheder, er forskere forpligtet til at indhente samtykke fra personer, som medvirker i forskning, ligesom det informerede samtykke skal afgives på baggrund af en grundig information, forud for deltagelse (103). Både samtykkeerklæringen og informationsbrevet bliver udarbejdet i et let forståeligt sprog jf. forskning og innovationsstyrelsens vejledning. Forud for interviewets start, gennemgås samtykkeerklæringen og informationsbrev både skriftligt og mundtligt med den enkelte sundhedsprofessionelle for herigennem at sikre, at denne har forstået hvilke rettigheder informanter har, samt betingelserne for interviewet. Samtykkeerklæringen bidrager til at sikre informanternes værdighed og privatliv og underskrives forud for interviewets start.

Formålet med et interview skal være kendt for både interviewer og informant, idet viden gennem kvalitative interview ellers vil kunne misbruges, til skade for informanten eller samfundet (96), hvorfor information om baggrund for interviews er udsendt forud for det enkelte interview, således

informanterne er bevidste om formålet med specialet se informationsbrev, bilag 4. Endvidere understreges det mundtligt af den person, som foretager interviewet, at deltagelse er frivillig, og at informanten til enhver tid kan trække sig. Under selve interviewet tages der udgangspunkt i interviewguiden, men i henhold til den semistrukturerede tilgang, er der åbenhed for, at informanten kan ønske at svare anderledes end det oprindeligt var forventet. Disse informationer vil blive behandlet loyalt og ligeværdigt i analyseprocessen. De underskrevne samtykkeerklæringer opbevares fortroligt sammen med det transskriberede materiale.

Interviewene optages på diktafon og dataene opbevares på en separat, krypteret harddisk i overensstemmelse med retningslinjer for opbevaring af personfølsomme data (104). Herved varetages informanternes fortrolighed af projektgruppen, da data kun er tilgængelig for medlemmer heraf. Efter endt speciale vil de indsamlede data blive slettet.

#### *6.7.11.2 Forskerens rolle*

Forskeren har med sine personlige kvaliteter og integritet i form af viden, erfaring, ærlighed og retfærdighed, stor betydning for både de etiske beslutninger og kvaliteten af den videnskabelige viden, der kan skabes gennem kvalitativ forskning (98). I kvalitative interview kan den måde forskeren interagerer med den interviewede påvirke forskningsresultatet, idet interview forskning sker gennem menneskelige interaktioner, der har betydning for den opnåede viden (96). Ifølge Gadamer er forforståelsen betingelsen for alt forståelse, ved at sætte sin forforståelse i spil, kan den testes således der opnås en ny forståelse (66). I mødet med den interviewede skal forskerens forforståelse således sættes i spil, for at kunne opnå viden. Hvis ikke forskerens forforståelse sættes i spil, risikeres det, at denne forforståelse bliver styrende for interviewet. Specialegruppen har gennem problemanalysen opnået en forforståelse af, at der er plads til forbedringer i patientforløbet for kvinder med tidligere GDM i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Ligeledes har specialet en forforståelse af, at der allerede findes ressourcepersoner blandt de eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, som kan bidrage med vigtige pointer omkring dette. Som fremanalyseret i problemanalysen, anser specialet bl.a. sundhedsplejerskerne som en potentielt uudnyttet ressource ift. at skabe mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM. Denne forforståelse skal sættes i spil i mødet med de sundhedsprofessionelle informanter og deres forforståelse, for herigennem at nå til ny viden og erkendelse af dette, som en medvirkende faktor for besvarelse af forskningsspørgsmålet. Hvis ikke specialegruppen formår at sætte forforståelsen i spil, er der risiko for, at den bliver styrende for interviewet. Viden der opnås gennem interviewene, kan på baggrund heraf, blive unuanceret og give et forvrænget billede af mulighederne for at skabe et sammenhængende patientforløb for kvinderne.

Interaktionen mellem forsker og interviewede kan ligeledes have betydning for den viden, som opnås gennem interviewet, idet en fortrolig stemning kan bevirke, at den interviewede deler mere end denne ønsker (98). Forskeren skal således som en etisk præmis, vurdere om viden anvendt og gengivet i forskningsprojektet kan være til skade for den interviewede og skal bidrage til at værne om den interviewedes integritet (98), hvilket vil vurderes løbende i arbejde med empirien. Specialegruppen har, med en grunduddannelse som sygeplejersker, en sundhedsfaglig baggrund, der deles med de valgte informanter. Det er muligt, at der herigennem kan opstå en fortrolig stemning, der kan påvirke hvad informanterne deler under interviewet. Specialegruppen vil derfor under analyseprocessen være særligt opmærksomme på, hvorvidt der kan være analysemateriale i form af citater fra interviews, der kan være til skade for informanterne. Alle citater vil således blive anonymiserede og særligt personlige oplysninger, vil ikke indgå i det præsenterede materiale.

### 6.7.12 Analysestrategi

Specialets overordnede ontologi tager, som nævnt, afsæt i Gadammers filosofiske hermeneutik. Da Dahlager og Fredslunds udlægning af den hermeneutiske analysestrategi bygger på Gadammers forståelse af hermeneutikken (65), vil analysen af specialets empiri blive foretaget på baggrund af denne.

Dahlager et al. (2016) definerer analysen som en dekontekstualisering, som deler empirien op i dele uafhængigt af helheden og en rekontekstualisering, der sætter materialet sammen igen til en ny forståelse. Disse trin skal baseres på problemformuleringen (65). Da specialets analyse vil inddrage empiri fra flere individuelle semistrukturerede interview med sundhedsprofessionelle, vil dekontekstualiseringen indebære, at interviewene separat vil blive kategoriseret og opdelt i enkeltdele. De enkelte dele vil efterfølgende blive sammenlignet med dele fra de andre interviews, for derved at bidrage til et større overblik over empirien. Rekontekstualiseringen vil i specialet indebære, at de enkelte dele af interviewene samles i overordnede kategorier, som samlet vil blive analyseret og fortolket for at opnå en ny forståelse af forskningsspørgsmålet. De enkelte trin, specialet vil gennemgå, for at opnå denne nye forståelse, uddybes i det følgende.

Analysestrategi ifølge Dahlager et. al. (2016), er inddelt i fire faser; helhedsindtrykket, identificering af meningsbærende enheder, operationalisering, rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning (65).

*Helhedsindtryk:* denne første fase tager afsæt i Giorgis fænomenologiske metode, hvor forskeren sætter sin forforståelse i parentes i gennemlæsningen og gennemlytningen af den indsamlede empiri (65). At sætte sin forforståelse i parentes adskiller sig fra den hermeneutiske tilgang i



specialet, idet forforståelsen indenfor den filosofiske hermeneutiske tilgang altid vil være en del af forskerens forståelseshorizont, hvorved det ikke anses som muligt at frigøre sig fra denne. Den fænomenologiske tilgang til at sætte forforståelsen i parentes igennem den første gennemlæsning af interviewet medvirker til, at skabe åbenhed mod den fortælling som den enkelte informant bidrager med, hvilket retter et særligt fokus på indholdet af det enkelte interview. Dette skal medvirke til, at specialet er tro mod det sagte og den enkelte sundhedsprofessionelles forforståelse af det undersøgte fænomen. Den fænomenologiske tilgang i det første analysetrin bidrager således med at skabe en åbenhed og nysgerrighed mod informanternes forforståelse og deres fortælling. Dette medvirker til, at der opnås nye delforståelse af det undersøgte, hvilket senere kan bidrage til at der skabes en ny helhedsforståelse. Den fænomenologiske tilgang i det første trin betyder således at specialegruppen vil forsøge at sætte forforståelsen i parentes, for herigennem at lade empirien være styrende i det første trin af analysen. I gennemlytning og gennemlæsning af empirien, vil specialegruppen derfor forsøge at være åbne for informanternes forståelse og de kategorier som det enkelte interview åbner for, for herved at være nysgerrige og åbne for kategorier, som ikke umiddelbart fremkommer som kategorier der kan medvirke til at besvare forskningsspørgsmål.

*Identificering af meningsbærende enheder:* I den anden fase organiseres empirien i de meningsbærende enheder, baseret på teksten, uden at der forsøges at skabe mening med det sagte. Denne organisering skaber centrale kategorier, hvor der er åbenhed for emner, der ikke var forventet på baggrund af empiriindsamlingen. De meningsbærende enheder, som opstår på baggrund af dette, kodes gennem reducering og strukturering omkring centrale kategorier, hvorved der sker en meningskategorisering. Dette kan ske på baggrund af teori, informanternes egne begreber eller fra hverdags sproget (65). Specialet vil i denne anden fase, tage udgangspunkt i forskningsspørgsmål 2, centrale kategorier, der udspringer af interviewguiden og temaer, der fremkommer af interview med de sundhedsprofessionelle. Eftersom forskningsspørgsmål 2 og interviewguiden er baseret på specialets forforståelse, vil forforståelsen inddrages aktivt i meningskategoriseringen, samtidig med, at der vil være åbenhed over for temaer der fremkommer umiddelbart fra den enkelte sundhedsprofessionelle, herved inddrages specialets forforståelse af det undersøgte fænomen aktivt i denne fase af analysen.

*Operationalisering:* Denne fase bidrager til at organisere kategorierne. Der vil ofte være en stor mængde kategorier, hvor flere kan overlape hinanden. Disse gennemgås og der dannes, hvor det er muligt, overordnede operationaliseringer på baggrund af det samlede indhold, så der er overensstemmelse mellem kategorierne og de meningsbærende enheder (65). Specialet vil

således sammenholde de enkelte kategorier og meningsbærende enheder, der er fremkommet fra interviewene med de sundhedsprofessionelle og operationalisere disse til overordnede temaer, som kan medvirke til at besvare forskningsspørgsmålet. For at udarbejde en analyse, der er tro mod den hermeneutiske proces, vil operationaliseringerne blive dannet på baggrund af de meningsbærende enheder, der fremkommer på baggrund af interview med de sundhedsprofessionelle men kun temaer, der er relevante for besvarelsen af forskningsspørgsmålet, vil indgå i analysen og fortolkningen. Hvilke operationaliseringer der findes relevante at inddrage til det sidste trin af den hermeneutiske analysestrategi, vil være påvirket af specialets forforståelse, som er fremkommet gennem problemanalysen, udformningen af problemformuleringen og dermed det forskningsspørgsmål som ønskes besvaret gennem rekontekstualiseringen og den hermeneutiske fortolkning.

*Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning:* I rekontekstualiseringen er det ikke teksten selv der er genstand for analysen, men hvordan den kan anvendes i besvarelsen af forskningsspørgsmålet. Ved at skabe nye koblinger mellem kategorierne og at være opmærksom på relationerne herimellem, er det muligt at danne et overordnet tema for en række af disse. Gennem hermeneutisk fortolkning af kategorierne, vil inddragelse af kontekst eller teori bidrage til rekontekstualiseringen, så der kan opstå en ny helhedsforståelse af det undersøgte (65). I specialet vil formålet med rekontekstualiseringen være at opnå en ny forståelse af forskningsspørgsmålet. Dette vil blive præsenteret i resultat afsnittet, hvor rekontekstualiseringen vil tage udgangspunkt i de udvalgte operationaliseringer, hvoraf citater som findes beskrivende for operationaliseringen inddrages som en væsentlig del af analysen. Den indsamlede empiri vil bl.a. fortolkes i en dialog med specialets forforståelse og inddragelse af en begrebsafklaring af hvad der kendetegner "et sammenhængende patientforløb". Citaterne inddrages til at underbygge vigtige pointer, som er fremkommet i empirien, eller til at fremanalysere vigtige pointer. Herved anvendes specialets forforståelse og begrebsafklaringen i selve analyseprocessen af den samlede empiri, sammen med citaterne og der sker på denne baggrund en gensidig vekselvirkning mellem den indsamlede empiri og specialets tolkning heraf. Der søges gennem denne vekselvirkning at opnå forståelse af, hvilke faktorer som sundhedsprofessionelle oplever kan være medvirkende til at kvinderne oplever manglende sammenhæng, samt hvad de oplever der kan bidrage til at forbedre dette.

Begrebsafklaringen af "et sammenhængende patientforløb" vil sammen med andet relevant teori anvendes til at "åbne op" for empirien i rekontekstualiseringen og den hermeneutiske analyse af de udvalgte operationaliseringer, hvilket skal bidrage til at besvare forskningsspørgsmål 2 og indkredse fænomenet "et sammenhængende patientforløb". Herved sammenlignes den

indsamlede empiri med relevant teori og begrebsafklaringen af “et sammenhængende patientforløb”, hvorved empirien og dermed det undersøgte tilskrives mening gennem sammenligning. At anvende begrebsafklaringen til at “åbne op”, giver ligeledes mulighed for at inddrage anden relevant teori, som viser sig gennem rekontekstualiseringen.

### 6.7.13 Kvalitetsvurdering

Da der jf. den forstående forskningstype anvendes en hermeneutisk tilgang i interviewene og ligeledes en hermeneutisk analysestrategi til bearbejdning af disse, vil specialets forforståelse som ligger til grund for det opstillede forskningsspørgsmål spille en central rolle for måden hvorpå empirien indsamles og behandles.

Indenfor den kvalitative forskning er særligt vigtigt at den videnskabsteoretiske position er tydeligt beskrevet, idet den påvirker hele forskningsstrategien (92). Det er derfor vigtigt at specialets forforståelse tydeliggøres gennem hele processen, idet denne vil påvirke hvordan feltet undersøges, hvordan interviewguiden udformes og anvendes, ligesom den vil spille en rolle for hvordan empirien analyseres og fortolkes.

Forskningsspørgsmålet, som er fremkommet gennem den indledende systematiske søgning, problemanalysen, udformningen af problemformuleringen og de udarbejdede forskningsspørgsmål danner baggrund for specialets forforståelse, som anvendes aktivt gennem hele processen. Ved at forforståelsen søges tydeliggjort som en aktiv del af hele processen eksemplificeres det, at denne har dannet baggrund for de metodologiske beslutninger i processen og vil anvendes aktivt i den videre problembearbejdning.

At metodiske beslutninger tydeliggøres, er med til at skabe kohærens og konsistens og anses jf. Justesen et. al. (2012) som kvalitetskriterier indenfor kvalitative forskning (93). Kohærens henviser til, at der skal være sammenhæng mellem forskningsspørgsmål, teoretisk referenceramme og metodologiske valg truffet gennem undersøgelsen. Kvalitetskriteriet konsistens, læner sig op ad kohærens og præcision. Dette betyder at der skal være en logisk sammenhæng gennem hele forskningsprocessen, og at denne skal være tydelig for læseren, også kaldet transparens.

Transparens bidrager til tydelighed og gennemsigtighed omkring de valg der foretages.

Transparensen skal således være med til at tydeliggøre de metodologiske valg der er truffet, således en lignende undersøgelse kan udføres (93).

Specialet har gennem ovenstående metode forsøgt at skabe kohærens ved at synliggøre hvilke til- og fravalg der er gjort gennem den kvalitative del af specialets proces, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved at læseren kan følge argumenterne for den valgte metode til besvarelsen af forskningsspørgsmålet og de til- og fravalg som ligger til grund for det endelige valg af kvalitative semistrukturerede interview som metode. Yderligere er der forsøgt at skabe kohærens gennem en

udførlig beskrivelse af den stringente proces, fra forskningsspørgsmålet til den specifikke udvælgelse af informanter ud fra in- og eksklusionskriterier frem til slutresultatet af de inkluderede informanter, samt inddragelse og beskrivelse af den specifikt udvalgte begrebsafklaring som anvendes til at "åbne op" for den indhentede empiri. Der er forsøgt at skabe konsistens ved at vise en stringens fra forskningsspørgsmålet, til interviewguide ligesom der er arbejdet konsekvent med at vise sammenhæng fra analysestrategi til den hermeneutiske analyse og fortolkning af den indsamlede empiri. Analysen og fortolkningen vil desuden have fokus på at inddrage citater fra interviewene til at tydeliggøre vigtige analytiske pointer, hvilket skal sikre at analysen og fortolkningen er empiriforankret og tro mod informanternes udsagn. Af bilag 8 fremgår hele analysestrategien, som et bidrag til at skabe transparens. At der er forsøgt skabt transparens kommer yderligere til udtryk ved, at læseren kan følge hele forskningsstrategien, fra forskningsspørgsmål til udledning af temaer i interviewguiden og de spørgsmål, som er udledes heraf, bilag 5. At skabe transparens i specialets empiriindsamling, skal således bidrage til at en lignende undersøgelse kan udføres af andre. At en undersøgelse kan være vejledende for hvad der sker i en lignende undersøgelse kaldes analytisk generaliserbarhed (98), og idet der skabes transparens i specialet, øges sandsynligheden for at andre kan udføre en lignende undersøgelse, hvilket ligeledes bidrager til at øge den analytiske generaliserbarhed af specialets empiriske fund.

## 7. Resultater

### 7.1 Litteraturstudie

#### 7.1.1 Resultatmatrix

Af nedenstående matrix præsenteres de inkluderede studier, deres resultater, generaliserbarhed, samt bias og confounding. Studierne er opstillet på baggrund af en rangering af deres kvalitet, hvorfor studiet af højest metodemæssige kvalitet er præsenteret først. Resultaterne behandles yderligere i det efterfølgende afsnit.

Tabel 6: Resultatmatrix

Titel Forfatter Årstal Studiedesign Studiepopulation	Indsats	Outcomemål	Resultat	Generaliserbarhed	Bias / Confounding
<p><b>“Impact of an intensive follow-up program on the postpartum glucose tolerance testing rate”</b></p> <p>Hector Mendez-Figueroa et. al., 2014</p> <p>Studiedesign: Analytisk Kohortestudie med historisk kontrolgruppe</p> <p>Studiepopulation: Kvinder diagnosticeret med GDM og tilknyttet kvinde/barn klinik for det sydøstlige New England. Studiet inddrager alle kvinder der diagnosticeres med GDM under studieperioden.</p> <p>Intervention: Tilknytter kvinder i perioden 01.07.11 – 30.06.12. n=207 Kontrolgruppe. Kvinder med GDM, tilknyttet klinikken 01.07.10 – 30.06.11 n=181</p>	<p>Rutinemæssig information om behovet for postpartum screening før og under programmet</p> <p>Screening til efter 4-6 uger postpartum bestilles før udskrivelse</p> <p>Kontaktsygeplejerske og opsøgende medarbejder fra lokalt sundhedscenter som var tilknyttet kvinderne med GDM samarbejdede omkring at disse havde tider til screening inden for tidsrammen og på et sted der er tilgængeligt for kvinden.</p> <p>Påmindelsesopkald ca. 1 uge før screening. Det var kontaktpersonerne ansvar at foretage disse påmindelsesopkald</p> <p>Mødte kvinden ikke op til screening blev denne genbooket og kvinden modtog en opringning mhp påmindelse om deltagelse, samt for at høre omkring barrierer for at deltage. Op til 3 genbookinger blev udført</p>	<p>Øget deltagelse i postpartum screening</p>	<p>Antallet af kvinder der deltog i postpartum screening steg fra 43,1 --&gt; 59,4% (p&lt;0,01).</p>	<p><b>Specialet udleder:</b> Inddrager tiltag der er specifikt målrettet at forbedre patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor, gennem tilknytning af flere sundhedsprofessionelle medarbejdere som samarbejder omkring bestilling og opfølgning af postpartum screening</p> <p>Indsatsen er overførbart til andre kontekster f.eks. et samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i kvindens svangreomsorgsforløb i en dansk kontekst. Det er særligt den tætte opfølgning som er fundet effektiv i forbindelse med gennemførelsen af screeningen.</p>	<p><b>Bias:</b> <b>Studiet angiver bias:</b> Den retrospektive måde at indsamle data fra kontrolgruppen kan medvirke til unøjagtigheder og rapporteringsbias.</p> <p><b>Confounding:</b> <b>Studiet angiver:</b> Der er testet for Confoundere ved en Cox proportional hazard regression. De identificerede confoundere er fundet sammenlignelige, fraset at kvinder der ikke deltager i screening, i højere grad angiver at være enlige og at have engelsk som deres primære sprog. De identificerede confoundere fremstår relevante og fremgår i en tabel oversigt</p>

<p><b>“A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes”</b></p> <p>Kimberly K. Vesco et. al., 2012</p> <p>Studiedesign: Analytisk Kohortestudie med historisk kontrolgruppe</p> <p>Studiepopulation: Kvinder tilknyttet KNPW, et stort non-profit forsikringselskab, med 8 sundhedscentre i Vest Oregon og Washington State. Alle kvinder tilknyttet centrene bliver rutinemæssigt screenet for GDM, mellem graviditetsuge 24-28. Studiet inddrager alle gravide der diagnosticeres med GDM under studieperioden.</p> <p>Præ-implementation: 01.07.07 -31.12.08, n=200</p> <p>Post-implementation: 01.07.09-31.12.10 N=179</p>	<p>Revidering af sygeplejerskeprotokollen for omsorg til kvinder med GDM, således sygeplejerskerne har mulighed for at bestille faste blodsukker screening.</p> <p>Forbedring af det elektroniske journal system. Inkluderer en afkrydsningsboks til postpartum screening, der kan ses af alle med adgang til journalen, som påmindelse om at få bestilt testen.</p> <p>Uddannelse af medicinsk personale, så der er nemmere at identificere relevante informationer om GDM.</p> <p>Ny påmindelse i systemet hvis kvinderne ikke er testet inden for 3 måneder, mhp. at bestille endnu en test eller en opfordring om at ringe til kvinderne.</p> <p>Undervisning af de sundhedsprofessionelle på afdelingsmøder mm.</p> <p>Pjece omkring vigtigheden af postpartum screening, som sygeplejerskerne kunne deles ud til kvinderne.</p>	<p>1. Antal af bestilte screeninger fra klinikere, fra 1 måned før til 3 måneder postpartum.</p> <p>2. Antal der blev screenet fra 14 dage postpartum frem til slutningen af undersøgelsesperioden.</p>	<p>Antallet af kvinder der modtog en henvisning til screening, steg til 88,8% vs. 77,5%. (p=0,004)</p> <p>Antallet af kvinder der blev screenet inden for 3 mdr., steg til 60,3% vs. 53,5%. Dette er ikke en signifikant stigning (p=0,18)</p> <p>Ved anden runde påmindelser, steg antallet yderligere, således der blev opnået en signifikant stigning. Antallet af kvinder, der blev screenet, steg til 71,5% vs. 59,5%. (p=0,01)</p>	<p><b>Specialet udleder:</b></p> <p>Inddrager tiltag der er specifikt målrettet at forbedre patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor, ved at sundhedsprofessionelle, med kontakt til kvinden under graviditeten, fortsat har opmærksomhed på GDM i postpartum forløbet.</p> <p>Indsatsen er nemt overførbart til andre kontekster, i så fald, at den elektroniske journal tillader ændringer. Det øgede antal af kvinder, der screenes i postpartum perioden, ses især efter 3 mdr.</p>	<p><b>Confounding:</b> <b>Studiet angiver:</b> Der er testet for Confoundere ved en Cox proportional hazard regression. De identificerede confoundere fremstår relevante og fremgår i en tabel oversigt. Kvinder der falder fra censureres ved afslutning af studieperiode, ved ny graviditet eller hvis de udgår af gruppeforsikringen.</p> <p><b>Specialet angiver:</b> Det er ikke muligt at se karakteristika for kvinder, der ikke bliver testet, og om disse er ens mellem populationerne. Det fremgår dog, at populationerne som udgangspunkt ikke er statistisk signifikant forskellige</p>
<p><b>“Postpartum screening for diabetes after a gestational diabetes mellitus-affected pregnancy”</b></p> <p>Patricia M. Dietz et. al. 2008</p> <p>Studiedesign: Analytisk Kohortestudie Udført fra 1/1-1999-31/12-2006.</p> <p>Studiepopulation: Kvinder tilknyttet KNPW, et stort non-profit forsikringselskab, med 8 sundhedscentre i Vest Oregon og Washington State. Alle kvinder tilknyttet centrene bliver rutinemæssigt screenet for GDM, mellem graviditetsuge 24-28. Studiet inddrager alle gravide der diagnosticeres med GDM under studieperioden.</p>	<p>Implementering af nye retningslinjer, for en koordineret og målrettet omsorg til kvinder med GDM, eksisterende diabetes og glukoseintolerance.</p> <p>Henvisning til diabetes sygeplejerske som er ansvarlig for koordineringen kvindens omsorg frem til 6 uger postpartum, hvor de kommer til en konsultation, hvor de modtager information omkring livsstilsinterventioner og behovet for screeninger fremadrettet.</p> <p>Hjælp til sikring af at GDM-patienter har en henvisning til screening postpartum.</p> <p>Opfordring til at fuldføre screening før besøget, 6 uger postpartum</p>	<p>1. Henvisning til screening inden for 1 måned før til 3 mdr. postpartum</p> <p>2. Testresultater i kvindens journal der indikerer at kvinden er blevet screenet inden for 3 mdr. postpartum</p>	<p>Protokollen implementeres i 2004. Herefter ses der ændringer i resultaterne.</p> <p>Antallet af GDM diagnoser steg til 3,6% (2006) vs. 2,9% (1999) (p&lt;0,01)</p> <p>Henvisning til postpartum screening steg til 79,3% (2004) vs. 15,9% (1999) Stabilt indtil 2006 (74%) (p&lt;0,01)</p> <p>Antallet af kvinder der blev screenet inden for 3 mdr. postpartum steg til 57,8% (2004) vs. 9% (1999). Stabilt til 2006 på 50,3%. (p&lt;0,01)</p>	<p><b>Studiet angiver:</b> Resultaterne af denne undersøgelse er generelt begrænset til integrerede sundhedsprofessionelle organisationer</p> <p><b>Specialet angiver:</b> Inddrager tiltag der er specifikt målrettet at forbedre patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor, gennem tilknytning til en diabetessygeplejerske under graviditeten, som har opmærksomhed på opfølgende screening i postpartum forløbet.</p> <p>Indsatsen kan uden store problemer overføres til andre kontekster, Det er særligt den tætte opfølgning som øger antallet af kvinder som gennemfører postpartum screening</p>	<p><b>Bias:</b> <b>Specialet angiver:</b> Der er stor forskel i frekvensen af henvisninger imellem klinikkerne, hhv. 28,6%-93,6%, hvilket giver risiko for selektionsbias idet dette kan påvirke resultatet ved en overestimering af en del af studiepopulationen Studiet angiver ift. kvinder der har modtaget en henvisning og fuldførte screening, at have håndteret forskelle i kvindernes karakteristika og klinik resultater, gennem logistisk regression og her opnået statistisk signifikans – Statistisk signifikans er dog ikke fundet for alle klinikker.</p> <p><b>Specialet angiver:</b> der er stor forskel på klinisk praksis i de 8 klinikker, hvilket har betydning for antallet af screeninger, idet det kræver henvisning.</p>

<p>I studieperioden 1999-2006 blev 1332 kvinder diagnosticeret med GDM, den årlige fordeling er ikke angivet. Deltagere fra 1999 præsenteres som kontrol kohorte, ift. interventionsgruppen i 2004.</p> <p>Analysen udføres kun for de kvinder, som modtager en henvisning til screening (henvisning er påkrævet for at blive screenet).</p>					<p><b>Specialet angiver:</b> Den kliniske praksis kan betyde at der er risiko for selektionsbias, idet at dette kan give anledning til udvælgelsen ikke fremstår repræsentativ for målpopulationen og have indflydelse på et studies interne validitet,</p> <p><b>Specialet angiver:</b> Der laves bortfalds analyse for at tage højde for specifikke karakteristika ved kvinder, der falder fra</p> <p><b>Confounding:</b> <b>Studiet angiver:</b> Der er justeret for confoundere ved logistisk regression. Når der justeres for alle confoundere, ses det at det har betydning om kvinden er asiatisk eller hispanic ift. at være kaukasisk, - hvor det dog er fundet statistisk signifikant om de kom til et postpartum besøg. Der er ikke fundet statistisk signifikans for klinikken.</p>
--	--	--	--	--	---

### 7.1.2 Resultatpræsentation af studier

Fælles for studierne er, at de er analytiske kohortestudier med fast opfølgningstid (83,84,86). Analytiske kohortestudier sammenligner udviklingen af et bestemt outcome (udfald) mellem grupper, der er karakteriseret ved den eksponering de har ved undersøgelsens start. Hvis eksponeringen har særlige konsekvenser, vil det vise sig ved forskellig udvikling af det undersøgte outcome mellem de to grupper (105). I de udvalgte studier er eksponeringen en ændret praksis ift. at skabe et sammenhængende patientforløb i overgangen mellem sekundær og primær sektor, mens outcome er deltagelse i postpartum screening (83,84,86). Desuden måler Vesco et. al. (2012) og Dietz et. al. (2008) endnu et outcome i form af antallet af oprettede henvisninger (84,86). Interventionsgruppen sammenlignes i studierne med en historisk kontrolgruppe fra samme kohorte, fra før interventionen blev indført. En fast opfølgningstid gør det muligt at følge hele kildepopulationen gennem studieperioden frem til et bestemt outcome, uden at miste informationer om populationen (105). I studierne er der afsat korte tidsrammer for opfølgning, hvor det er forventeligt at kvinderne, der er inkluderet i studieperioden, vil have fået lavet postpartum screening. Dietz et. al. (2008) adskiller sig fra de andre, idet de fra 1999-2006 laver årlige målinger for, hvorvidt kvinderne i kohorten bliver screenet og antallet af henvisninger (84). Kohortestudier kan ikke anvendes til at bevise en kausal sammenhæng mellem eksponering og outcome, et analytisk kohortestudie har dog en højere grad af sikkerhed end et observerende kohortestudie. For at bevise hvad der kan anses som effektivt, skal der laves undersøgelser på et højere

evidensniveau f.eks. RCT undersøgelser (106), der pga. randomisering, i højere grad er i stand til at tage højde for confoundere, idet fordelingen af deltagere sker efter et tilfældighedsprincip. Dermed bliver potentielle confoundere, både kendte og ukendte, ligeledes fordelt tilfældigt mellem grupperne, hvormed det tilstræbes, at effekten af behandlingen kun kan tilskrives eksponeringen. RCT studier tilstræber ligeledes blinding af deltagere og forskere, hvormed de ikke er bevidste om, hvem der modtager behandling. Dette kan bidrage til, at risikoen for bias mindskes, idet viden om interventionen alene, kan påvirke outcome gennem informationsbias. Et godt udført RCT studie kan dermed minimere risikoen for fejltolkning af resultater (107). Da studierne ikke er randomiserede eller blindede øges risikoen for fejltolkninger, dette kan f.eks. komme til udtryk som informationsbias, idet de sundhedsprofessionelles opmærksomhed på at henvise kvinderne til screening, alene på baggrund af visheden om studiernes formål, kan øges. Ligeledes øges risikoen for confounding, idet potentielle confoundere ikke kan garanteres at være ligeligt fordelt mellem grupperne af kvinder. Studierne har forsøgt at tage højde for dette, ved at sikre at kvinderne der indgik i de enkelte studier var sammenlignelige ud fra de mulige identificerede confoundere. Den retrospektive natur i studiernes indsamlingen af informationer kan desuden have givet anledning til misklassifikation af kvinderne der indgik i studiet.

Misklassifikation opstår, hvis ikke deltagere i studier klassificeres korrekt, ift. om de oplever det undersøgte outcome. Ved analytiske studier kan differentieret misklassifikation, hvor der ikke er samme risiko for at deltagerne klassificeres forkert, betyde at der er forskel i informationskvaliteten mellem de to grupper, hvilket kan give anledning til informationsbias idet der kan ske en under- eller overrapportering af resultater (88). Det kan dermed antages, at bevidstheden om den ændrede protokol alene har haft betydning for, at de sundhedsprofessionelle i studierne er mere bevidste om at få rapporteret, at kvinderne er blevet screenet og dermed få dem klassificeret korrekt. Denne forskel kan have haft betydning for den faktiske forskel mellem grupperne, hvilket yderligere har betydning for studiernes evne til at påvise sammenhæng mellem indsatsen og deltagelse i screening. Trods grundig afsøgning af litteraturen efter studier, der kan vise effektivitet ift. at sikre et sammenhængende patientforløb for kvinder, som tidligere har haft GDM, er det således ikke lykkedes at finde studier med et tilstrækkeligt højt evidensniveau til formålet. Det er derfor ikke muligt at besvare forskningsspørgsmål 1: "*Hvilke tiltag er effektive til at sikre et sammenhængende patientforløb postpartum, for kvinder med tidligere GDM, i overgangen mellem sekundær og primær sektor mhp. forebyggelse af T2DM?*" De inkluderede studier indikerer dog, på baggrund af statistisk signifikante forskelle i resultater mellem grupperne, at der er en effekt af indsatsen, hvorfor resultaterne heraf vil indgå i besvarelsen af forskningsspørgsmålet og dermed i besvarelsen af problemformuleringen.



Alle studierne søgte at opnå at et øget antal kvinder bliver screenet for T2DM ved at skabe sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor (83,84,86). I studierne af Mendez-Figueroa et. al. (2014) og Dietz et. al. (2008) tilknyttedes en sygeplejerske til kvinden i graviditeten mhp. at følge kvinden frem til første screening for T2DM (83,84). Da studierne søgte at opnå en stigning i antallet af kvinder, der modtog postpartum screening for T2DM på baggrund af en indsats, der fokuserer på at skabe sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor, vil opnåelse af dette outcome reflektere, hvorvidt indsatsen har betydning for at skabe et sammenhængende patientforløb.

Mendez-Figueroa et. al. (2014) iværksatte en indsats, hvor kvinden under graviditeten blev tilknyttet en kontaktsygeplejerske og en opsøgende medarbejder fra et lokalt sundhedscenter. De samarbejdede inden fødslen med kvinden om at finde et sted og et tidspunkt inden for den anbefalede tidsramme, hvor hun fandt det belejligt at blive screenet for T2DM. Kvinden ville ca. en uge inden fødslen modtage et opkald fra kontaktsygeplejersken, som en påmindelse om at blive screenet. Ved manglende fremmøde til screening blev kvinden kontaktet mhp. genbooking og snak omkring årsagen til manglende fremmøde. Kvindernes kontakt til den sundhedsprofessionelle var kontinuerlig, frem mod den ønskede deltagelse i screening (83). Studiet af Mendez-Figueroa et. al. (2014) er baseret på en amerikansk kohorte, hvor organiseringen og strukturen i sundhedsvæsenet kan være anderledes end i Danmark, hvilket kan påvirke, hvorvidt resultaterne kan generaliseres til en dansk kontekst. Studiet angiver dog, at de inddrager kvinder af alle etniske grupper og forsikringsmæssige kategorier, inklusive kvinder der er offentligt forsikrede, hvorfor det må antages, at alle har mulighed for at deltage. Det fremgår desuden, at der er kontrolleret for confounding og metoden omkring de anvendte variable fremstår transparent. Som resultat heraf er test- og kontrolgruppe fundet sammenlignelige. Confounding kan medføre forveksling af årsagssammenhænge (90). Idet Mendez-Figueroa et. al. (2014) har kontrolleret for flere mulige confoundere, hvilket ikke ses at have ændret på resultatets signifikans, anses resultaterne heraf som valide. Intern validitet i et studie afspejler, hvorvidt studiet måler på den sande værdi af målpopulationen og kan trues af confounding. Ekstern validitet eller generaliserbarhed afspejler resultatets gyldighed ud over den konkrete målpopulation (89). Da resultatet efter justering for confounding ikke ændres, ses den interne validitet at være god. Studiet anses derfor som generaliserbart til en dansk kontekst, pga. der f.eks. er kontrolleret for confoundere som etnicitet og forsikringsforhold, hvormed disse særlige forhold for studiepopulationen ikke er afgørende for resultatet. På baggrund af ovenstående vurderes studiet som egnet til at indgå i besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Vesco et. al. (2012) målte på samme kohorte som Dietz et. al. (2008), blot nogle år efter indførelse af en diabetessygeplejerske med ansvar for kvindernes omsorg i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Her blev der ligeledes søgt at skabe sammenhæng gennem en sundhedsprofessionel, der var i kontakt med kvinderne i overgangen mellem sektorer, men i dette studie blev der sat yderligere fokus på postpartum perioden. Dette blev gjort gennem ændring i sygeplejeprotokollen, således sygeplejersken selv havde mulighed for at oprette henvisning til screening, samt en ændring i den elektroniske journal, så det blev fremhævet for alle som tilgik journalen, at kvinden havde haft GDM (86). Idet sygeplejersken selv havde mulighed for at oprette en henvisning til screening, blev der fjernet et mellemlid, hvorved sandsynligheden for at kvinderne modtog en henvisning blev øget. Det fremgår af Vesco et. al. (2012), at der var testet for confounding, men det er ikke muligt at se karakteristika for kvinder, der ikke blev testet og hvorvidt disse var forskellige mellem populationerne. Studiet anvendte censurering af deltagere, der ikke blev screenet eller udgik pga. at de enten ikke længere var forsikrede i den gruppeforsikring, der var tilknyttet klinikkerne eller hvis kvinderne blev gravide inden afslutning af studieperioden. Resultaterne for de kvinder, som udgik inden afslutning af studieperioden, kan være behæftet med en over- eller underestimering, idet det ikke ville være muligt at vide, om disse kvinder ville være blevet screenet inden for studieperioden.

Af studiet fremgår det, at populationerne som udgangspunkt ikke var statistisk signifikant forskellige ligesom antallet af missings (manglende besvarelser) i de to populationer heller ikke var det. Da det ikke fremgår, hvordan missings blev håndteret ift. hvem der falder fra, er det ikke transparent, hvilke karakteristika som er knyttet til denne gruppe, hvilket påvirker studiets validitet, da det på baggrund heraf ikke fremstår tydeligt, hvorvidt de to studiepopulationer er ens ved studiets afslutning. Kvinderne i studiet indgik på baggrund af deres forsikringsstatus, hvor deltagelse forudsatte forsikring gennem en stor non-profit HMO (Health Maintenance Organization) (86). Dette kan have betydning for generaliserbarheden til en dansk kontekst, hvor alle kvinder i kraft af strukturen i sundhedsvæsenet har adgang til omsorg ved behov. Da denne type forsikring er billig, vil den dog være tilgængelig for de fleste kvinder. Det vurderes dog at studiets resultater overordnet er af høj kvalitet, hvorfor studiet findes egnet til at indgå i besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Dietz et. al. (2008) indførte, som et led i implementering af nye retningslinjer, at kvinder med GDM blev tilknyttet en diabetessygeplejerske, som var ansvarlig for kvindens omsorg frem til seks uger postpartum, herunder ansvarlig for at sikre, at der blev bestilt en henvisning til screening postpartum, samt for at opfordre kvinderne til at blive screenet postpartum. De fulgte i studiet alle kvinder med GDM frem til en forventet screening for T2DM ved tre måneder postpartum og målte

de ønskede outcomes for hvert år, således der er årlige beregninger for kvinder, der har født i årene fra 1999-2006. Studiets beregninger var baseret på resultater for en kontrolgruppe fra 1999 holdt op mod en interventionsgruppe fra 2004, hvor der blev iværksat ændring af kvindernes forløb (84). Da kontrolgruppen har større tidsmæssig afstand til interventionsgruppen end i de andre studier, kan det have haft betydning for, hvorvidt resultatet kan have været påvirket af andre forhold end det ændrede forløb. Dette understøttes af figurer i studiets resultatfremstilling, hvor der ses en gradvis stigning i antallet af henvisninger og antal af kvinder der deltager i screening frem mod 2004, hvorfor valg af et mere nærliggende kontrol år kunne have givet andre og mindre markante stigninger hos interventionsgruppen. Herved kan studiet være behæftet med en vis overestimering af indsatsens betydning. Der ses dog en stabilisering af resultatet frem mod 2006, hvorfor det må antages at indsatsen har haft den ønskede effekt.

Dietz et. al. (2008) angav ift. kvinder, der modtog en henvisning og fuldførte screening at have håndteret forskelle i kvindernes karakteristika og resultater for de forskellige klinikker, gennem logistisk regression og opnået statistisk signifikans, hvilket dog ikke er fundet for alle klinikker. Denne forskel i antal af udskrevne henvisninger til screening mellem klinikkerne, hhv. 28,6%-93,6% (84), kan skyldes at klinikker med en højere grad af systematisk procedure til oprettelse af henvisning til screening og med beskyttet sagsbehandlingstid for sygeplejersker havde højere henvisningsrater. Idet at klinikkerne var placerede i forskellige områder, kan hver klinik dermed ende med at bidrage med potentiel stor forskel i sammensætningen af studiepopulationen, hvilket kan give risiko for selektionsbias, og herved påvirke studiets resultater. Selektionsbias kan give anledning til udvælgelsen ikke fremstår repræsentativ for målpopulationen og have indflydelse på et studiets interne validitet, da denne afspejler hvorvidt undersøgelsesspørgsmålet besvares ift. hele målpopulationen (89). Den interne validitet i studiet af Dietz et. al. (2008) er dermed påvirket af, at sammensætningen af studiepopulationen ikke nødvendigvis repræsenterer målpopulationen, ligesom forholdet mellem henvisninger sendt fra de forskellige klinikker kan have betydning for studiets reliabilitet. Reliabilitet forholder sig til, hvorvidt resultater vil kunne genskabes under lignende forhold (88). Eftersom det er uvist om samme skæve fordeling af resultater fra klinikker vil genfindes, hvis studiet gentages i en lignende studiepopulation, kan resultatet ikke anses som reliabelt. Grundet denne skæve fordeling af resultater fra de forskellige klinikker kan der være usikkerhed omkring resultaternes gyldighed, idet denne er påvirket af om resultatet anses som reliabelt, og derfor påvirker det hvorvidt studiets resultater vil kunne generaliseres til målpopulationen. Det må ligeledes overvejes, hvorvidt studiet er generaliserbart ift. dansk kontekst, idet kvindernes etniske sammensætning ikke vil kunne genfindes i en dansk population. Hvis etniciteten har betydning for, om kvinderne vælger at blive screenet, kan det således betyde, at resultatet ville se anderledes ud i en population med en anden etnisk sammensætning. Om et

resultat kan generaliseres til andre kontekster, skal baseres på faglig viden og sund fornuft, men kan understøttes af andre studier der genfinder resultatet (89). I studiet af Dietz et. al. (2008) er den skæve fordeling af resultater jf. ovenstående en konsekvens af klinikkernes etniske sammensætning og frekvens af henvisning til screening, hvorfor det vurderes at den enkelte klinik har en større betydning for resultatet end den etniske sammensætning. Ligeledes genfindes resultaterne i studierne af Vesco et. al. (2012) og Mendez-Figueroa et. al. (2014), der også målte på en indsats hvor der blev indsat en sundhedsprofessionel kontaktperson i overgangen mellem sektorer (83,86), hvorfor resultaterne vurderes til at kunne generaliseres til en dansk kontekst og vil derfor indgå i besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

## 7.1.2 Analyse og fortolkning

### 7.1.2.1 *Sundhedsprofessionel støtte i overgangen mellem sektorer*

Samtlige tre studier baserer deres resultater på en indsats, hvor der tilknyttes en sundhedsprofessionel kontaktperson, som kan medvirke til at skabe en relation, der kan skabe sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Ifølge Reid et. al. (2002) kan relationskontinuitet opnås i et kontinuerligt forhold mellem sundhedsprofessionel og patient, hvorved der kan skabes et sammenhængende patientforløb mellem tidligere, nutidig og fremtidig omsorg, idet den sundhedsprofessionelle har kendskab til og forståelse for patienten som person. Denne relation kan føre til at patienten føler loyalitet over for den sundhedsprofessionelle og at den sundhedsprofessionelle oplever et ansvar for patienten (68). Da Mendez-Figueroa et. al. (2014) tager afsæt i en intervention, hvor der skabes et samarbejde mellem kvinden, kontaktsygeplejerske og opsøgende medarbejder fra lokalt sundhedscenter i overgangen mellem sekundær og primær sektor, er der mulighed for at der kan opnås relationskontinuitet for kvinder med GDM. Gennem relationen opnår de sundhedsprofessionelle kendskab til kvinden, hvilket kan støtte de sundhedsprofessionelle i ansvaret for at fastholde kontakten til kvinden frem til deltagelse i postpartum screening, så kvinden oplever at få støtte hertil. De sundhedsprofessionelle baserer indsatsen i kvindens forløb på kendskab til hendes mulighed for at komme til screening, ligesom der i kontakten med de kvinder, som udebliver fra postpartum screening for T2DM, undersøges hvilke barrierer kvinden oplever for at komme til screening. Dermed søges der at skabe en relation i patientforløbet omkring GDM, hvor der skabes sammenhæng mellem omsorg i graviditetsforløbet og omsorg gennem en tæt opfølgning, der fortsætter i postpartum forløbet. Da indsatsen gennem et samarbejde mellem en sundhedsprofessionel og kvinder med GDM i overgangen fra sekundær til primær sektor, ses at være effektiv ift. deltagelse i screening for T2DM, kan denne type af indsats være effektiv til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM i Danmark. Dette er ligeledes gældende i studiet af Dietz et. al. (2008), da en

diabetessygeplejerske skaber en kontinuerlig relation med kvinderne frem til et besøg seks uger postpartum, hvor disse modtager information omkring livsstilsinterventioner og behovet for screening for T2DM fremadrettet (84). Eftersom resultaterne i studiet af Mendez-Figueroa et. al. (2014) understøttes af resultater i studiet af Dietz et. al. (2008), hvor de finder, at etablering af en sundhedsprofessionel relation i overgangen mellem sekundær og primær sektor resulterer i en signifikant stigning i antallet af kvinder, som bliver screenet for T2DM i postpartum forløbet, kan dette tiltag antages at have betydning for at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM.

#### *7.1.2.2 Informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle*

Vesco et.al. (2012) laver en ændring i den elektroniske patientjournal, så der etableres et felt, der giver let adgang til information om kvindens GDM diagnose og forløb, samt en automatisk påmindelse om at tage kontakt til kvinden mhp. screening. Herved skabes der en funktion, som støtter op omkring ansvaret for kvinden i postpartum perioden, for de sundhedsprofessionelle, der har adgang til systemet (86). Ifølge Reid et. al. (2002) er det muligt at opnå informationskontinuitet, hvis information om tidligere hændelser og omstændigheder anvendes til at målrette omsorg til den enkelte patient og dennes tilstand mhp. at skabe sammenhængende omsorg mellem forskellige forløb (68). Da Vesco et.al. (2012) skaber en mulighed for at information omkring kvindens GDM diagnose og forløb deles mellem flere sundhedsprofessionelle, forudsat de har adgang til den elektroniske patientjournal, er der mulighed for at opnå informationskontinuitet i kvindens forløb. Denne information udløser samtidig en påmindelse om at kontakte kvinden, hvis hun udebliver fra den planlagte screening, hvorved informationskontinuitet medvirker til, at opmærksomheden omkring GDM og behovet for efterfølgende screening fortsætter i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Hos Vesco et. al. (2012) opnås der først en signifikant stigning i antallet af kvinder, der bliver screenet for T2DM, når kvinderne bliver kontaktet efter udeblivelse fra første tid til screening (86). Da Vesco et. al. (2012) måler på en population, hvor der allerede er set en signifikant stigning i antallet af screeninger efter indførelse af en sundhedsprofessionel kontakt, der følger kvinden i overgangen mellem sektorer, kan det være en årsag til at der først opnås en signifikant stigning ved et yderligere tiltag. Det er hermed den kontinuerlige relation til kvinden ud over relationen i det tidlige postpartum forløb, der bidrager til kvindernes deltagelse i screening. Da der ses en yderligere stigning i antallet af kvinder, der bliver screenet, efter indførelse af en elektronisk påmindelse om at oprette en henvisning og tage kontakt til kvinden i postpartum perioden, kan indførelse af en struktur, der støtter informationskontinuiteten, så sundhedsprofessionelle er opmærksomme på kvinden i postpartum forløbet, ligeledes bidrage til at skabe et sammenhængende patientforløb ift. GDM. Studiet er udført på en amerikansk kohorte,

hvilket kan have betydning for om der er samme mulighed for at skabe informationskontinuitet, idet der kan være nationale forskelle i retningslinjer for deling af personfølsomme oplysninger. Ved en ændring i deling af personfølsomme oplysninger som f.eks. diagnoser kræver dette i Danmark samtykke jf. databeskyttelsesforordningen (104). Hvorfor indførelse af en lignende ændring i den elektroniske patientjournal, skal medføre overvejelser omkring, om kvinden skal give sit samtykke hertil.

I studierne af Vesco et. al. (2012) og Dietz et. al. (2008) var der desuden signifikant stigning i antallet af henvisninger til postpartum screening for T2DM oprettet af de sundhedsprofessionelle, på baggrund af de nye tiltag (84,86). Kvinder med tidligere GDM efterlyser sundhedsprofessionel støtte i postpartum perioden ift. at opsøge screening (28–30). Da Vesco et. al. (2012) og Dietz et. al. (2008) herved undersøger en indsats, hvor der i graviditetsforløbet oprettes en henvisning til postpartum perioden, kan det anses som sundhedsprofessionel støtte til at opsøge screening for T2DM. Dette understøttes af, at begge studier fandt, at signifikant flere kvinder blev screenet for T2DM i studieperioderne. Hermed kan en henvisning til postpartum screening, der er oprettet af sundhedsprofessionelle, som kvinderne er i kontakt med under graviditeten, anses som et tiltag, der kan medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb.

Tiltag, der øger opmærksomheden på behovet for postpartum screening, har dermed betydning for antallet af kvinder med tidligere GDM som henvises. Informationskontinuitet bidrager således til et mere sammenhængende patientforløb, idet den sundhedsprofessionelle er ansvarlig for henvisningen og dermed fungerer som støtte ift. kvindernes deltagelse i postpartum screening.

Af ovenstående fremkommer det således at studierne tiltag alle inddrager informations- og relationskontinuitet, som en del af det at skabe mere sammenhæng i kvindernes patientforløb, hvilken måles ift. en signifikant stigning i deltagelse i postpartum screening. Ingen af de inkluderede studier behandler forløbskontinuitet, hvilket ifølge Reid et. al. (2002) (68), ligeligt bør inddrages som en faktor for at skabe sammenhængende patientforløb.

## 7.2 Kvalitative interview

### 7.2.1 Resultatfremstilling

I tabel 7 fremstilles resultatet af rekrutteringsstrategien for udvælgelsen af informanter, som er beskrevet i metoden. Af tabellen fremgår det, hvilke sundhedsprofessionelle informanter, som har bidraget til den indsamlede empiri, samt hvilken uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund den enkelte informant har. Da det kan have betydning for den enkeltes for forståelse af det undersøgte fænomen, skal tabel 7 medvirke til, at læseren kan forholde sig kritisk til den hermeneutiske

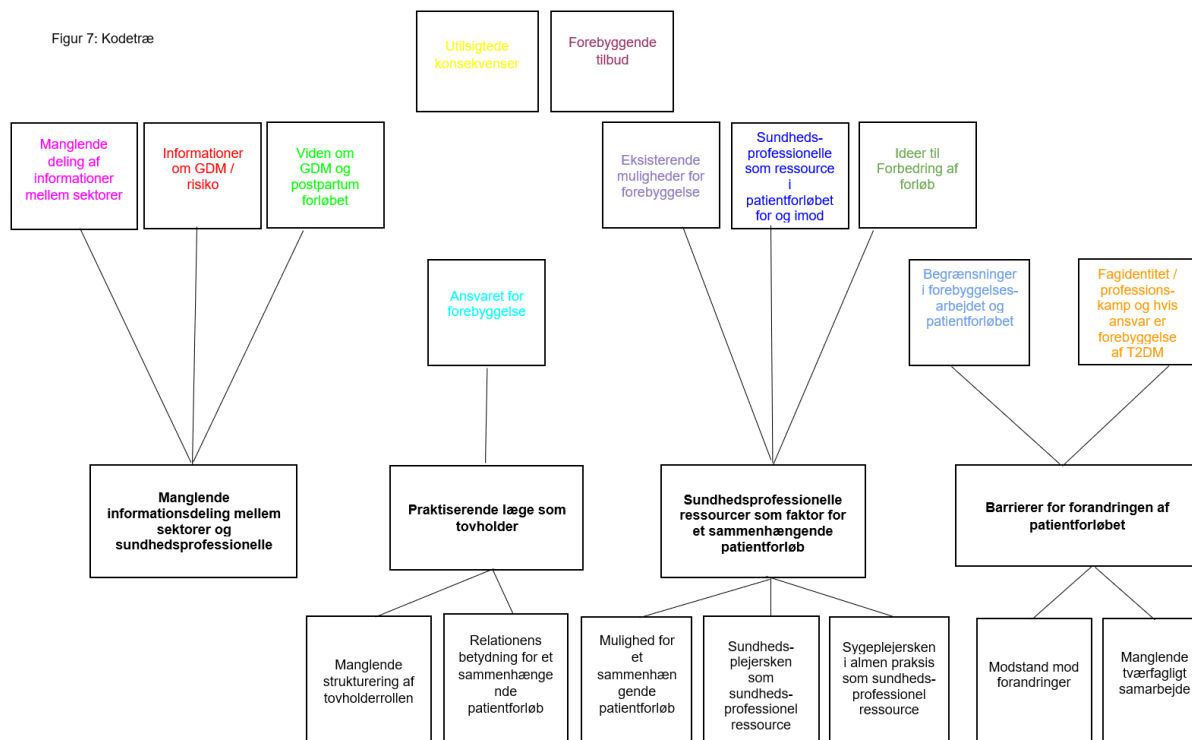
analyse og fortolkning. Beskrivelsen af informanterne kan dermed bidrage til at skabe en kritisk refleksion ift. det den enkelte informant bidrager med i empirien, samt bidrage til transparens i så fald en lignende undersøgelse skal udføres. Det skal herunder bemærkes at informanterne er ansat i forskellige jyske regioner og kommuner, hvormed resultaterne af analysen og fortolkningen ikke er et udtryk for en bestemt region eller kommunes håndtering af problemstillingen.

Tabel 7: Skema med præsentation af informanter

<b>Informant 1</b>	Sundhedsplejerske 1	Kvinde, i fyrrerne med over 20 års erfaring som sundhedsplejerske, de seneste år som leder af sundhedsplejen i en mindre kommune.
<b>Informant 2</b>	Sundhedsplejerske 2	Kvinde, sidste i trediverne, med over ti års erfaring som sundhedsplejerske. Har erfaring fra en anden kommune, men arbejder nu i en mindre kommune. Har desuden en uddannelse inden for sociale og kulturelle studier.
<b>Informant 3</b>	Sundhedsplejerske 3	Kvinde, først i halvtredserne, med over 25 års erfaring som sundhedsplejerske. Har erfaring fra både mindre og større kommuner. Har erfaring som leder. Har efteruddannelse inden for bl.a. ledelse og Marte-Meo.
<b>Informant 4</b>	Sygeplejerske på graviditetsambulatorium	Kvinde, i halvtredserne, arbejder som sygeplejerske på svangreambulatorie på et sygehus med landsdelsfunktion inden for GDM. Har mere end femten års erfaring herfra. Arbejder i en større kommune.
<b>Informant 5</b>	Jordemoder	Kvinde, i trediverne, med mere end 10 års erfaring som jordemoder. Jordemoder i en større nordjysk kommune, med arbejdsområde både på hospital og i jordemoderhuset.
<b>Informant 6</b>	Praktiserende læge 1	Kvinde, i trediverne, med mere end 10 års erfaring som læge, nu medejer af lægepraksis i en større kommune.
<b>Informant 7</b>	Praktiserende læge 2	Kvinde, i trediverne, ansat som almen praktiserende læge i en større kommune. Har omkring ti års erfaring som læge. Har for nyligt færdiggjort speciallægeuddannelsen i almen medicin.
<b>Informant 8</b>	Praktiserende læge 3	Mand, i trediverne, ansat som almen praktiserende læge i et større lægehus, i en større kommune. Har under ti års erfaring som læge. Har erfaring fra svangreomsorgen i hospitalsregi.

Af nedenstående figur 7 vises specialets kodetræ, hvor det fremgår hvordan det enkelte interview er kodet ud fra forskellige farver, som repræsenterer de meningsbærende enheder. De meningsbærende enheder er herefter blevet operationaliseret til flere analytiske temaer og undertemaer, som vil blive bearbejdet i nedenstående analyse og fortolkning.

Figur 7: Kodetræ



Af tabel 8 fremgår der desuden et eksempel på, hvordan et citat er kategoriseret og er blevet til en meningsbærende enhed, som efterfølgende sammen med andre meningsbærende enheder er operationaliseret til et analytisk tema. Af bilag 8 fremgår de resterende kategorier, meningsbærende enheder og operationaliseringer. Tabel 8 og bilag 8 bidrager til at der skabes transparens og overblik over, hvordan empirien har været styrende for dannelsen af kategorier, meningsbærende enheder og de overordnede operationaliseringer til analytiske temaer, som fremkommer af nedenstående afsnit. Gennem de første tre trin af analysestrategien fremkommer der 11 meningsbærende enheder, som bidrager til i alt fire operationaliseringer. To meningsbærende enheder udgår: *“Utilisigtede konsekvenser”* og *“Ideer til forebyggende tilbud”*. Den meningsbærende enhed *“Utilisigtede konsekvenser”* operationaliseres ikke til et tema, idet kun en informant berører dette, hvormed temaet ikke anses som gennemgående for empirien og heller ikke anses at være relevant for besvarelsen af forskningsspørgsmålet. Den meningsbærende enhed *“Ideer til forebyggende tilbud”* udgår da den ikke menes at kunne besvare forskningsspørgsmålet. De meningsbærende enheder som udgår, fremgår af bilag 8, for at være tro mod de fortællinger og kategorier, som fremkommer gennem det første analysetrin *Helhedsindtryk*.



Tabel 8: Eksempel på operationalisering til temaet: "Manglende informationsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle".

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b>                      "[...] altså vi får jo ikke altid af vide at de har haft GDM og hvordan de bliver fulgt tilbage til forhåbentligt et normalt blodsukker... det er ikke noget vi ved noget om, det er noget som foregår i lægeregi".</p> <p>"[...] de der overgange mellem ... at få de rigtige informationer de rigtige steder hen fordi vi har som sagt bredden og muligheden for at prioritere hvad er vigtigt [...]".</p>	<p>Manglende deling af information omkring GDM diagnose</p> <p>Deling af informationer med de rigtige sundhedsprofessionelle</p>	<p>Manglende deling af information mellem sektorer og sundhedsprofessionelle</p>

## 7.2.2 Analyse og fortolkning

I det følgende vil operationaliseringerne til de analytiske temaer, som er fremkommet gennem bearbejdningen af empirien blive analyseret og fortolket gennem inddragelse af begrebsafklaringen af "et sammenhængende patientforløb" og anden teori. Analysen og fortolkningen vil herigennem besvare forskningsspørgsmål 2, som lyder: *Hvilke faktorer, oplever eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?*

### 7.2.2.1 Manglende informationsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle

Jf. afsnit 2.4.1. oplever kvinder med tidligere GDM overgangen mellem sekundær og primær sektor som usikker, idet der sker en brat overgang fra intensiv monitorering under graviditet og fødsel til en anbefaling om at deltage i screeningsforløb hos praktiserende læge. En jordemoder udtrykker, hvordan den bratte overgang kan have betydning for kvindernes oplevelse af manglende sammenhæng, i deres patientforløb, i overgangen mellem sekundær og primær sektor således:

*"Jamen jeg tror, at nogen gange kan være fordi de "flakker lidt" i mellem forskellige sektorer, så er de i primærsektor ved læge og jordemoder, og så er de inde i en anden sektor, når de er i sygehus-verdenen, og sådan at de "flakker lidt ind og ud", at de måske mangler, hvem er egentlig tovholder i deres gestationelle diabetes forløb, hvor egen læge jo er det sådan generelt på graviditeten, men de oplever ikke rigtig, at egen læge tager del i det her med gestationel diabetes, måske har de lavet screeningen, måske har de ikke, men opfølgningen på det halter lidt, i hvert fald via egen læge i hvert fald. Hvor der mere bliver ODA (obstetrisk dagafsnit red.), der har funktionen som tovholder, og speciallægerne inde på sygehuset, der har denne funktion, men noget bedre samarbejde mellem jordemoder, læge på sygehuset og egen læge, det tænker jeg i*

*hvert fald godt der kunne være. Sådan at det ikke er den gravide, der skal være budbringer med, nu går det sådan, eller nu går det sådan; sådan der ville være noget mere sammenhæng på den måde, det tror jeg ville kunne hjælpe dem” (jordemoder).*

Da der mangler samarbejde mellem sektorer og sundhedsprofessionelle, bliver kvinden ansvarlig for at viderebringe informationer omkring GDM diagnosen. Dette kan have indflydelse på kvindernes oplevelse af manglende sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor.

En flydende overgang af informationer, kaldet informationskontinuitet, mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, kan bidrage til at skabe sammenhæng i et patientforløb (68). En mere flydende overgang mellem sekundær og primær sektor kan derfor medvirke til, at kvinderne oplever overgangen som mindre usikker og bidrage til at skabe sammenhæng i patientforløbet omkring GDM, ved at de sundhedsprofessionelle kvinderne er i kontakt med, vil være opmærksomme på kvindernes forløb med GDM og dermed have mulighed for at italesætte det.

Da forskellige sektorer bidrager med omsorg i de enkelte dele af patientforløbet, er informationsdeling herimellem essentiel for at skabe et sammenhængende patientforløb (70). Hermed kan deling af informationer omkring GDM diagnose mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, som er en del af overgangen mellem sekundær og primær sektor, anses som en vigtig faktor for kvindernes oplevelse af sammenhæng i deres patientforløb.

Centralt for empirien er, at de sundhedsprofessionelle alle oplever, at der mangler at blive delt informationer omkring GDM diagnose. De interviewede læger er bevidste om at GDM diagnosen fremgår af kvindernes journaler, men at denne viden dog ikke deles med andre sundhedsprofessionelle end det obstetriske afsnit, som lægerne henviser kvinderne til efter en diagnosticering med GDM. En læge angiver, at viden om diagnosen er afhængig af, hvorvidt der er optaget et journalnotat herom, ligesom det kan afhænge af hvorvidt den enkelte læge selv har foretaget undersøgelserne ifm. diagnosticeringen og dermed er bevidst om kvindens sygdomsforløb. Sundhedsplejerskerne oplever generelt ikke, at de modtager særlig information fra sekundær sektor omkring GDM diagnosen og oplever, at de selv skal være opsøgende ift. at indhente viden herom, hvis f.eks. forhold omkring fødslen indikerer at det kan være aktuelt. Den manglende informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle udtrykkes bl.a. således: *“Altså det står i vores PAS (patientsystem red.), altså i vores kodesystem, der står det jo i de fødsels-anmeldelser vi sender videre, men egentlig ikke til sundhedsplejersken står det faktisk ikke [...]”* (Jordemoder). Den manglende informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle og sektorer i kvindens patientforløb kan dermed forstærke kvindens oplevelse af manglende sammenhæng,

ligesom de sundhedsprofessionelles mulighed for at forebygge T2DM mindskes, idet kvindens GDM diagnose bliver mindre synlig. Manglende deling af informationer omkring GDM diagnosen kan dermed medføre en fragmenteret omsorg, eftersom de sundhedsprofessionelle, i mødet med kvinden, vil fokusere på eget praksisfelt og agenda i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, hvorved der ikke skabes sammenhæng i kvindens forløb omkring GDM mhp. forebyggelse af T2DM.

Gennem empirien fremkommer informationer, der indikerer at informanterne primært er fokuserede på håndteringen af GDM i forløbet i graviditeten. Alle de sundhedsprofessionelle er dog bekendte med den forøgede risiko for udvikling af T2DM for kvinder med tidligere GDM, dette udtrykkes bl.a. således: *“Altså jeg var opmærksom på, at de kvinder, som får gestationel diabetes, at de er i en øget risiko også for at udvikle type 2 diabetes senere [...]”* (Læge 1). Da der eksisterer en bevidsthed om, at der er en sammenhæng mellem diagnosen GDM og øget risiko for T2DM kan det betyde, at en mere tydelig videreformidling af informationen omkring GDM, kan medvirke til et øget fokus på risikoen for udvikling af T2DM, hvorfor informationen om GDM skal deles mellem de sundhedsprofessionelle og sektorer. Af empirien fremkommer det dog, at ikke alle sundhedsprofessionelle, som er i kontakt med kvinderne, modtager information om kvindernes GDM diagnose. Dette gælder især for sundhedsplejerskerne, der ikke oplever at modtage konkret information omkring GDM diagnosen, men udleder at kvinderne har haft GDM, på baggrund af faglige refleksioner omkring forhold ved fødslen. Da sundhedsplejerskerne ikke modtager information omkring tidligere GDM diagnose, kan dette være medvirkende til, at kvinderne ikke oplever sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor, idet informationsdelingen mellem sekundær og primær sektor mangler.

En forbedret deling af informationer om tidligere hændelser og omstændigheder medvirker til at skabe sammenhæng i omsorg mellem forskellige forløb. Det er kun i det øjeblik, at informationen bliver fortolket og brugt af modtageren, at der opstår sammenhæng, idet informationen dermed bidrager til, at omsorgen målrettes den enkelte patient (68). Manglende deling af informationer fra sekundær sektor til primær sektor bevirker, at sundhedsplejersken ikke nødvendigvis er opmærksom på kvindens tidligere GDM diagnose hvilket kan medføre, at kvinderne oplever at der mangler sammenhæng i omsorgen mellem deres forløb, idet sundhedsplejerskens omsorg derved ikke omhandler forebyggelse af T2DM. Informationsdeling, mellem sundhedsprofessionelle og sektorer omkring GDM diagnosen og den øgede risiko for udvikling af T2DM kan bidrage til, at de enkelte sundhedsprofessionelle, som er en del af kvindens patientforløb, gives mulighed for at fortolke informationerne og handle på disse i mødet med kvinderne, hvormed der skabes sammenhæng i omsorgen mellem de forskellige dele af kvindernes forløb.

På baggrund af ovenstående findes det, at manglende informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle og sektorer i kvindens rutinemæssige svangreomsorgsforløb kan være en medvirkende faktor for, at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor. Etablering af informationskontinuitet mellem sektorer og sundhedsprofessionelle, vil dermed kunne bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb.

### 7.2.2.2 Praktiserende læge som tovholder

#### 7.2.2.2.1 Manglende strukturering af tovholderrollen

Ansvar som tovholder for kvindernes postpartum forløb ift. screening for T2DM tilfalder kvindernes praktiserende læge (37). I de nationale kliniske retningslinjer for GDM, specificeres handlinger og ansvar under forløbet før, under og efter en diagnose med GDM. Her præciseres det, at praktiserende læge ifm. kvindens otte ugers undersøgelse bør rådgive omkring forebyggelse af T2DM samt opfølgende screeninger (5). Der eksisterer således en overordnet vejledning omkring håndtering af kvindernes forløb fra diagnosticering med GDM til postpartum forløbet, som lægerne har mulighed for at anvende til beslutningsstøtte i deres rolle som tovholder. Af empirien fremkommer det, at alle sundhedsprofessionelle med undtagelse af én er bevidste om lægens ansvar ifm. tovholderrollen. Blandt de praktiserende læger er der usikkerhed omkring, hvornår og hvor ofte kvinderne skal screenes for T2DM, hvilket kommer til udtryk gennem divergerende holdninger til, hvornår screeningerne bør foretages i postpartum forløbet. To læger giver desuden udtryk for, at de ikke altid er opmærksomme på at italesætte behovet for opfølgende screening af T2DM for kvinderne. Dette fremkommer bl.a. således:

*“[...] kvinderne er jo som regel selv opmærksomme på, at de har det, for det får de jo at vide, med alle de her foranstaltninger, der så skal være omkring det. Det er jo så os der skal tage teten, når de kommer til otte ugers undersøgelser, og lige kunne kigge tilbage i vores papirer, hvordan og hvorledes, men hvis kvinderne ikke selv siger det, og at man ligesom overser det, eller man ikke lige kan huske det, eller det er en anden, der har været inde over og lave svangerpapirerne, så man ikke er klar over det, så tænker jeg godt, at det kan glippe.” (læge 2).*

Det fremkommer således, at der på trods af viden om lægens rolle som tovholder, mangler en struktur, som systematisk gør lægerne opmærksomme på deres ansvar for at foretage screeninger. Yderligere fremkommer det gennem interviewene, at lægerne ikke er opmærksomme på den rådgivende funktion ift. forebyggelse af T2DM hvilket kan skyldes, at de kliniske retningslinjer kun fungerer som en støtte, i så fald lægerne opsøger viden herigennem. At de

kliniske retningslinjer ikke betragtes som en overordnet plan for kvindernes forløb med GDM kommer bl.a. til udtryk i følgende:

*“Der kunne man måske godt fra sygehusets side lave sådan en eller anden overlevering, en eller anden individuel plan eller bare sådan en overordnet plan for, hvad egen læge kunne være opmærksom på, for den enkelte kvinde. Det kunne man jo godt lave i sådan et epikrisenotat [...] altså det afsluttende notat kan være en ”køreplan” for, hvor tit vi skal se dem, om hvad det er, vi skal holde øje med, og hvornår vi skal genhenvise. Så det kunne man jo godt overveje” (Læge 1).*

Af empirien fremkommer det, at to ud af tre lægerne oplever, at der mangler en plan og overordnet struktur for, hvordan screeninger og forebyggelse af T2DM i postpartum forløbet skal integreres i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb.

Ifølge Reid et. al. (2002) kan planer for patientforløb medvirke til at skabe forløbskontinuitet, idet det herigennem er muligt at tydeliggøre mål, behandlinger og ansvar for indsatser i patientforløbet. Forløbskontinuitet bidrager til, at omsorg fra forskellige sundhedsprofessionelle forbindes, så der skabes sammenhæng i patientens forløb (68). Da to af de interviewede læger ikke oplever, at der er en struktureret plan for kvindernes postpartum forløb ift. GDM kan det påvirke hvorvidt der kan opnås forløbskontinuitet og dermed et sammenhængende patientforløb. Det fremkommer ligeledes at planer for patientforløb, kan bidrage til at læger er bevidste om hvad tovholderrollen ift. GDM forløbet betyder og tydeliggøre hvordan dette forløb skal effektueres. Hvis de praktiserende læger ikke oplever at der er en tydelig beskrivelse af, hvad tovholderrollen ift. kvinder med tidligere GDM indebærer kan det bevirke, at der ikke skabes forløbskontinuitet for kvinderne, idet det bliver utydeligt hvilke mål og ansvar lægerne har i patientforløbet. Da ikke alle praktiserende læger er bekendte med deres rolle i kvindernes postpartum forløb ift. GDM, er der risiko for at mangel på en tydelig struktur, efterlader kvinderne med ansvaret for at italesætte behovet for screening og forebyggende livsstilsinterventioner, hvormed kvinderne ikke vil opleve et sammenhængende patientforløb.

Kvinder med tidligere GDM fastholder, ifølge et dansk studie, ikke deres deltagelse i screeninger for T2DM (6), ligesom manglende sammenhæng mellem sektorer er en barriere for at deltage i årlige screeninger ved praktiserende læge postpartum (9). Af empirien fremkommer det, at både sygeplejersken på graviditetsambulatoriet og lægerne oplever, at kvinder med tidligere GDM ikke er bevidste om at få foretaget de opfølgende screeninger, dette udtrykkes bl.a. således: *“Ja, jeg er i tvivl om, om der er ret mange, der har lavet en opfølgende, de skal jo også lave en bagefter... er det efter tre måneder. Jeg tror ikke, at der er ret mange, der får lavet en, jeg tror det er sjældent [...]” (Læge 3).* En læge beretter desuden, at hvis kvinden ikke selv bringer sin GDM diagnose op,

så er der risiko for, at der ikke bliver fulgt op på denne, hvorved ansvaret for opfølgende screening og forebyggelse af T2DM, på denne baggrund tilfalder den enkelte kvinde. Hermed bliver der en mangelfuld forvaltning af lægens tovholderrolle hvilket kan betyde, at kvinderne ikke deltager i screening og forebyggelse af T2DM. En læge udtrykker, at en årsag til den manglende forvaltning af tovholderrollen kan skyldes, at lægen er tovholder for mange patientforløb og patientgrupper: *“Jamen vi er jo som regel tovholder for dem og de fleste... Så det er jeg bevidst om”* (Læge 3). Da praktiserende læger er tovholder for et stort antal patienter med forskellige diagnoser og behov, kan det medføre at tovholderrollen ift. kvindernes GDM forløb ikke opleves som et særskilt ansvar. Dette stiller store krav til lægens overblik og viden hvilket yderligere taler for at skabe en tydelig struktur omkring patientforløbet for kvinder med tidligere GDM. Hvis lægen ikke oplever tovholderrollen ift. kvindernes forløb med GDM som et særskilt ansvar, kan kvinderne opleve, at den omsorg de får ift. dette er fragmenteret, hvormed der sker et brud på forløbskontinuiteten. Dette kan medføre en oplevelse af manglende sammenhæng i kvindernes patientforløb postpartum. Hermed kan lægens manglende fokus på den særlige tovholderrolle funktion ift. opfølgning og vejledning omkring forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM i postpartum forløbet, samt oplevelsen af en manglende struktureret plan, medvirke til manglende forløbskontinuitet. Manglende forløbskontinuitet, kan dermed anses som en medvirkende faktor for kvindernes manglende oplevelse af sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor.

#### 7.2.2.2 Relationens betydning for et sammenhængende patientforløb

Lægernes manglende oplevelse af at tovholderrollen er et særskilt ansvar ift. screening og forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM, kan være medvirkende til, at der ikke sker en integrering af det rutinemæssige svangrekontrol forløb og forløbet med GDM. Gennem det rutinemæssige kontrolforløb etableres der, jf. afsnit 2.4.2., en relation mellem den praktiserende læge og kvinden, omkring graviditeten, fødsel og barselsomsorg. Denne kontinuerlige relation eksisterer, trods lægens funktion som tovholder, ikke nødvendigvis ift. forløbet med GDM, idet ansvaret under graviditeten overgår til graviditetsambulatoriet. En læge udtrykker det således: *“Jeg synes jo egentligt, at hvis de gravide de har en gestationel diabetes, så er det sygehuset, der tager over, for så skal vi jo henvise dem [...]”* (Læge 2). Da ansvaret og kommunikationen omkring GDM ikke varetages af praktiserende læge efter diagnosen er stillet, mindskes muligheden for at skabe relationskontinuitet, idet kontakten mellem kvinden og lægen er rettet mod det rutinemæssige svangrekontrol forløb.

Relationskontinuitet, kan gennem et fortløbende forhold mellem patient og sundhedsprofessionel, bidrage til at skabe et sammenhængende patientforløb mellem tidligere, nutidig og fremtidig

omsorg, gennem kendskab til patientens ønsker, behov og sygdomsforløb. Dette kan bidrage til, at der opstår et gensidigt forhold mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, hvilket kan medføre loyalitet og ansvarlighed i relationen (68). Da relationen mellem kvinden og den praktiserende læge er rettet mod det rutinemæssige svangrekontrolforløb, men ikke ift. GDM diagnosen, samt screening og forebyggelse af T2DM, skabes der ikke mulighed for, at denne relation bidrager til et sammenhængende patientforløb. Eftersom kvindernes forløb omkring GDM allerede fra diagnostidspunktet overgår til graviditetsambulatoriet, mindskes den praktiserende læges mulighed for at have kendskab til kvindens ønsker og behov i sygdomsforløbet og dermed mulighed for at opnå relationskontinuitet. Da relationskontinuitet kan medvirke til, at den praktiserende læge opnår en øget bevidsthed om, at kvinden har haft GDM, ligesom kvinden kan være mere tilbøjelig til at følge lægens anbefalinger, vil manglende relationskontinuitet kunne have betydning for, om kvinderne oplever, at den praktiserende læge bidrager til at skabe sammenhæng i patientforløbet. Der er derfor behov for at etablere en kontinuerlig kontakt i kvindens GDM forløb, der kan bidrage til en oplevelse af relationskontinuitet i postpartum forløbet, idet dette kan medvirke til at skabe et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM. Den manglende relationskontinuitet omkring GDM mellem kvinden og lægen som tovholder i postpartum forløbet kan, på baggrund af ovenstående, anses som en medvirkende faktor for, at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor.

### *7.2.2.3 Sundhedsprofessionelle ressourcer som faktor for et sammenhængende patientforløb*

#### *7.2.2.3.1 Mulighed for et sammenhængende patientforløb*

Af problemanalysens afsnit 2.3.2. fremkommer det, at kvinderne efterspørger sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet, som en faktor for deltagelse i screening og livsstilsinterventioner. På baggrund heraf kan den manglende relationskontinuitet mellem kvinden og lægen, som den primære tovholder i postpartum forløbet, jf. foregående afsnit, anses som en årsag til kvindernes manglende oplevelse af sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor.

Trods alle de interviewede sundhedsprofessionelle er bevidste om, at lægen er tovholder for kvindens forløb postpartum, fremkommer det af empirien, at der er en oplevelse af, at der mangler en sundhedsprofessionel, som kan støtte kvinderne i deres forløb.

Kvinder med tidligere GDM, efterlyser sundhedsprofessionel støtte i postpartum perioden til at opsøge screening og forebyggende livsstilsinterventioner (28–30). Da manglende sundhedsprofessionel støtte til kvinderne er en faktor, der har betydning for, hvorvidt de deltager i

screening og livsstilsinterventioner, skal der skabes en indsats, der i højere grad håndterer kvindernes behov for støtte. Sygeplejersken udtrykker det således:

*“At der ligesom var nogen som var tovholder på det (at ansvaret ligger hos nogle sundhedsprofessionelle kunne godt være en del af løsningen for at skabe sammenhæng red.) også fordi vi jo godt ved, at det er en stor risiko, så jeg synes også et eller andet sted er det måske, når man ser på, hvor mange af dem, som egentligt så får en opfølgning, så er det jo egentligt lidt uansvarligt af systemet, at vi bare lader stå til ik’ ... når man ser på hvor få der så egentligt bliver kontrolleret [...]”* (Sygeplejerske graviditetsambulatoriet).

Oplevelsen af at der er behov for at skabe bedre sammenhæng i forløbet for kvinder med tidligere GDM, deles ligeledes af to af de interviewede læger, som oplever, at der er en manglende deltagelse i screeninger postpartum og derfor oplever, at der er plads til forbedringer i postpartum forløbet. Dette beskrives bl.a. således: “[...] og så få lavet en eller anden fælles agenda for, hvad gør vi lige her, så de netop ikke bliver ”tabt” i efterforløbet“ (Læge 1). De interviewede sundhedsprofessionelle efterspørger således en forbedring af kvindernes forløb, så kvinderne oplever at blive støttet og dermed fastholdes i postpartum forløbet. Af empirien fremkommer der flere løsningsforslag til, hvordan kvindernes manglende oplevelse af sundhedsprofessionel støtte kan efterkommes og bidrage til en større oplevelse af sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Alle informanterne, uanset faggruppe, oplever sig selv som en mulig ressource kvindens patientforløb og oplever, at de alle, i en eller anden form, befinder sig som en del af kvindernes patientforløb ift. deres tidligere GDM diagnose og forebyggelse af T2DM. Dermed opstår der mulighed for, at flere sundhedsprofessionelle kan være uudnyttede potentialer, ift. at efterkomme kvindernes efterspørgsel af sundhedsprofessionel støtte til deltagelse i screening og livsstilsinterventioner.

Gennem en relation mellem sundhedsprofessionel og patient opstår der kendskab til patientens ønsker, behov og sygdomsforløb, hvilket kan bidrage til, at der opstår et gensidigt forhold mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Dette kan medføre loyalitet og ansvarlighed i relationen og bidrage til relationskontinuitet, som er en faktor for oplevelsen af sammenhæng i patientforløbet (68). Både jordemoderen og sygeplejersken på graviditetsambulatoriet oplever, at deres faggruppe kan fortsætte kontakten til kvinderne, fra deres praksis i sekundærsektoren, frem til postpartum forløbet og vha. deres faglighed ville kunne bidrage ift. screening og livsstilsinterventioner mhp. forebyggelse af T2DM. Dette udtrykkes bl.a. af jordemoderen: *“Ja, altså det tænker jeg gerne, at vi vil, altså byde ind med mere i den del også (postpartum forløbet red.) [...] der vil jo fint være i tråd med at kunne få en god start på det nye familieliv også”* (Jordemoder). Dermed åbnes der fra de



sundhedsprofessionelle op en ændring af praksis gennem en udvidelse af den periode, hvor de følger kvinderne, hvormed de kan bidrage til at forbedre overgangen mellem sekundær og primær sektor. Også sundhedsplejerskerne oplever, at de, med deres tilknytning til kvinderne i primærsektoren, kan være en ressource i kvindernes patientforløb ift. GDM: En sundhedsplejerske beskriver oplevelsen af sig selv som ressource i kvindens patientforløb således:

*"[...] det jeg tænker om det (sundhedsplejersken som en ressource red.) det er, at hvis man kunne gøre noget øh så vi simpelthen fik opmærksomheden på det her (GDM red.), så hvis man fik en direkte henvendelse fra jordemoderen når det var konstateret f.eks. det er i hvert fald den første indgangsport, så er det ikke sværere end at ligge det ind som en fuldstændig, i vores elektroniske journalsystem, så det bare er noget der bare bonner op, vi spørger jo f.eks. også forældrene om på det første besøg vi er ude .. hvordan bruger de alkohol i dagligdagen ... for nogen er det grænseoverskridende men det øvede vi os i da jeg var i x (kommune red.) så vi fik knyttet nogle bestemte ord til [...] der kan jeg godt sige dig, at sådan en ting det (samtalet om alkoholvaner red.) er lige som det der (samtalet om GDM og forebyggelse af T2DM red.) og var det noget som man ligesom kunne ... arbejde ind ... så ser jeg da det som en fornem opgave"* (sundhedsplejerske 2).

Da sundhedsplejersken herved giver udtryk for, at hun, gennem den allerede etablerede kontakt til kvinderne i postpartum forløbet, ønsker og har mulighed for at indgå i kvindernes GDM forløb, kan hun antages at være en uudnyttet ressource, i det eksisterende forløb, ift. at skabe et mere sammenhængende patientforløb. Eftersom sundhedsplejersken oplever, at dette ville kunne opnås gennem bedre information mellem sektorer og en ændring i det elektroniske journalsystem, vil en sådan ændring af eksisterende praksis, kunne bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM. Ovenstående oplevelse af sundhedsplejerskens rolle deles af de to andre sundhedsplejersker, som på baggrund af deres relation til kvinderne og deres familie i postpartum forløbet, oplever, at de ligeledes kan bidrage til at skabe sammenhæng og arbejde aktivt med forebyggelse af T2DM.

Flere sundhedsprofessionelle oplever således at kunne bidrage til, at skabe bedre sammenhæng i kvindernes forløb. Dette kan ske ved en udvidelse af praksis hvor sundhedsprofessionelle fra kvindernes forløb i sekundær sektor vil kunne fortsætte relationen, over i postpartum forløbet, eller ved at sundhedsplejersken, i kvindens postpartum forløb, modtager informationer omkring kvindens sygdomsforløb, der kan indgå i den relation, der opstår mellem kvinden og sundhedsplejersken. Forskellen på de to modeller er, at ved at inddrage sundhedsplejersken som sundhedsprofessionel ressource ift. GDM forløbet, tages der afsæt i en allerede etableret kontakt i postpartum forløbet, men udvidelse af praksis fra sekundærsektoren ville indebære, at der skulle

etableres en udvidelse sundhedsprofessionelle kontakter i postpartum forløbet, hvormed kvinderne vil skulle overskue yderligere et forløb i deres hverdagsliv.

Ved at skabe en relation, der forbinder forløbene i sekundær- og primær sektor opnås et kendskab til både patientens graviditets- og sygdomsforløb, som kan bidrage til, at der opstår relationskontinuitet gennem det gensidige forhold mellem den sundhedsprofessionelle og kvinden. Dermed kan manglende relationskontinuitet anses som en faktor, der medvirker til, at kvinderne mangler sammenhæng i deres patientforløb omkring GDM.

#### 7.2.2.3.2 Sundhedsplejersken som sundhedsprofessionel ressource

Af empirien fremgår det, at sundhedsprofessionel støtte kan være en løsning ift. at skabe større sammenhæng i patientforløbet for kvinderne i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Eftersom sundhedsplejerske er i en tæt relation med kvinden i postpartum forløbet, fremhæver alle de sundhedsprofessionelle, fraset en læge, at sundhedsplejersken kan være en potentiel ressource ift. at etablere et mere sammenhængende patientforløb. Dette udtrykkes bl.a. således:

*“[...] Det er jo de førstegangsfødende, der er med på “Hånd om barnet”, men hvor sundhedsplejersken er med, og hvor jordemødrene er med allerede før fødslen, og så slipper vi dem som jordemødre, når de har født, men så har sundhedsplejersken i et forløb efterfølgende, faktisk frem til barnet er næsten halvandet år. Så de har jo et forløb med dem, kan man sige, hvor man vil kunne følge dem, også på den måde” (Jordemoder)*

Dette synspunkt få tilslutning af en læge: “[...] Altså jeg synes det kunne være sjovt nok, det der med at have sundhedsplejerskerne med ind i det bagefter, og så måske også koble det op til nogle af de undersøgelser, som der kører i forvejen, for ligesom at have en udsigt og et perspektiv i det efter nogle år” (Læge 3). Dermed fremkommer det af interview med de sundhedsprofessionelle, at sundhedsplejersken kan anses som en mulig ressource til at skabe mere sammenhæng og fokus på kvindernes tidligere GDM diagnose og forebyggelse af T2DM i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor. Da lægen i ovenstående citat giver udtryk for, at sundhedsplejerskens forløb med kvinderne ift. GDM med fordel kan kobles op til et forløb ved praktiserende læge, kan det være et udtryk for, at sundhedsplejerskens funktion ift. kvinderne mindskes, i takt med at deres børn bliver ældre. Dermed er der behov for at koble denne funktion, med en mere langsigtet kontakt, der kan sikre, at kvinderne oplever et sammenhængende patientforløb, der forløber ud over barselsperioden. Gennem denne kobling, udtrykker lægen således, at et samarbejde mellem sundhedsplejen og almen praksis kan bidrage til at sikre et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM.

Ifølge Reid et. al. (2002) opnås relationskontinuitet gennem et fortløbende forhold, mellem en patient og en eller flere sundhedsprofessionelle. Det er herigennem muligt at skabe et sammenhængende patientforløb mellem tidligere, nutidig og fremtidig omsorg, idet den sundhedsprofessionelle har kendskab til og forståelse for patienten som person (68). Informanterne fremhæver, at sundhedsplejersken, jf. deres tætte kontakt til kvinderne i postpartum forløbet, kan bidrage til en bedre oplevelse af sammenhæng, idet sundhedsplejersken har en kontinuerlig relation til kvinden i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb postpartum. Samtidig åbner en læge for muligheden for et samarbejde på tværs af professioner, således der kan skabes et sammenhængende patientforløb, der fortsætter ud over den periode sundhedsplejersken er tilknyttet familien. Et samarbejde i postpartum perioden kan dermed bidrage til en mere langsigtet indsats, hvor der er mulighed for at skabe relationskontinuitet mellem kvinden og flere sundhedsprofessionelle, idet samarbejdet, hvor der kan skabes informationskontinuitet mellem sundhedsprofessionelle, muliggør en sammenhæng mellem nutidig og fremtidig omsorg, der kan bidrage til kvindens oplevelse af et sammenhængende patientforløb omkring GDM. Sundhedsplejersken har, i kraft af det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, en relation til kvinden i den tidlige del af postpartum forløbet, der bevirker at sundhedsplejersken har kendskab til den enkelte kvinde og hendes situation. Derved har sundhedsplejersken mulighed for at medvirke til forandringer i kvindens liv baseret på en forståelse af, at kvindernes fokus i hverdagslivet påvirkes af oplevelsen af ansvar for barnet. Dette udtrykkes bl.a. således:

*“For det første synes jeg, at man er nødt til lige at have lidt respekt for, at når man nu er helt ny mor, så er der rigtig mange ting, man er optaget af, og man har måske ikke det største overskud, og ikke det største fokus på en selv. Det går fortrinsvist til barnet, og på at være den nye familie, nye mor og alle de her nye ting. Der ligger et kæmpestort fokus. Der er altså også nogen, hvor det at blive mor, gør at man gerne vil ændre nogle ting. Jeg tænker, at f.eks. når jeg kostvejleder, så gør jeg altid et stort nummer ud af at spørge til, hvordan er jeres kost, hvordan er jeres vaner, hvordan vil I være en familie [...] Det her med at koble lidt klogt og få det koblet, her hvor det er relevant. Der ligger tit en kæmpe motivation i, at gerne ville ændre på noget, når man er blevet mor og far. Det er en ny start, og det er en god rollemodel. Det vil de fleste forældre”*

(sundhedsplejerske 3)

Denne forståelse og respekt for kvindernes livssituation som nybagte mødre og at sundhedsplejerskernes mulighed for at integrere indsatsen i interaktionen med kvinden i eget hjem og hverdagsliv kan dermed være en indgangsport til at skabe forandringer. Sundhedsplejerskens viden om den enkelte kvindes overskud i hverdagslivet kan bidrage til, at indsatsen kan målrettes

kvinden, således den kan iværksættes ud fra hvornår kvinden har overskud til at kunne fokusere på screening og forebyggende livsstilsinterventioner.

Eftersom sundhedsplejersken er en eksisterende sundhedsprofessionel ressource i kvindernes forløb, kan det antages at inddragelse af sundhedsplejersken, som ressourceperson ift. GDM forløbet, kan bidrage til at skabe en mere flydende overgang mellem sektorer, idet hun har mulighed for at medvirke til, at kvinderne oplever, at der fortsat er fokus på GDM forløbet og støtte dem i at opsøge screening og forebyggende livsstilsinterventioner, under hensyntagen til kvindernes hverdagsliv. Gennem et samarbejde mellem sundhedsplejersken og praktiserende læge er det muligt at skabe en sammenhængende indsats, der fortsætter ud over barselsperioden og dermed skabe relationskontinuitet for kvinderne. Sundhedsplejerskens rolle i GDM forløbet fordrer dog, at der etableres informationskontinuitet, omkring kvinderne og GDM diagnosen, mellem denne faggruppe og andre sundhedsprofessionelle, således sundhedsplejersken er bevidst om kvindernes GDM forløb i sekundær sektor og samtidig anvender sit kendskab til kvinden og hendes hverdagsliv i samarbejdet med praktiserende læge. Herved kan kvinden opleve sammenhæng i omsorgen, både mellem sektorer og mellem sundhedsprofessionelle.

#### 7.2.2.3.3 Sygeplejersken i almen praksis som sundhedsprofessionel ressource

Jf. ovenstående kan et samarbejde mellem sundhedsplejersken og almen praksis medvirke til at skabe et sammenhængende patientforløb i overgangen mellem sekundær og primær praksis. En læge foreslår, at sygeplejersker i almen praksis kan anses som en anden potentiel ressource til at skabe sammenhæng i kvindernes patientforløb postpartum:

*“Der er selvfølgelig sygeplejerskerne her i praksis, som nok ville udføre testen, men også kunne være opsøgende i et vist omfang [...]” og “[...] De (sygeplejerskerne i praksis red.) kan helt sikkert godt tage meget af det her, som jeg snakker om, selvfølgelig både blodprøverne, men de kan også informere om de risici, der er forbundet med at have en gestationel diabetes, og selvfølgelig informere om forløbet fremadrettet” og “[...] De kan jo sagtens også lave nogle samtaler i forløbet, hvor de spørger om kost og motion også på længere sigt” (læge 3).*

Af ovenstående fremgår det, at sygeplejersken i praksis, jf. deres faglige kompetencer, kan bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb. Dette kan ses som en måde, hvorpå de praktiserende læger kan bidrage til at forbedre indsatsen ift. screening og vejledning om forebyggelse af T2DM. Sygeplejersker i almen praksis kan dermed anses som en sundhedsprofessionel, der kan bidrage til at skabe relationskontinuitet for kvinder med tidligere

GDM. Da udvidelse af sygeplejerskens praksis vil betyde en ekstra ydelse hos de praktiserende læger er der behov for at få tilført ekstra ressourcer. En læge udtrykker det således:

*“Jamen der kan man selvfølgelig søge nogle ekstra penge i forhold til at få lov til, at se dem lidt hyppigere måske i starten fire gange om året, og efterfølgende en gang om året eller sådan noget. Der kunne man da håbe på og drømme om, at kunne få en eller anden form for forløbsydelse eller et eller andet, som ville være godt gjort af, at hvis man så kunne forhindre, at nogen ville udvikle diabetes, så ville det være rigtig gunstigt” (Læge 3).*

Praktiserende læger honoreres delvist efter antallet af ydelser de leverer og delvist på per-capita basis (pr. tilmeldt patient) (108). Udover et fagligt incitament for at se sygeplejersken i praksis som en ressource, kan tilførsel af ekstra ressourcer, i form af ydelseshonorering, bidrage til, at de praktiserende læger er motiverede for at påtage sig en større rolle i forebyggelse af T2DM hos kvinder, der tidligere har haft GDM.

Af empirien fremkommer således flere muligheder for at skabe sundhedsprofessionel støtte til kvinderne i postpartum forløbet, idet flere sundhedsprofessionelle oplever at have relation, kendskab og forståelse af kvinderne, hvilket placerer dem i en position, hvor de alle kan anses som potentielle ressourcer ift. at skabe relationskontinuitet, som er en medvirkende faktor for at skabe sammenhæng i kvindernes patientforløb mellem sekundær og primær sektor. De forskellige sundhedsprofessionelle faggrupper besidder således kontakt til kvinderne, enten via den rutinemæssige svangreomsorg eller, som sygeplejerske i graviditetsambulatoriet, via forløbet med GDM i graviditeten. Relationskontinuitet kan medvirke til, at kvinderne oplever at have en eller flere sundhedsprofessionelle i deres forløb, der både har kendskab til deres forløb med GDM samtidig med deres ønsker og behov og kan bidrage til, at denne viden skaber sammenhæng mellem tidligere, nutidig og fremtidig omsorg.

Relationskontinuitet kan bidrage til, at de sundhedsprofessionelle oplever ansvar for patienten, og til at skabe sammenhæng mellem forskellige patientforløb, ligesom det kan bidrage til en forbedring af informationskontinuiteten i kraft af et dybere kendskab til patienten (68). Samarbejde og informationsdeling mellem flere grupper af sundhedsprofessionelle, kan jf. ovenstående bidrage til et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med GDM, idet der herigennem kan etableres et fælles ansvar for, at kvinderne modtager sundhedsprofessionel støtte ift. GDM forløbet. Af empirien fremkommer det, at sundhedsplejersken kan indtage en central rolle i det tidlige postpartum forløb, i kraft af hendes nære relation og forståelse for kvindernes hverdagsliv som nybagte mødre. Da sundhedsplejersken, som en eksisterende del af indsatsen i

primærsektor, kommer i kvindens hjem og dermed har en relation til kvinden, der ikke fordrer at hun selv opsøger kontakten, giver det sundhedsplejersken mulighed for at bidrage til, at kvinderne ikke oplever at stå alene med ansvaret for forebyggelse af T2DM. Sundhedsplejerskens kendskab til og forståelse for kvindens hverdagsliv kan desuden bidrage til at skabe bedre sammenhæng mellem forskellige patientforløb, idet sundhedsplejerskens oplevelse af ansvar for kvinden, kan øge motivationen for at fungere som bindeled mellem kvindens sideløbende patientforløb omkring screening hos praktiserende læge og deltagelse i forebyggende interventioner, ligesom hun. Desuden kan det dybere kendskab til kvinden bidrage til en bedre informationskontinuitet, i så fald at relevante informationer deles med andre. Da det gennem empirien ligeledes fremkommer, at der kan være behov for, at relationen mellem kvinden og sundhedsplejersken knyttes sammen med en mere langsigtet løsning, f.eks. gennem etablering af et forløb hos sygeplejersker i almen praksis, skal der skabes et forum for kommunikation, mellem de sundhedsprofessionelle, der skal indgå i kvindernes GDM forløb.

Relationskontinuitet og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle omkring kvindernes GDM forløb, med sundhedsplejersken som en central person i kvindens tidlige postpartum forløb, opleves således af de sundhedsprofessionelle, som mulige tiltag til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne. Eftersom kvinderne i det nuværende tilbud ikke modtager denne sundhedsprofessionelle støtte, kan det være en medvirkende faktor for, at de ikke oplever at have et sammenhængende patientforløb omkring GDM.

#### *7.2.2.4 Barrierer for forandring af patientforløbet*

##### *7.2.2.4.1 Modstand mod forandringer*

Bevidstheden om at der mangler en tovholder, der kan skabe sammenhæng i kvindernes patientforløb omkring GDM, er et gennemgående tema for de interviewede sundhedsprofessionelle. Da den manglende forløbskontinuitet og relationskontinuitet, jf. ovenstående afsnit, bidrager til kvindernes oplevelse af manglende sammenhæng i patientforløbet, vil en sundhedsprofessionel, med øget opmærksomhed på patientforløbet med GDM, kunne være en faktor, som kan påvirke kvindernes oplevelse af et sammenhængende patientforløb. Sundhedsplejerskerne oplever alle, at de har mulighed for at varetage et ansvar for patientforløbet for netop denne patientgruppe, hvilket fremgår således: "*[...] vi kan jo ikke gå ind og varetage indsatsen som sådan som sundhedsplejersker, men vi har en ret stor mulighed for at være visiterende og opfølgende*" (Sundhedsplejerske 1). Det er dermed muligt for sundhedsplejerskerne at bidrage til, at kvinderne oplever sammenhæng i deres patientforløb i overgangen mellem sekundær og primær sektor gennem deres nuværende praksis, hvor de er en del af den rutinemæssige svangreomsorgsforløb. Der skelnes i ovenstående citat, mellem funktionen som

visiterende og opfølgende kontakt og funktionen ift. at varetage en indsats for kvinderne. Da sundhedsplejerskerne ikke kan varetage indsatsen, vil deres primære funktion omhandle at kunne henvise til tilsat og være en katalysator for at opsøge screening og forebyggende livsstilsinterventioner. Den samme sundhedsplejerske angiver dog, at der er forskel på, *kan* og *skal* opgaver, hvilket betyder, at der prioriteres i opgaver pga. travlhed, og at forebyggelsen af T2DM for denne patientgruppe derfor ikke nødvendigvis prioriteres. Da der er behov for at prioritere mellem opgaver, vil ressourcer i det daglige arbejde være en faktor, der har indflydelse på muligheden for at skabe et sammenhængende patientforløb omkring GDM.

Alle sundhedsplejerskerne er enige i, at den forebyggende indsats målrettet kvinder med tidligere GDM er væsentlig, og at de gerne vil tage del i ansvaret herfor. En sundhedsplejerske oplever dog, at det kan være svært for hendes faggruppe, at identificere sig med ansvaret for den forebyggende indsats af T2DM, idet hun oplever, at hendes kollegaer er mættede ift. nye og flere arbejdsopgaver, ligesom der kan være en oplevelse mellem sundhedsplejersker af, at en arbejdsopgave som forebyggelse af T2DM falder helt udenfor deres arbejdsområde, idet de ikke anser sig selv som sygeplejersker og dermed har fralagt sig den del af deres faglige identitet: “[...] *jeg har simpelthen hørt sundhedsplejersker sige at det der med at være sygeplejerske, at det har de kastet væk og det er de ikke mere, men sådan føler jeg det ikke, jeg føler, at jeg er en videreuddannet sundhedsplejerske*” (Sundhedsplejerske 2). Manglende ressourcer i det daglige virke og en oplevelse af, at opgaven falder udenfor fagidentiteten, kan medvirke til en modstand imod at varetage nye opgaver, da det ifølge sundhedsplejersken vil kræve en kulturændring inden for professionen.

Modstand mod forandringer er en rationel reaktion fra enkeltpersoner eller grupper, der ønsker at forsvare noget, som er kendt, eller som man anser for godt eller rigtigt. Modstand mod forandringer er ikke nødvendigvis negativt, idet modstanden kan vise, hvordan strategier for forandring skal tilpasses og justeres (109). Sundhedsplejerskernes modstand mod forandring ift. flere og andre arbejdsopgaver er således en naturlig reaktion, som en gruppe udviser, i målet mod at forsvare deres fagområde. Da ikke alle sundhedsplejerskerne nødvendigvis anser forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM, som en del af deres arbejdsområde, kan modstand mod at påtage sig en ny rolle ift. dette skyldes, at de værner om deres kendte arbejdsopgaver.

Sundhedsplejersken arbejdsopgaver inkluderer bl.a. relationsdannelse, understøttelse af forældre og børnesundhed. Desuden indbefatter arbejdsområdet generel forebyggelse og sundhedsfremme hos børn, unge og deres forældre (45). Dermed kan en indsats ift. forebyggelse af T2DM anses som et muligt ansvarsområde for sundhedsplejersker, men da den ikke indgår i sundhedsplejerskens nuværende praksis, vil det alligevel betyde, at sundhedsplejerskerne skal påtage sig en ekstra opgave i en i forvejen presset arbejdsdag. Viden omkring

sundhedsprofessionelles oplevelse af ressourcer og eget fagområde er dermed faktorer, der kan inddrages i overvejelser omkring, hvorvidt enkelte grupper af sundhedsprofessionelle kan bidrage ift. at skabe sammenhæng i kvindernes patientforløb omkring GDM.

Modstand mod forandring kan desuden skyldes, at der stilles krav om nye investeringer, hvilket kan betyde at den enkelte eller gruppen pålægges et krav om at tilegne sig ny viden og kompetence (109). Da sundhedsplejersken oplever, at hendes kollegaer italesætter, at de har fralagt sig deres almene sygeplejerske kompetencer, vil en ny funktion ift. kvindernes GDM forløb betyde, at sundhedsplejerskens kompetenceområde udfordres, og der stilles krav til at udvide praksis. Da der i forvejen opleves at være travlhed ifm. den daglige praksis, hvor der er behov for at prioritere mellem *kan og skal opgaver*, kan tilføjelse af nye opgaver, give anledning til modstand mod forandring. Forandringer i kvindens patientforløb, f.eks. i kraft af at tildele særlige faggrupper nye arbejdsopgaver eller flere arbejdsopgaver, kan derfor medføre modstand hos enkeltpersoner eller grupper. Modstand mod forandringer kan således opleves som en barriere og dermed være en faktor, som kan få betydning for om der kan skabes et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne i overgangen mellem sektorer, idet de sundhedsprofessionelle, som allerede er en eksisterende del af dette, vil kunne modsætte sig opgaver, som de ikke oplever er deres primære funktion.

#### 7.2.2.4.2 Manglende tværfagligt samarbejde

Flere af de sundhedsprofessionelle oplever, at grænser mellem fagprofessioner, sektorer og ansvarsområde, er en hindring for at bidrage til, at skabe sammenhæng i kvindernes patientforløb. Det udtrykkes bl.a. således:

*“Øhh fysisk rum og hænder (er en barriere for at varetage rollen i graviditetsambulatoriet red.) og så det at få nogen til at se at det her det er altså alvor og få lov til at have opgaven, fordi at barriererne er jo, at det tilbud kan jeg ikke få lov til at have, fordi det ligger jo ude i kommunerne i forvejen, og der må man bare sige at det er patienten selv, der skal tage initiativ ergo og det gør hun ikke ergo sker der ikke en fis vel og så kunne man godt herinde tage over og sige, at det er en stor risiko de har med sig og de gør ikke noget selv så vi hjælper dem [...]” (sygeplejerske graviditetsambulatorium).*

Da sygeplejersken ikke oplever, at der bliver taget hånd om kvindernes behov for opfølgning på GDM forløbet i kommunen, mener hun, at det ville være en fordel, ift. at skabe et sammenhængende forløb for kvinderne, hvis opgaven kunne forvaltes i graviditetsambulatoriet. At bibeholde ansvaret i graviditetsambulatoriet i sekundær sektor anses dermed af sygeplejersken



som et bedre alternativ ift. nuværende indsats i kommunalt regi. Det kommer her til udtryk, at sygeplejersken oplever, at der er behov for, at de sundhedsprofessionelle kontakter i kvindens postpartum forløb skal tage mere ansvar for at kvinderne i postpartum forløbet, et ansvar hun gerne så forblev i sygehus regi, men som der ikke er adgang til, pga. det fremgår som kommunens opgave. Dette kan dermed anses som en form for kamp mellem sektorer og professioner, hvor fastholdelse af opgaven inden for egen sektor, vil medføre en oplevelse af sikkerhed for, at opgaven bliver varetaget.

Kampen mellem professionerne kommer ligeledes til udtryk under et interview med en sundhedsplejerske, der oplever, at jordemødrene gerne vil overtage en del af sundhedsplejerskernes område i postpartum forløbet:

*“Også fordi jordemødrene står i kulissen og vil rigtigt gerne overtage flere ting på vores fagområde [...] men der var jo f.eks. noget clinch omkring de der tidlige barselsbesøg på 4-5 dagen, der var jo meget stor diskussion omkring hvem skulle egentligt have dem [...] men ja hun (formand for jordemoderforeningen, red.) gik jo direkte efter os ... hun mente simpelthen ikke at vi var kvalificeret til det [...] vi skal simpelthen holde på det, og hvor jeg tænker, at det sådan nogle ting at vi kan [...] arbejde forebyggende og sundhedsfremmende, men som jordemødre ikke kan”*

(Sundhedsplejerske 2)

Sundhedsplejerske oplever, herved jordemoderen, som en konkurrent til eget praksisfelt, men oplever, at sundhedsplejersken er den mest kvalificerede til at tage del i forebyggelsen. Konkurrencen omkring praksisfeltet bliver herved et incitament til at tage mere del i den forebyggende indsats, hvorved forandringen og tildelingen af nye og flere arbejdsopgaver kan medvirke til at forsvare deres kerneområde, som er postpartum forløbet. Dermed ses der også her en kamp for at beholde ansvaret for eget fagområde inden for egen profession og sektor. Kamp mellem professionerne kan skyldes, at hver profession er en del af et specielt praksisfællesskab, som igennem de normer og værdier, der tilhører deres profession, har tillært sig en bestemt måde at anskue deres praksisfelt på, hvilket vanskeliggør samarbejde på tværs af professioner og sektorer.

Et praksisfællesskab er, ifølge Wenger, kendetegnet ved at være præget af de samme normer, traditioner, regler, artefakter, aktiviteter, viden og praksis. Det er indenfor det enkelte praksisfællesskab, at læring foregår i interaktion med andre (110). Informanterne tilhører således alle forskellige praksisfællesskaber, som er med til at definere den måde hvorpå de anskuer deres rolle i kvindernes patientforløb omkring GDM. Da informanterne alle tilhører forskellige professioner og dermed praksisfællesskaber, kan det betyde, at de ikke deler de andre

praksisfællesskabers normer, værdier, viden og praksis, hvilket påvirker forståelsen af andres arbejdsopgaver og kompetencer. De sundhedsprofessionelle har således ikke nødvendigvis forståelse for, og den viden, praksis og normer, som gør sig gældende inden for andre praksisfelter, hvilket kan have betydning for f.eks. sundhedsplejerskens oplevelse af konkurrence omkring eget praksisfelt. Manglende forståelse praksisfællesskaber imellem kan dermed være en faktor, der har betydning for kvindernes oplevelse af manglende sammenhæng i patientforløbet, da der herved skabes modstand mod at skulle varetage funktioner eller samarbejde med andre faggrupper. Det kommer bl.a. til udtryk gennem følgende udtalelser: “[...] *Man skal passe på ikke at rode i andres butikker*” og “[...] *jeg ville nok ikke være så tilfreds hvis de begyndte at kloge i*” (Sundhedsplejerske 1). Da sundhedsplejersken her giver udtryk for ikke at ville blande sig i andres fagområde eller ønske indblanding i eget, gives der herigennem indtryk af, at der ikke er skabt et tværfagligt samarbejde omkring kvindernes GDM forløb, hvor der kan drages nytte af de forskellige sundhedsprofessionelles kompetencer ift. at skabe et sammenhængende patientforløb.

Ved at forskellige professionelle sætter deres faglighed i spil og fagenes kompetencer integreres i arbejdet mod at opnå et fælles mål, opstår der et tværfagligt samarbejde, som medvirker til at den samlede effekt blive mere end summen af den enkelte faggruppes indsats (111). For at opnå et tværfagligt samarbejde kræves det, at hver fagperson er opmærksom på egne kompetencer og at disse kompetencer koordineres ift. samarbejdet. Det tværfaglige samarbejde kan dog forveksles med flerfagligt samarbejde, hvor hver profession arbejder for sit eget mål (112). Eftersom der ikke søges et samarbejde på tværs af professioner, vil hvert af de sundhedsprofessionelle fagfelter kun varetage deres særlige ansvarsområde, hvormed fokus for hver faggruppe primært retter sig mod et flerfagligt samarbejde, med det formål at løse den definerede opgave de hver især har i kvindens rutinemæssige svangreomsorgsforløb. Dermed kan det være en medvirkende faktor til at kvinderne ikke oplever at have et sammenhængende patientforløb, idet et tværfagligt samarbejde ville kunne have bidraget til bedre resultat af den samlede indsats. Etablering af et tværfagligt samarbejde omkring kvindernes patientforløb kan således bidrage til en større forståelse faggrupperne imellem, ligesom det kan være med til at definere, tydeliggøre og koordinere, hvordan ansvaret fordeles i kvindernes patientforløb. Det tværfaglige samarbejde kan dermed, bidrage til mindre uklarhed omkring ansvar, samt medvirke til at skabe en bedre forløbskoordination gennem et fælles mål om at skabe et sammenhængende patientforløb mhp. forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM.

Planer for patientforløb er især anvendelige til at skabe forløbskontinuitet, når patientforløbet involverer indsats fra flere sundhedsprofessionelle og flere dele af sundhedsvæsenet (68). For at skabe en koordineret indsats, skal den planlægges i samarbejde med de involverede parter, for at alle deltagere har mulighed for at udfylde den rolle de tildeles. En forudsætning for at dette kan

medvirke til at skabe et sammenhængende patientforløb, er at der skabes forbindelseslinjer mellem de forskellige parter (70). Da der ikke er et fungerende tværfagligt samarbejde omkring kvindernes GDM forløb, vil etablering af dette kunne medvirke til, at der skabes forbindelser mellem professioner og sektorer som er en del af kvindens patientforløb, og derigennem medvirke til at skabe forløbskoordination, som er en forudsætning for at skabe et sammenhængende patientforløb.

Manglende forløbskontinuitet på grund af grænser mellem sektorer og fag, samt fagkampe, kan således være en medvirkende faktor til, at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i deres patientforløb.

## 8. Diskussion

### 8.1 Resultater

Diskussionen vil på baggrund af analyse og fortolkning af litteraturstudiet og empirien fra de kvalitative interview, besvare den overordnede problemformulering som lyder: *Hvordan kan en forbedring af patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor for kvinder med GDM bidrage til, at skabe et mere sammenhængende patientforløb og herigennem medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM?*

Med udgangspunkt i de analyserede temaer og litteraturstudiet kan de tre typer af kontinuitet anses som en bærende struktur for at skabe sammenhængende patientforløb, idet de fremkommer som gennemgående elementer både ift. årsager til manglende sammenhæng, og ift. hvad der er effektivt til at skabe sammenhængende patientforløb.

Den følgende diskussion vil på denne baggrund struktureres med udgangspunkt i de tre former for kontinuitet; informations-, relations- og forløbskontinuitet.

#### 8.1.1 Informationskontinuitet

Et centralt tema i analysen af den indsamlede empirien, omhandler manglende deling af information omkring kvindernes GDM diagnose mellem sektorer og faggrupper i kvindernes patientforløb.

Ved at anvende information om tidligere hændelser til at målrette omsorg til den enkelte patient og dennes tilstand, er det muligt at skabe sammenhæng i omsorgen mellem forskellige forløb. Denne information kan opnås gennem deling af information mellem sundhedsprofessionelle omkring patientens helbred, samt bl.a. patientens ønsker og behov, hvorved der kan skabes informationskontinuitet (68). Kvinder med tidligere GDM oplever overgangen fra forløbet i graviditeten til postpartum forløbet som usikkert, hvis der mangler kommunikation mellem sektorer, idet de herved overgår fra intensiv monitorering til minimal kontakt omkring GDM. Dette kan medvirke til at kvinderne bliver i tvivl om det videre forløb ift. forebyggelse af T2DM (40).

Manglende informationskontinuitet, kan bidrage til, at de sundhedsprofessionelle har mindre mulighed for at italesætte kvindernes forløb med GDM og derfor fokuserer på egen rolle i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb. Der er derfor behov for etablering af informationskontinuitet mellem de sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb mhp. at skabe et mere sammenhængende forløb for kvinder med tidligere GDM. Dette skal etableres således at kvinderne ikke oplever omsorgen ift. GDM som fragmenteret og efterlades med ansvaret for at viderebringe informationer omkring GDM forløbet.

De sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb er bevidste om risikoen for at udvikle T2DM efter GDM, men da der mangler informationskontinuitet, er det ikke muligt for dem at handle på denne viden i mødet med den enkelte kvinde. En forbedret deling af informationer, omkring kvindernes GDM forløb mellem sektorer og sundhedsprofessionelle, kan derved medvirke til at skabe et mere sammenhængende patientforløb. Det fremkommer dog ikke af empirien, hvordan informationsdeling på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle kan etableres. Vesco et. al. (2012) finder at en ændring i den elektroniske patientjournal kan medvirke til informationsdeling omkring kvindens GDM diagnose og forløb gennem let tilgang til information i systemet, hvilket sammen med en elektronisk påmindelse til de sundhedsprofessionelle om at kontakte kvinden mhp. screening for T2DM øger antallet af kvinder, der bliver screenet for T2DM (86). Det er dermed muligt at etablere informationskontinuitet i kvindernes GDM forløb gennem små ændringer i den elektroniske journal. Disse resultater er dog opnået i en amerikansk kohorte, og det elektroniske patientjournal system som danner udgangspunkt for dette studie, er ikke nødvendigvis sammenligneligt med den danske, hvorfor mulighederne i den elektroniske patientjournal ikke nødvendigvis kan genfindes i en dansk kontekst. Da et mere sammenhængende forløb for kvinder med tidligere GDM kræver, at der opnås en forbedring i informationskontinuiteten mellem sundhedsprofessionelle og på tværs af sektorer, kræver en ændring som denne i dansk kontekst yderligere, at de elektroniske journaler kan kommunikere på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Information på tværs af sektorer er muligt, men er dog begrænset til udveksling af elektronisk korrespondance i form af f.eks. advis eller epikrise mellem sygehus og henholdsvis praktiserende læge og sundhedspleje muligt (113,114). En strategi for Digital Sundhed er iværksat af Danske Regioner. Med denne strategi søges det at sikre, at arbejdet mod en helhedsorienteret indsats inkludere alle offentlige og private aktører i hele sundhedsvæsenet og kan samarbejde i et integreret netværk om og med borgeren i centrum (115). Hermed søges det dermed at imødegå et stigende behov for informationsdeling på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, idet strategien har til formål at skabe sammenhæng på tværs af sektorer og samarbejdspartnere.

Der kan antages at være et økonomisk aspekt, der skal indgå i overvejelserne omkring, hvorvidt forbedring af informationskontinuitet kan etableres på baggrund af den eksisterende elektroniske patientjournal. Kvindernes forløb omkring GDM i sekundærsektoren foregår i hospitalsregi og er dermed underlagt regionerne, imens sundhedsplejersker er kommunalt ansatte. Ydelser hos praktiserende læge sker i privat praksis og afregnes på baggrund af en kombination af et per capita honorering (årlig beløb pr. tilmeldt borger) og en honorering pr. ydelse (108). Da de sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb dermed er tilknyttet forskellige sektorer i sundhedsvæsenet, hvor der kan være forskelle ift. hvilke systemer der anvendes, kan det have betydning for, hvorvidt det er muligt at etablere en ensartet forstærket indsats til danske kvinder

med tidligere GDM. Ændring i det elektroniske system, vil dermed være betinget af, hvorvidt dette er en mulighed i det enkelte system og om det er en økonomisk prioritering i den enkelte region, kommune og hos de praktiserende læger, hvorfor det kan være nødvendig at overveje alternative muligheder for vidensdeling. Disse alternativer kan tage afsæt det eksisterende system til vidensdeling med f.eks. epikriser og gennem patientsystemet, der på nuværende tidspunkt anvendes mellem de enkelte regioner, kommuner og lægepraksis, mhp. en udvidet vidensdeling af informationer omkring kvindernes GDM diagnose og forløb. Ved ændring i det elektroniske system må det dog overvejes, om der samtidigt er behov for at der skabes en struktur omkring det tværfaglige samarbejde, således de sundhedsprofessionelle bliver opmærksomme på at opnå informationskontinuitet omkring GDM.

En forstærket indsats gennem informationskontinuitet vil ligeledes være påvirket af regler for deling af personfølsomme oplysninger. D. 25.05.2018 trådte der nye og skærpede regler i kraft, der skal sikre at informationer omkring borgere behandles med rettidig omhu, hvilket indebærer, at ved videregivelse af personoplysninger mellem offentlige myndigheder skal der foreligge et behandlingsgrundlag (116). Ved en forbedring af informationskontinuiteten mellem sektorer omkring kvinder med tidligere GDM, er det således påkrævet, at der udføres en grundig gennemgang af, hvorvidt denne deling af personfølsomme oplysninger lever op til gældende retningslinjer. De nye skærpede krav til videregivelse af personoplysninger medfører højere dokumentationskrav samt højere krav til beskyttelse af disse oplysninger f.eks. gennem kryptering af data (116). Dette betyder at deling af informationer omkring kvindernes GDM diagnose vil kræve afgivelse af samtykke fra den enkelte kvinde, og at behandlingen og deling af denne information ville foregå på en måde som der opfylder krav til datasikkerhed. En forbedring af informationskontinuiteten mellem sektorer og sundhedsprofessionelle kan, jf. ovenstående, bidrage til et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM. Denne forbedring kan skabes ved en mere struktureret tilgang til deling af information omkring kvindernes GDM diagnose og forløb, samt lettere tilgang til disse informationer, således de sundhedsprofessionelle har mulighed for at handle på deres viden om risikoen for T2DM efter GDM. Da denne forbedring kan skabes på baggrund af en ændring i enten den elektroniske patientjournal eller gennem en forbedring af den etablerede struktur for vidensdeling på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle er det hermed muligt at skabe et mere sammenhængende patientforløb og derigennem forstærke indsatsen for forebyggelse af T2DM gennem en forbedret informationskontinuitet.

### 8.1.2 Relationskontinuitet

Gennem flere temaer i analyse og fortolkningen fremkommer det, at manglende relationskontinuitet kan være en medvirkende faktor til, at kvinder med tidligere GDM oplever at mangle sammenhæng i patientforløbet.

Ifølge Reid et. al. (2002) kan et terapeutisk forhold, mellem en eller flere sundhedsprofessionelle og en patient, bidrage til at skabe et sammenhængende patientforløb mellem tidligere, nutidig og fremtidig omsorg gennem viden om og forståelse for patienten som person og dennes sygdomsforløb (68). Flere udenlandske studier viser, at relationskontinuitet i overgangen mellem sekundær og primær sektor er effektivt til at sikre et sammenhængende patientforløb og er derigennem en medvirkende faktor til, at flere kvinder med tidligere GDM bliver screenet for GDM i postpartum forløbet (83,84,86). Dermed kan etablering af relationskontinuitet mellem kvinder med tidligere GDM og en sundhedsprofessionel i overgangen mellem sektorer bidrage til et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne.

I studierne begrænses relationskontinuiteten til at vare fra graviditeten frem til de første måneder postpartum (83,84,86). Både jordemoderen og sygeplejersken på graviditetsambulatoriet udtrykker, at de gennem en udvidelse af deres funktion, frem til den første tid i postpartum perioden, vil have mulighed for at bidrage med en lignende indsats. Da en indsats af denne karakter fokuserer på tiden frem til den tidlige postpartum periode, kan det være tvivlsomt om det vil bidrage til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM på længere sigt.

Et dansk register studie har fundet, at 80,5% danske kvinder med tidligere GDM får foretaget første kontrol screening for T2DM ved praktiserende læge 3 mdr. postpartum, hvorefter deltagelsesprocenten falder markant til 47,3 % ved anden kontrol og til 17,7% ved fjerde kontrol efter fire til seks år (6). Det er derfor tvivlsomt om en forstærket indsats, der kun er målrettet et sammenhængende patientforløb i den tidlige postpartum periode, vil kunne bidrage med varige resultater. Eftersom kvinder med tidligere GDM er i livslang risiko for at udvikle T2DM, er der behov for et tiltag, der kan sikre kvinden sundhedsprofessionel støtte på lang sigt. Af analysen fremkommer det, at sundhedsplejersken, i kraft af sin relation til kvinden i postpartum forløbet, kan bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne, ved at inddrage opmærksomhed mod GDM forløbet i sin omsorg til kvinderne. Dette vil dog ikke kunne stå alene som et tiltag, idet sundhedsplejersken i det nuværende forløb ikke modtager information omkring kvindernes GDM diagnose og dermed ikke har kendskab til kvindens sygdomsforløb under graviditeten. En forbedring af patientforløbet, hvor sundhedsplejersken skal indgå som ressourceperson ift. et mere sammenhængende patientforløb fordrer således, at der skabes informationskontinuitet, så sundhedsplejersken i mødet med kvinden, har mulighed for at bringe viden fra graviditetsforløbet videre ind i postpartum forløbet. Mendez-Figueroa et. al. (2014) finder

at samarbejde mellem kvinderne og de sundhedsprofessionelle, på tværs af sektorer, ud fra den enkelte kvindens ønsker, muligheder og behov har betydning for, hvorvidt kvinder med tidligere GDM bliver screenet for T2DM (83). Da sundhedsplejersken gennem sin funktion som gæst i kvindens hjem har viden og forståelse for den enkelte kvindes overskud i hverdagslivet, er der mulighed for at etablere et samarbejde omkring GDM forløbet, der tager afsæt i kvindens muligheder og behov. Derved kan sundhedsplejersken bidrage til et mere sammenhængende patientforløb der tager afsæt i kendskab til kvinden.

Relationen til sundhedsplejersken er dog begrænset til dennes besøg i barselsperioden, hvorfor der heller ikke her etableres en relation, der kan sikre et sammenhængende patientforløb for kvinder med GDM på lang sigt. Af analysen fremkommer muligheden for et samarbejde mellem sundhedsplejersken og praktiserende læge, hvorved praktiserende læge, på baggrund af at have kontakt til kvinderne i alle livets faser, har mulighed for at indgå i en længerevarende relation omkring GDM. Gennem dette samarbejde er det muligt at drage nytte af sundhedsplejerskens viden omkring kvindens hverdagsliv, ift. overskud til at opsøge screening og forebyggende livsstilsinterventioner, samt af praktiserende læges muligheder ift. screening og livsstilssamtaler. En praktiserende læge bringer, under interviewet, muligheden for at sygeplejersken i almen praksis kan være en sundhedsprofessionel ressource ift. at skabe et sammenhængende patientforløb omkring GDM. Dette vil kunne foregå ved at sygeplejersken er ansvarlig ift. at facilitere screening for T2DM og livsstilssamtaler, med en mere hyppig kontakt i de tidlige postpartum forløb efterfølgende årlige kontroller.

I efteråret 2018 opstartes en ny specialuddannelse i borgernær sygepleje (117). Sygeplejersker i almen praksis vil herigennem opnå et kompetenceløft, mhp. at varetage opgaver, som skal sikre en bedre sammenhæng for den enkelte patient og borger, herunder profylaktiske konsultationer der kan omhandle livsstilsintervention. Sygeplejersken vil, på baggrund af uddannelsen, kunne anvende tværfagligt indsamlede data til planlægning og udførelse af indsatser i samarbejde med borgeren samt indgå i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i forskellige patientforløb (118). Inddragelse af sygeplejersken i praksis ift. at skabe et mere sammenhængende forløb for kvinder med tidligere GDM, vil således kunne bidrage til at praktiserende læges tovholderrolle håndteres anderledes i kvindernes postpartum forløb, på baggrund af muligheder for at arbejde på tværs af sektorer og faggrænser. Det må dog overvejes om dette tiltag vil have en forstærkende effekt på kvindernes deltagelse, hvis de fortsat vil være ansvarlige for at opsøge næste tid. Sygeplejersken på graviditetsambulatoriet angiver, at dette vil kunne løses ved, at næste konsultation aftales ved afslutningen af hvert møde mellem kvinden og den sundhedsprofessionelle, således ansvaret for planlægning af fremtidige screeninger placeres ved den sundhedsprofessionelle.



Et samarbejde mellem sygeplejersken ved praktiserende læge og sundhedsplejersken kan dermed bidrage til et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, med afsæt i et helhedsorienteret perspektiv, der inddrager kvindens forløb med GDM i graviditeten, og tager hensyn til kvindens muligheder, ønsker og behov, der er betingede af hverdagslivet som nybagt mor. Gennem forløbet er det muligt at etablere en relationskontinuitet mellem kvinden og sygeplejersken i almen praksis, der kan fortsætte ud over barselsperioden, mhp. at forebygge T2DM.

### 8.1.3 Forløbskontinuitet

Gennem empirien fremkommer det at to ud af tre læger oplever, at de mangler en struktur der kan vejlede dem ift. hvordan postpartum forløbet for kvinder med tidligere GDM skal håndteres.

Forløbskontinuitet bidrager til, at omsorg fra forskellige sundhedsprofessionelle er forbundet, så det skaber sammenhæng i patientens forløb. Gennem planer for patientens forløb er det muligt at tydeliggøre mål, behandlinger og ansvar for indsatser i patientforløbet. Denne form for planer er særligt anvendelige, når patientforløbet involverer indsatser fra flere sundhedsprofessionelle og flere dele af sundhedsvæsenet (68). Der er på baggrund heraf behov for at der skabes en plan for kvindernes forløb, der tydeliggør mål og ansvar i postpartum forløbet. I de nationale kliniske retningslinjer for GDM skitseres der i korte træk en plan for postpartum forløbet, hvor der primært er fokus på praktiserende læges rolle ift. screening og livsstilsintervention (5). Da flere af de interviewede læger oplever usikkerhed omkring egen rolle i postpartum forløbet, samtidig med at flere af de sundhedsprofessionelle oplever at meget få af kvinderne er opmærksomme på at blive screenet for T2DM, vil en mere tydelig struktur for postpartum forløbet formodentligt, kunne bidrage til et mere sammenhængende patientforløb, der inddrage omsorg ift. forløbet efter en GDM diagnose.

Af analysen fremkommer det, at der ikke er et tværfagligt samarbejde omkring kvindernes GDM forløb, idet hver profession primært varetager eget fagfelt uden at være bevidste omkring andre faggruppers funktion og muligheder i forløbet. Ifølge Reid et. al. (2002) kan en mere koordineret indsat sikre at forskellige elementer i patienternes forløb komplementere hinanden så indsatser ikke bliver glemt, gentaget eller falder på det forkerte tidspunkt (68). Der er derfor behov for etablering af et tværfagligt samarbejde ift. at sikre, at kvinder med tidligere GDM oplever et mere sammenhængende forløb, der også tager hånd om behovet for sundhedsprofessionel støtte i postpartum perioden. Det tværfaglige samarbejde kan dog ikke etableres på baggrund af en administrativ beslutning, da den bedst mulige udnyttelse af de eksisterende sundhedsprofessionelle ressourcer kræver, at hver fagprofession har mulighed for at udfylde den rolle de tildeles. Derfor bør udarbejdelsen af en koordineret indsats, ifølge Seemann (2010), ske

under hensyntagen eller i samarbejde med de involverede parter, hvorfor en forudsætning for at det kan bidrage til at skabe et sammenhængende patientforløb er, at der skabes mulighed for kommunikation mellem faggrupperne, f.eks. gennem samarbejdsaftaler og koordineringsgrupper (70). Dette behov fremkommer også gennem et interview med en sundhedsplejerske, som fastlægger at sundhedsplejersker kun kan indgå i indsatsen i en visiterende og opfølgende rolle, mens de ikke har mulighed for at deltage i en mere behandlende rolle. Specialets forslag, til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM, gennem en forbedring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, kan således kun anskues som en overordnet struktur for, hvordan et mere sammenhængende patientforløb kan etableres for kvinderne, mens den endelige planlægning skal ske i samarbejde med de sundhedsprofessionelle, som skal indgå i indsatsen.

En tværfaglig indsats mhp. at skabe forløbskontinuitet, kan jf. ovenstående bidrage til et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med GDM og derigennem en forstærket indsats for forebyggelse af T2DM. Dette vil dog kræve en udvidet indsats på tværs af sektorer, hvorfor ændringen af nuværende praksis vil skulle vedtages på politisk niveau. Ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne varetages af kommunalbestyrelsen, imens regionsrådet er ansvarlig for at tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren, samt rådgivning ift. den kommunale indsats (24). Vedtagelse af et udvidet tilbud til kvinder med tidligere GDM i postpartum perioden, samt etablering af et koordineret forløb mellem sektorer vil således kræve, at der træffes en beslutning om at forbedre kvindernes forløb gennem forløbskontinuitet, i samarbejde mellem kommuner og regioner, hvorved der ville skabes grundlag for at det inkluderes i sundhedsaftalerne mellem region, kommuner og almen praksis. Sundhedsaftalerne danner den formelle ramme omkring det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet, og har til formål at sikre at borgere oplever en sammenhængende indsats af høj kvalitet (119). En sundhedsaftale omkring et udvidet tilbud til med fokus på etablering af et koordineret forløb mellem sektorer ville dermed kunne bidrage til, at kvinderne oplever en koordineret og sammenhængende indsats i deres patientforløb på tværs af sektorer.

Hvis det bliver op til de enkelte kommuner og regioner, at strukturere kvindernes patientforløb, er der dog risiko for, at der bliver regionale forskelle i tilbuddet til kvinder med tidligere GDM, hvorfor det må overvejes om der bør udvikles en mere generel anbefaling til en forstærket indsats. Sundhedsstyrelsen har udviklet 11 forebyggelsespakker, der er et vidensbaseret værktøj til kommunerne mhp. at bidrage til at kvalitetsudvikle og prioritere det kommunale forebyggelsesarbejde ift. grupper af borgere, der vurderes at være i særlig risiko for udvikling af sygdom, f.eks. overvægtige og borgere der er fysisk inaktive (14). Denne form for anbefalinger vil dermed kunne bidrage til en mere ensartet indsats ift. at forebygge T2DM hos kvinder med tidligere GDM.

Forløbskontinuitet på baggrund af en politisk beslutning om at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, gennem et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og strukturerede planer for kvindernes forløb, vil dermed kunne medvirke til at forstærke indsatsen for forebyggelse af T2DM hos denne gruppe af kvinder.

#### 8.1.4 Forslag til en ændring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM

Kvinder, som tidligere har haft GDM, har en syv gange så høj risiko for at udvikle T2DM i deres livstid, ift. kvinder der ikke har haft GDM (6,11), hvor 40% udvikler T2DM inden for 10 år efter endt graviditet (3). Det anbefales at denne gruppe af kvinder forebygger T2DM gennem en ændret livsstil og screening for T2DM (5), men kun få danske kvinder med tidligere GDM fastholder deres deltagelse i screeninger efterfølgende (6). En årsag hertil er, at kvinderne oplever manglende sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor (12,39,40) og at de mangler sundhedsprofessionel støtte til deltagelse i screening og livsstilsinterventioner (28–30). Der er derfor behov for en forstærket forebyggelsesindsats målrettet denne gruppe af kvinder, der vil kunne bidrage til at mindske eller udsætte kvindernes risiko for udvikling af T2DM, og herigennem nedsætte de potentielle sundheds- og samfundsmæssige omkostninger, som kan være forbundet hermed.

Gennem analysen af temaer dannet på baggrund af den indsamlede empiri fremkommer flere faktorer, der af de sundhedsprofessionelle informanter anses at have betydning for, at kvinder med tidligere GDM oplever at der mangler sammenhæng i deres patientforløb:

- Manglende deling af informationer mellem sektorer og sundhedsprofessionelle hvilket bevirker, at der ikke skabes sammenhæng i kvindens forløb omkring GDM mhp. forebyggelse af T2DM, idet de sundhedsprofessionelle vil fokusere på eget praksisfelt og agenda i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb i mødet med kvinden, således GDM forløbet ikke adresseres.
- At der ikke er en tydelig struktur for ansvaret for GDM forløbet i postpartum perioden, hvilket efterlader kvinden med ansvaret for at italesætte behovet for screening og livsstilsinterventioner. Da kvinderne oplever denne overgang fra intensiv monitorering i graviditeten til manglende sundhedsprofessionel støtte i postpartum perioden som usikker, har det indflydelse på deres oplevelse af sammenhæng i patientforløbet.
- At der mangler en sundhedsprofessionel relation, der kan bidrage til at skabe en bedre overgang mellem sekundær og primær sektor.

- At der mangler et tiltag, hvor der er opmærksomhed på postpartum forløbet for kvinder med tidligere GDM, der både varetager behovet for respekt for kvindens hverdagsliv og en mere langsigtet indsats.
- Manglende tværfagligt samarbejde, idet der er en flerfaglig tilgang til omsorgen omkring GDM forløbet, hvor hver fagprofession primært er opmærksom på eget fagfelt, således der ikke skabes sammenhæng mellem de forskellige dele af kvindernes forløb. Dette vanskeliggøres yderligere af manglende informationsdeling mellem de sundhedsprofessionelle.

Ifølge Reid et. al. (2002) kan sammenhængende patientforløb opnås på baggrund af etablering af informations-, relations- og forløbskontinuitet (68). Disse kontinuitetsformer er indbyrdes forbundne, hvorved etablering af sammenhæng ift. en af dem ikke alene vil kunne garantere et sammenhængende forløb for kvinder med tidligere GDM.

Hvis der skal skabes forløbskontinuitet, er der behov for en mere struktureret plan for kvindernes patientforløb, således der i postpartum perioden er yderligere fokus på kvindernes forløb med GDM. For at dette skal kunne målrettes alle danske kvinder med tidligere GDM, er der behov for en overordnet forløbsplanlægning, der muliggør et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, som kan medvirke til at forstærke indsatsen for forebyggelse af T2DM. Forløbsplanlægningen bør inddrage de parter, der skal indgå i det koordinerende arbejde så alle parter har mulighed for at varetage den tildelte opgave (70). Der er derfor behov for at vedtage samarbejdsaftaler og oprette koordineringsgrupper, der skal varetage den konkrete planlægning forud for implementering af en ændring af patientforløbet for kvinderne. Ved at inddrage de sundhedsprofessionelle, der indgår i det rutinemæssige kontrolforløb sammen med sundhedsprofessionelle, der specifikt er tilknyttet kvindernes GDM forløb er det muligt at skabe et mere sammenhængende forløb.

Et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, kan ligeledes bidrage til en forbedret relationskontinuitet, så kvinderne oplever at få sundhedsprofessionel støtte omkring GDM forløbet. Flere udenlandske studier finder at etablering af sundhedsprofessionel støtte i overgangen mellem sektorer, er effektivt ift. at sikre et mere sammenhængende patientforløb mål ud fra en signifikant stigning i deltagelse i postpartum screening (83,84,86). Etablering af et samarbejde mellem sygeplejersken ved praktiserende læge og sundhedsplejersken, som er i kontakt med kvinden gennem det rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan bidrage til et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne. Dette forudsætter at der udvikles et forløb for kvinder med tidligere GDM hos de praktiserende læger, hvor de har mulighed for at indgå i et forløb hos sygeplejersken, hvor der fokuseres på forebyggelse af T2DM gennem screening og livsstilssamtaler. Fordelen ved at

etablere et sådant samarbejde er, at sundhedsplejersken kan anvende sin viden og forståelse for kvinderne og deres hverdagsliv som nybagt mor, til at målrette opmærksomheden mod GDM forløbet til kvindernes ønsker, muligheder og behov. Denne viden kan ligeledes medvirke til at vurdere hvornår det er optimalt at henvise kvinden til screening for T2DM og livsstilssamtaler hos sygeplejersken ved praktiserende læge.

Da ovenstående relation etableres med sundhedsprofessionelle i kvindernes postpartum forløb er der behov for en forbedret informationskontinuitet, gennem deling af informationer mellem sekundær og primær sektor, så både sundhedsplejersken og sygeplejersken hos praktiserende læge har let adgang til informationer. Ifølge Vesco et. al. (2010) er informationsdeling omkring kvindernes GDM diagnose og forløb effektivt til at sikre et sammenhængende patientforløb, idet der i dette studie ses en signifikant stigning i deltagelsen til screening efter indførelsen af informationsdelingen (86). Denne forbedring kan skabes ved en mere struktureret tilgang til deling af informationer omkring kvindernes GDM diagnose og forløb. Hvis det er muligt i de eksisterende elektroniske patientjournalssystemer, kan informationskontinuiteten etableres gennem en ændring heri, hvor informationer omkring GDM automatisk er tilgængelige for sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb. Et alternativ hertil kan være en forbedring af den eksisterende struktur for vidensdeling på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle, således alle involverede parter har let tilgang til information omkring kvindens GDM diagnose og forløb.

En forandring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, som et led i at forstærke indsatsen for forebyggelse af T2DM kan dermed tage afsæt i de tre følgende punkter:

- Etablering af tværfaglige samarbejdsaftaler og koordinationsgrupper mhp. en struktur, der tydeliggør mål, ansvar og behandlinger. Dette kan medvirke til at skabe kontinuitet i forløbet på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle i kvindens forløb.
- Samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i kvindernes postpartum forløb, der inddrager sundhedsplejersken og sygeplejersken i almen praksis mhp. en indsats, der tager højde for kvindens ønsker, behov og muligheder, samt sikrer at kvinden tilknyttes en mere langsigtet relation til sygeplejersken, således det sammenhængende patientforløb fortsætter ud over barselsperioden. Som et led i ansvaret for screening for T2DM og livsstilsinterventioner, skal sygeplejersken ved praktiserende læge være opmærksom på, at kvinden ved hver konsultation bliver tilbudt en tid, til den efterfølgende konsultation, således kvinderne oplever at få sundhedsprofessionel støtte hertil.
- Forbedret informationsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle, enten gennem en ændring i de elektroniske patientjournaler, så der er let tilgængelig information omkring kvindernes GDM diagnose og forløb, eller gennem en forbedring af det eksisterende

system til vidensdeling mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, der sikrer at alle er bevidste om, at kvinden har haft GDM.

### 8.1.5 Implementering

Hvis forslaget til et mere sammenhængende patientforløb vedtages som et led i en forstærket indsats til forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM er der behov for en plan for implementering af indsatsen. Idet ansvaret for forebyggelse er delt mellem region og kommune, vil en forandring af den nuværende indsats skulle behandles på et politisk niveau i et samarbejde mellem disse (24). Dokumentation for den forventede effekt ville kunne indgå som bidrag til en beslutningsproces (120). Dette vil derfor indgå som en del af en strategi for implementeringen af en indsats for et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne.

I omsætningen af en plan for en organisationsændring er arbejdet med ændringer i adfærd og rutiner ofte det, som udgør de største udfordringer for gennemførelse af implementeringsprocessen (121). Hvis forslaget til en ændring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM vedtages, kan implementeringen heraf tage afsæt i kvalitetsudviklingscirklen, hvori følgende elementer indgår "Plan – Do – Study – Act" (PDSA cyklus). Dette er en systematisk metode til implementering og udvikling i praksis (122), hvor det står som centralt, at ved implementering af ny praksis, anses udveksling af viden og erfaringer i et netværk som essentielt for processen (121). Denne vidensudveksling kan dermed ske på baggrund af etablering af tværfaglige samarbejdsaftaler og koordinationsgrupper, der inddrager de sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb. Dette samarbejde kan ligge til grund for udarbejdelsen af en struktur, der tydeliggør mål og ansvar ift. at skabe et mere sammenhængende patientforløb.

Forud for planlægningen af en PDSA cyklus besvares følgende tre spørgsmål, som danner fundament for den videre proces; *Hvad vil vi opnå?* (Målet), *Hvornår er en forandring en forbedring?* (Måling) og *Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?* (Forandringstiltag) (122).

*Hvad vil vi opnå?* (Målet): Målet er at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM for derigennem at forstærke den forebyggende indsats af T2DM.

*Hvordan ved vi at en forandring af patientforløbet forstærker den forebyggende indsats af T2DM?*

(Måling): Gennem løbende målinger opnås dokumentation for de opnåede forbedringer (121).

Flere udenlandske studier finder at antallet af kvinder der bliver screenet for T2DM i postpartum perioden, kan være et mål for om et sammenhængende patientforløb er effektivt (83,84,86).

Gennemførelse af en pilottest af den tiltænkte indsats kan derfor danne grundlag for, at der kan

måles på om flere kvinder kommer til screening ved praktiserende læge, som et udtryk for om den forebyggende indsats af T2DM er effektiv. Gennem kvalitative interview med kvinderne i studiet kan pilottesten yderligere danne grundlag for at der kan måles på om patientforløbet opleves som mere sammenhængende efter implementeringen af forandringen.

*Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer for kvinder med tidligere GDM, således at den forebyggende indsats af T2DM forstærkes? (Forandringstiltag):* En forandring af patientforløbet vil kunne tage afsæt i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring en struktureret plan for kvindernes patientforløb, der i højere grad end hidtil, inddrager postpartum forløbet. Denne ændring kan tage afsæt i specialets forslag til en forstærket forebyggende indsats af T2DM efter GDM. For at opnå et mere sammenhængende patientforløb kan det således indføres, at sundhedsplejersken indgår i en visiterende og opfølgende funktion ift. GDM forløbet, samtidig med at der kan oprettes et forløb hos sygeplejersken hos praktiserende læge, hvor det er muligt at følge kvinden gennem en længere periode. Der kan desuden indgå en ændring i informationsafdelingen mellem sundhedsprofessionelle i kvindes postpartum forløb, hvorved kvinderne vil opleve en højere grad af sammenhæng i deres patientforløb

Med udgangspunkt i besvarelsen af de tre ovenstående spørgsmål, følger elementerne PDSA cyklussen, som danner grundlag for udarbejdningen af en mere konkret plan for og afprøvning af indsatsen (122).

**Plan:** Etablering af samarbejdsaftaler og koordineringsgrupper, der skal forestå planlægningen og fordelingen af ansvar i indsatsen, herunder en funktionsbeskrivelse for sundhedsplejersken og sygeplejersken ved praktiserende læge. Der skal desuden planlægges hvordan den eksisterende praksis for informationsdeling skal ændres, så alle sundhedsprofessionelle har adgang til information om kvindens GDM diagnose og forløb. Der kan aftales et mindre indsatsområde, f.eks. en specifik kommune, hvor indsatsen kan pilottestes.

**Do:** Det planlagte forandringstiltag iværksættes og uforudsete problemer dokumenteres og analyse af dette påbegyndes (121). I den udvalgte kommune ændres systemet for vidensdeling omkring kvinder med GDM, samtidig med at sundhedsplejersken og sygeplejersken hos praktiserende læge varetager de nye opgaver i kvindernes postpartum forløb. Der skal løbende indsamles dokumentation for, at der deles information omkring kvindens GDM diagnose og forløb samt antallet af kvinder, der bliver screenet for T2DM.

**Study:** De indsamlede data fra forsøgs kommunen anvendes til at vurdere effekten af de iværksatte tiltag, ift. om de har effekt på deltagelse i screening og om kvinderne oplevede en højere grad af støtte i patientforløbet. Dette punkt uddybes, som en del af evalueringstiltaget der bør laves efter implementering af tiltag.

**Act:** På baggrund af ovenstående vurdering træffes beslutning om, hvorvidt der er brug for at lave justeringer. Hvis ændringer i kvindernes patientforløb har opnået den tilsigtede effekt ift. at forstærke den forebyggende indsats af T2DM, samt at kvinderne oplever en øget sammenhæng i patientforløbet, kan ændringen af strukturen for kvindernes patientforløb implementeres i en landsdækkende indsats. Alternativt vil der foretages yderligere justeringer, hvor disse i så fald vil blive afprøvet gennem en ny PSDA cyklus, frem mod et tilfredsstillende resultat.

### 8.1.6 Evaluering

Jf. ovenstående afsnit vil en forudsætning for en beslutningsproces, omkring vedtagelse af forslaget til en ændring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, være at der foreligger dokumentation for den forventede effekt af et sådan forandringstiltag. Effekt af offentlige indsatser kan vurderes på baggrund af effektevaluering, som anvendes som dokumentation for, hvilken effekt en given indsats kan tilskrives (123). Foruden den løbende evaluering af effekt, der sker gennem PSDA cyklussen vil det også være muligt at evaluere effekten af det ændrede patientforløb, med det formål at beskrive, hvorvidt indsatsen har medført en øget deltagelse i screening hos praktiserende læge samt deltagelse i forebyggende livsstilsinterventioner. Effektevaluering placerer sig inden for det naturvidenskabelige paradigme og undersøger sandsynligheden for en kausal sammenhæng mellem en indsats og resultater, hvorved denne metode placerer sig højt ift. at indsamle evident viden omkring den implementerede indsats (123). En effektevaluering vil dermed kunne bidrage med argumenter, der kan bistå til en politisk beslutning om at ændre patientforløbet for kvinder med tidligere GDM. En vurdering af effekt ift. deltagelse i screening for T2DM, vil kunne tage afsæt i en dansk registerundersøgelse, der målte antallet af kvinder i Nordjylland, der blev screenet inden for udvalgte tidsrammer postpartum (6). For at kunne anvende tal fra dette studie som baggrund for nye beregninger, vil det kræve at det ændrede patientforløb indføres i samme kohorte, som de oprindelige tal er baseret på.

Forslaget til en ændring af kvindernes patientforløb tager afsæt deres oplevelse af manglende sammenhæng i patientforløbet. Gennem anvendelse af brugerevaluering, vil indsatsen vil kunne evalueres med udgangspunktet i brugernes kriterier (124). En brugerevaluering har således et særligt fokus med afsæt i kvindernes oplevelser og værdier. Det kan dermed evalueres, hvorvidt



kvinderne oplever at ændringen af deres patientforløb har bidraget til et mere sammenhængende patientforløb hvor de oplever at få sundhedsprofessionel støtte i postpartum forløbet.

En brugerevaluering kan gennemføres med udgangspunkt i fokusgruppe eller semistrukturerede individuelle interviews (124). Disse kan struktureres ud fra en interviewguide, der tager udgangspunkt i at opnå viden om kvindernes oplevelse af patientforløbet efter implementeringen af ovenstående forslag. Foruden svar på om kvinderne oplever at have et sammenhængende patientforløb, er det ligeledes, ved at spørge ind til kvindernes oplevelser, muligt at opnå viden om hvad kvinderne ønsker ændret i patientforløbet og inddrage det i justeringer af indsatsen.

### 8.1.7 Ethiske overvejelser omkring ændring af kvindernes patientforløb

Hvis forslaget om etablering af et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM implementeres, er der risiko for at dette kan indebære utilsigtede konsekvenser for kvinderne. Etablering af forløbskontinuitet mhp. at skabe et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, sker på baggrund af sundhedsprofessionelles oplevelse af, hvad der er medvirkende til at kvinderne ikke oplever at have et sammenhængende forløb. Der er dermed risiko for at indsatsen i høj grad er baseret på de sundhedsprofessionelles perspektiv. Lægfolk og professionelle oplever sundhed og sygdom forskelligt på baggrund af forskelligheder i begrebsapparatet, hvor lægfolks oplevelse er præget af den sociale og kulturelle kontekst, imens den professionelle sektor er præget af en medicinsk forståelse (58). Gennem det asymmetriske forhold som kan gøre sig gældende mellem sundhedsprofessionelle og kvinder med GDM, kan den medicinske forståelse således påvirke kvinderne sådan, at de oplever deres øgede risiko for udvikling af T2DM som værende årsag til bekymring. Bekymring er en følelse af usikkerhed, som kan forekomme når forebyggende indsatser gør personer usikre og nervøse ved at oplyse om risici (125). Det øgede fokus på forebyggelse af T2DM fra sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb kan ligeledes bevirke, at kvinderne begynder at opleve sig selv som syge. Oplevelsen af at være syg er en utilsigtet konsekvens, hvis denne oplevelse er fejlagtig, overdreven eller direkte har en skadelig effekt på personen og medfører negative følelsesmæssige reaktioner på individets selvopfattelse (125). Hvis kvinderne, grundet implementeringen af forslaget, fejlagtigt begynder at opfatte sig selv som syge, kan sygeliggørelse således anses som en utilsigtet konsekvens af forslaget. Sygeliggørelse kan desuden føre til patientgørelse. Patientgørelse som en utilsigtet konsekvens opstår når en person pga. sygeliggørelse begynder at opfatte sig selv som patient. Patientgørelse kan forårsage at individet bliver passivt og afventende ift. sundhedssystemet (125). Utilsigtede konsekvenser som sygeliggørelse og heraf følgende patientgørelse, kan hermed bevirke at kvinderne bliver mere passive ift. eget helbred. Dermed får forslaget, som skal sikre en forstærket forebyggende indsats

af T2DM, den modsatte effekt, idet kvinderne vil være afventende for at sundhedssystemet skal tage ansvar for dem som patienter.

Indsatsen for at skabe relationskontinuitet, betyder at sundhedsplejersken inddrages i en visiterende og opfølgende rolle ift. GDM forløbet foruden sin rolle i det rutinemæssige svangreomsorgsforløb. Medikalisering opstår når en større del af hverdagslivet underlægges en medicinsk indflydelse (61). Da fokus i sundhedsplejerskens kontakt med kvinden ændres fra kun at omhandle kvindens rolle som nybagt mor og barnets trivsel til også at omhandle en indsats som søger at forebygge T2DM, er der således risiko for at der sker en medikalisering af kvindens rutinemæssige svangreomsorgsforløb.

Sundhedsplejerskens samarbejde med sygeplejersken hos praktiserende læge kan give anledning til etiske overvejelser, idet der herigennem søges at sikre, at kvinden følger et anbefalet kontrolforløb. I forebyggelsesetik er respekten for borgerens autonomi, Jf. den liberalistiske politik, et væsentligt princip (55). Sundhedsplejerskens visitering af kvinden til sygeplejersken skal dermed foregå på en måde, hvor det undgås at kvindens autonomi undertrykkes, men i stedet tage afsæt i vejledning omkring kvindens muligheder, således hun får sundhedsprofessionel støtte til beslutningen om, hvorvidt hun ønsker at deltage i screening for T2DM og livsstilssamtaler. Samtidig skal kommunikationen omkring forløbet hos sygeplejersken foregå på en måde, hvor der ikke placeres skyld og skam hos kvinden, hvis hun ikke følger sundhedsplejerskens anbefalinger om at følge forløbet hos sygeplejersken. Hvis dette ikke opnås, kan det ifølge Elstad (2000) føre til en "Blame the Victim" tilgang, hvor patienten gøres ansvarlig for sit eget helbred (56), hvormed kvinden kan opleve skyld hvis hun efterfølgende udvikler T2DM og eventuelle senkomplikationer. Respekten for kvindernes autonomi bør ligeledes gælde hvis kvinderne ikke ønsker kontakt til sundhedsplejersken i postpartum forløbet, hvor der så må overvejes alternative måde til at henvise kvinden til sygeplejersken mhp. et langsigtet tilbud ift. at skabe et sammenhængende patientforløb omkring GDM, og dermed en forstærket indsats ift. forebyggelse af T2DM.

Forslaget til et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM mhp. en forstærket indsats for forebyggelse af T2DM kan dermed være forbundet med etiske problematikker og utilsigtede konsekvenser der bør medtages i forbindelse med en ændring af forløbet.

## 8.2 Metode

### 8.2.1 Litteraturstudie

Gennem litteraturstudiet blev det søgt at besvare forskningsspørgsmål 1: *Hvilke tiltag er effektive til at sikre et sammenhængende patientforløb postpartum, for kvinder med tidligere GDM, i overgangen mellem sekundær og primær sektor mhp. forebyggelse af T2DM?*

Litteraturstudiet endte med at inkludere tre analytiske kohortestudier, som de eneste studier, der matchede specialets inklusionskriterier og kvalitetskrav ifølge de anvendte kvalitetsvurderingsværktøjer. Ud fra analytiske kohortestudier er det muligt at estimere med en vis sikkerhed, om eksponeringen har betydning for outcome (105). De analytiske kohortestudier, kan på denne baggrund med en vis sikkerhed vise at der er sammenhæng mellem tiltagene og kvindernes deltagelse i postpartum screening. Estimatets sikkerhed afhænger dog af hvorvidt der er taget højde for bias og confounding. Idet der er større risiko for bias og confounding i analytiske kohortestudier anses evidensniveauet for denne studietype som lavere end f.eks. RCT-studier, da RCT-studier gennem en tilfældig fordeling af deltagere i grupperne forebygger potentiel confounding og gennem blinding kan minimere risikoen for informations- og selektionsproblemer, hvorved forveksling af årsagssammenhæng og over- og underestimering af estimatet reduceres og evidensstyrken øges (107).

Ifølge evidenshierarkiet befinder metaanalyser og RCT-studier sig indenfor evidensgrad Ia og Ib, under evidensstyrke A og anses som den studietype der har størst evidensmæssig styrke. Kohortestudier placerer sig under RCT-studier og indplaceres på styrke B (106). Eftersom evidensstyrken for de inkluderede studier indplaceres på styrke B, har det betydning for den samlede styrke og sikkerhed på de fremkomne resultater og dermed på den styrke der ligger bag det forslag specialet fremstiller på baggrund heraf. Studierne har dog, gennem specialets kvalitetsvurdering, alle scoret højt, ligesom de alle har kontrolleret for potentielle confoundere og har taget højde for bias, hvorved studierne anses for at være velgennemførte og af høj kvalitet. Evidenshierarkiet kan kritiseres for at være firkantet pga. rangeringen af studier (106), idet flere velgennemførte studier, som rangeres under f.eks. RCT, kan anses som stærkere end ét dårligt udført RCT studie. Det er på baggrund heraf en styrke for specialet, at de inkluderede studier alle er kvalitetsvurderet med høj score, og er af samlet høj kvalitet, hvilket taler for, at der er en vis styrke bag studierne. Det er dog en svaghed at de inkluderede studier, pga. studiedesignet, kun kan besvare forskningsspørgsmålet med en vis sikkerhed ud fra evidensstyrken, hvorved det er tvivlsomt om resultaterne af litteraturstudiet kan anvendes som anbefalinger, der kan indgå som evidensgrundlag for et forslag til en forstærket forebyggende indsats af T2DM hos kvinder med tidligere GDM.

Da der ikke fremkommer anvendelige RCT-studier på trods af, at litteraturstudiet er udført struktureret og den fremsøgte litteratur er gennemgået grundigt ud fra in- og eksklusionskriterierne med fokus på inddragelse af studier, der skulle besvare et spørgsmål omkring effekt, kan det tyde på at specialet har ramt et videnshul i forskningen. Hermed kan specialets fund bidrage til at tydeliggøre, at der med fordel kan udføres yderligere studier inden for feltet, som gennem et RCT-design kan indplaceres højere i evidenshierarkiet og dermed styrke evidensen af de fremkomne resultater. Dette vil kunne bidrage til at øge evidensen og sikkerheden bag antagelsen om, at et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM bidrager til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM. Søgestrategien kan være en anden årsag til at specialet ikke finder RCT-studier i litteraturstudiet, dog anses litteraturstudiet at være bygget på en grundig og veldokumenteret søgestrategi, som bygger på facetsøgning.

Facetsøgning blev anvendt som udgangspunkt for søgningen, idet dette bidrager til at skabe overblik og systematik i søgningen (77). Der blev med inspiration i PI(CO)-strukturen som udgangspunkt dannet to overordnede facetter Populationen (P) = "Kvinder med tidligere GDM" og Interventionen (I) = "Sammenhængende patientforløb". Det blev dog vurderet som nødvendigt at udvide populationen til også at indeholde "forebyggelse af T2DM postpartum", idet specialegruppen havde en formodning om, at der kunne være en del af den ønskede population, som befandt sig herunder. Dette bevirkede en mere kompliceret opsætning af facet 1, som er skitseret i figur 4.

En bred søgestrategi kan bidrage til at afdække en større mængde litteratur omkring et problemfelt. Hvis litteratur mængden er så stor, at det ikke er muligt at overskue den, kan antallet af resultater indsnævres gennem en præcisering af søgeordene (81). Både i sammensætningen af facet 1 og 2, er der taget udgangspunkt i brede søgestrategier, idet facet 1 inddrager flere facetter til at indsnævre populationen og facet 2 inddrager et stort antal synonymer for "et sammenhængende patientforløb", som primært er fremsøgt i fritekst. På trods af dette ender specialet med kun at kunne inddrage 3 studier. Grundmængden af den fremsøgte litteratur var stor, men gennem sorteringerne blev de fleste studier ekskluderet på baggrund af manglende relevans for forskningsspørgsmålet, idet at en stor del af studierne udgik pga. deres primære fokus enten var på forebyggelse af T2DM eller screening hos praktiserende læge, uden at have fokus på interventionen "sammenhængende patientforløb".

Idet mangel på fremsøgt litteratur, kan skyldes at man har anvendt de forkerte søgeord, at man har kombineret for mange i en søgning, eller at der ikke findes litteratur (81), ville en endnu smallere søgestrategi have bidraget med en mindre grundmængde, hvormed der kunne have været fare for at relevant litteratur ikke var fremkommet. Årsagen til det sparsomme antal inkluderede studier kan derfor skyldes, at der ikke er udført forskning, som omhandler undersøgelsesfeltet. Det kunne

derfor have været en mulighed at søge mere generelt på, hvilke tiltag der er effektive til at skabe sammenhængende patientforløb, hvilket kunne have bidraget med studier af højere evidensmæssig styrke. Herved ville søgningen dog have været mindre specifik ift. populationen, men kunne potentielt have bidraget med en større mængde litteratur. Idet generaliserbarhed omhandler hvorvidt resultaterne fra en studiepopulation kan overføres til en anden (89), vil generaliserbarheden mellem fund fra en mere generel søgning og dermed udefineret population, have påvirket resultaternes generaliserbarhed, da studiepopulationerne således ikke ville have været sammenlignelig med kvinder med tidligere GDM.

De udvalgte outcomemål "deltagelse i screening" og "deltagelse i forebyggende livsstilsinterventioner" blev udvalgt som udtryk for, hvordan et effektivt tiltag til at skabe sammenhængende patientforløb kan måles. Outcomemålene fremkom på baggrund af problemanalysen, som blev underbygget af teori og videnskabelig litteratur fremkommet gennem den indledende strukturerede litteratursøgning, hvormed outcomemålene bygger på specialegruppens forforståelse, som er udledt heraf. At forforståelsen har været styrende for de udvalgte outcomemål kan betyde, at specialegruppen har overset ellers relevante outcomemål til at indfange hvordan det er muligt at måle effektiviteten af tiltag, som skaber sammenhængende patientforløb. Specialegruppen var åbne overfor nye outcomemål gennem sorteringen og gennemlæsningerne af studierne og satte dermed forforståelsen, af hvilke outcomemål der var relevante i spil med litteraturen.

Gennem PI(CO)-strukturen blev det forsøgt at inddrage de valgte outcomemål som (O) i den strukturerede søgning. Herved blev hver enkelt outcomemål inddraget som en tredje facet, hvorved der kun fremkom meget få resultater, hvorfor den brede søgestrategi fortsat fandtes mest anvendelig. Det blev på den baggrund besluttet, at outcomemålene skulle indgå som inklusionskriterier i sorteringen af studier.

Da emneord kan variere på tværs af søgedatabaser (79), er der anvendt forskellige emneord i hver database, der er afsøgt. Der er dog forsøgt at skabe stringens ved ligeledes at søge på andre databasers emneord i fritekst, for herigennem at forsøge at foretage en bred og grundig afsøgning af feltet. Under facetten "postpartum" er der f.eks. anvendt det kontrollerede emneord "Postpartum Period" på PubMed, hvorimod der i Embase er anvendt betegnelsen "Postnatal Care". På baggrund heraf har der i embase være søgt på "Postpartum Period" i fritekst, for at sikre at flest mulige studier blev indfanget i søgestrategien, herved har specialet forsøgt at lave en grundig afsøgning af forskningsfeltet. En grundig afsøgning af forskningsfeltet er med til at øge sandsynligheden for, at alt relevant litteratur inddrages. Anvendelse af fritekstsøgning er med til at sikre at den nyeste forskning medtages (79), hvorfor grundige afsøgninger af fritekstord har

medvirket til at indfange de studier, som endnu ikke er indekserede. Dette har ligeledes bidraget til en grundig afsøgning af undersøgelsesfeltet. På baggrund af ovenstående, kan specialets strukturerede litteraturstudie anses at være udført grundigt, hvorfor den manglende litteratur må være et udtryk for, at specialet har ramt et videnshul. Dette tydeliggøres desuden af, at en afsøgning af Cochrane, en database der dækker over bl.a. metaanalyser som placerer sig højt i evidenshierarkiet, heller ikke fremkommer med et stort antal hits, på trods af at der er udført en bredere søgning end i de andre videnskabelige databaser. Cochrane søgningen bidrager således kun med et review. Cochrane-databasen er den mest omfattende samling af systematiske oversigter, der anvendes strenge kvalitetskrav og oversigterne opdateres løbende (106). Det findes på baggrund heraf kritisk, at der af denne afsøgning heller ikke fremkommet studier af særlig høj evidens, idet søgningen kun bidrager med et review, som udgår pga. manglende metodemæssige kvalitet ift. det anvendte kvalitetsvurderingsværktøj. Reviewet anvendes dog som baggrund for en kædesøgning, hvoraf de relevante studier kvalitetsvurderes og efterfølgende bidrager dette til at et studie inkluderes.

### 8.2.2 Kvalitative interview

Gennem udførelse af kvalitative interviews blev det forsøgt at besvare forskningsspørgsmål 2: *Hvilke faktorer, oplever eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidlige GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?*

På baggrund af forskningsspørgsmålet blev informanterne til undersøgelsen udvalgt, idet der af forskningsspørgsmålet fremgår hvilke overordnede karakteristika informanterne skal repræsentere. Herved blev informanterne udvalgt ud fra et krav om, at de var eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb. Informanterne er derved udvalgt ud fra en specifik udvælgelsesstrategi, hvor de for at kunne deltage, skulle repræsentere en af de fire faggrupper, som jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen er en del af det rutinemæssige svangreomsorgsforløb (44). At alle fire professioner skulle repræsenteres skulle bidrage til et bredere sundhedsprofessionelt perspektiv på forskningsspørgsmålet. Det fremkom gennem interviewene at dette brede perspektiv bidrog med informationer om især barrierer ift. informationsdeling, samt eksterne og interne barrierer professionerne imellem. Disse ville ikke have været fremkommet på samme måde, hvis specialet havde inddraget færre professioner. Det brede perspektiv anses således at have bidraget positivt til undersøgelsen Informanternes ulige fordeling kan dog have haft betydning for specialets resultater, idet der var en overvægt at læger og sundhedsplejersker, hvilket kan medføre, at disse

grupperes perspektiver har været grundigere belyst end sygeplejersken og jordemoderens, hvis perspektiver er underrepræsenterede. En uens fordeling af informanterne kan have indflydelse på, hvordan de forskellige fagprofessioners perspektiver bliver præsenteret, og dermed have betydning for, hvordan udsagnene vægtes. Det findes dog, at specialet har medtaget alle perspektiver og har vægtet disse ligeligt i analysen, hvormed den ulige fordeling af informanter ikke ses at have haft en negativ betydning for analysen, men har bidraget til det brede sundhedsprofessionelle perspektiv på forskningsspørgsmålet, som var hensigten. Desuden anses overrepræsentationen af læger og sundhedsplejersker som væsentlig for besvarelsen af forskningsspørgsmålet, idet lægerne er tovholdere for kvindernes forløb postpartum, og sundhedsplejersken anses som et uudnyttet potentiale i patientforløbet til at skabe sammenhæng i kvindernes forløb postpartum. Lægernes og sundhedsplejerskernes sundhedsprofessionelle perspektiver er derfor særligt vigtige, idet de har den største kontakt til kvinderne i overgangen til primær sektor og de har derved et særligt indblik i hvilke faktorer, som kan være medvirkende til kvindernes oplevelse af manglende sammenhæng i patientforløbet, samt hvordan de oplever at kunne bidrage til at forbedre dette. På baggrund af lægernes og sundhedsplejerskernes særlige funktioner i kvindernes patientforløb, fandtes en overvægt af disse informanter naturlig for besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Informanterne blev rekrutteret på baggrund af sneboldmetoden. Anvendelse af sneboldmetoden, kan give anledning til selektionsproblemer, idet de deltagende ofte vil repræsentere en homogen gruppe eller idet de kan ligne den forsker der har rekrutteret dem (94). Da kontakten af informanterne er skabt gennem denne metode, kan det bevirke at de sundhedsprofessionelle har særlige sammenlignelige karakteristika, som kan påvirke dem i en bestemt retning ift. det undersøgte. Da sneboldmetoden primært har været anvendt til at skabe en indgang til informanterne, men informanterne deltog i interviewet på baggrund af interesse i det udsendte informationsbrev, anses metoden ikke at have kunnet give anledning til selektionsproblemer ift. om informanterne potentielt ligner specialegruppen. Informanterne anses ikke som en homogen gruppe, idet de repræsenterer forskellige faglige perspektiver på baggrund af deres respektive uddannelser, de er således kun forbundet af en fælles interesse for feltet.

Generaliserbarheden af specialets empiriske fund afhænger af den analytiske generaliserbarhed. Analytisk generaliserbarhed omhandler hvorvidt resultaterne af en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der sker i en anden situation og baseres på en assetorisk logik, hvor baggrunden for generalisering kan baseres på teori (98). At analytisk generaliserbarhed bygger på en assetorisk logik betyder at anvendelse af teori som finder samme resultater som den givne undersøgelse, kan medvirke til at øge den analytiske generaliserbarhed. Da resultaterne som fremkommer gennem empirien, anvendes sammen med begrebsafklaringen af "et

sammenhængende patientforløb”, og at denne bygger på flere undersøgelser med samme fund, og anvendes i samspil med andet relevant teori i analysen af resultaterne, kan dette anses som en assetorisk logik, som medvirker til at øge den analytiske generaliserbarhed for specialets fund. Hermed inddrager specialet et mere teoretisk perspektiv på empiriens fund, hvilket bidrager til at øge den analytiske generaliserbarhed, idet informanternes udsagn herved kobles til mere generelle antagelser omkring “et sammenhængende patientforløb”, som er dokumenteret af andre end de der har udført undersøgelsen. Da det gennem interviewene ses, at informanterne fremkommer med flere ens perspektiver som understøttes af begrebsafklaringen, anses specialet til en vis grad at være analytisk generaliserbart. Idet flere sundhedsprofessionelle på tværs af fagområde har samme oplevelse af dette, kan det tyde på, at resultaterne kan være mere generelt gældende for sundhedsprofessionelle. Dog fremkommer der gennem analysen fortsat nye perspektiver på undersøgelsesfeltet hvilket kan tyde på at der kan være flere uudforskede perspektiver på undersøgelsesfeltet. Idet der fremkommet ny informationer og blotlægges ny viden indikerer det at der ikke er opnået datamætning (126), hvorved antallet af informanter kan være utilstrækkeligt ift. at afdække undersøgelsesfeltet. Inddragelse af flere informanter kunne derfor have påvirket resultaterne i analysen, idet informanternes perspektiver kunne have bidraget med modsigende, andre eller flere analytiske pointer, hvilket dermed vil have betydning for den analytiske generaliserbarhed af undersøgelsen. Det kunne på baggrund af den manglende datamætning, derfor have styrket den analytiske generaliserbarhed at have inkluderet flere informanter i undersøgelsen.

Det kan på baggrund af ovenstående betvivles om inddragelsen af otte informanter i interviewundersøgelsen, ulige fordelt på professioner er tilstrækkelig til at besvare forskningsspørgsmålet og til at påstå at den analytiske generaliserbarhed er høj. Der er dog forskellige holdninger til hvornår en kvalitativ undersøgelse har inddraget tilstrækkeligt med informanter til at kunne erklære deres fund mere generelle. Ifølge Malterud et. al. (2016), afhænger antallet af informanter af informations poweren, forstået på den måde, at jo større information der fremkommet jo færre informanter er nødvendige. Samtidig afhænger antallet af informanter af hvor bredt forskningsspørgsmålet stilles. Jo bredere forskningsspørgsmål, jo flere informanter kræves (126). Da forskningsspørgsmålet kan anses som meget generelt, idet det adresserer eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, har spørgsmålet en bred målgruppe, som potentielt kræver et større antal informanter for at dette mere generelle spørgsmål kan besvares. På denne baggrund kan specialets inddragelse af otte informanter ses at være en udfordring, idet forskningsspørgsmålet fokuserer mere bredt og derfor fordrer en større studiepopulation, hvilket også understøttes af den manglende datamætning. Det kunne derfor have været en fordel for styrken af specialets fund, hvis der havde været inddraget flere informanter i



undersøgelsen, dette var desværre ikke muligt grundet deadline for aflevering af specialet, hvorfor det kunne have været fordelagtigt at indsnævre forskningsspørgsmålet til at omhandle en mindre studiepopulation. Dette kunne have været gjort ved at fokusere på en bestemt kommune eller region, dette var dog ikke en mulighed for specialet, idet formålet var at lave et mere generelt forslag til forbedring af patientforløbet, hvilket således var årsagen til at informanterne blev rekrutteret fra forskellige kommuner og regioner.

En måde hvorpå der kan opnås en høj grad af informations power ved en mindre gruppe af informanter, er hvis informanterne har specifik erfaring og viden indenfor undersøgelsesfeltet (126). Da informanterne er rekrutteret på baggrund af deres viden om feltet, kan det ifølge ovenstående være en årsag til at det ikke er nødvendigt at inddrage en større population, idet den viden som den enkelte har kan bidrage med stor informations power. Herved kan rekrutteringen af informanter jf. forskningsspørgsmålet og antallet af informanter inddraget i undersøgelsen ses at være tilstrækkelig, dog modsiger den manglende mætning dette. Informations power kan styrkes, ved inddragelse af teori (126). Da undersøgelsen, som nævnt, gør dette ved bl.a. at inddrage begrebsafklaring, anses undersøgelsen alligevel at have informations power og dermed at have inddraget et fornuftigt antal informanter, hvilket bidrager til at øge den analytiske generaliserbarhed af specialets fund.

### 8.2.3 Samlet vurdering af specialets kvalitet

Fra diskussionen af specialets resultater fremkommer det, at der i det eksisterende patientforløb mangler et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der kan bidrage til bedre informationsdeling og sundhedsprofessionel støtte i overgangen mellem sektorer, særligt i postpartum forløbet. Disse tre tiltag kan tilsammen medvirke til at skabe et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM og derigennem indgå som et led i at forstærke den forebyggende indsats af T2DM. Forslaget til denne ændring skal dog baseres på forbehold omkring validiteten af specialets samlede fund. Intern validitet i et studie afspejler, hvorvidt studiet måler på det der søges undersøgt (88). Idet en del af forslaget bygger på kohortestudier, er det dermed ikke med sikkerhed muligt sige, at det sammenhængende patientforløb er årsagen til, at kvinderne deltager i screening for T2DM. Studierne viser dog, at der er en signifikant sammenhæng, hvorfor fund fra forskningsspørgsmål 1 i nogen grad kan medvirke til at besvare, hvordan en ændring i patientforløbet kan bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne, og dermed bidrager dette til besvarelsen af problemformuleringen. Hermed ses det at specialet gennem en transparent tilgang forsøger at besvare forskningsspørgsmålet, hvorved den interne validitet findes god. Studierne fremkommer dog ikke med de svar som specialet søgte, hvilket påvirker den samlede validitet ift. besvarelsen af problemformuleringen.

Idet kohærens, konsistens og transparens anses som kvalitetskriterier inden for kvalitativ forskning (93), har specialet forsøgt at opnå dette gennem hele forskningsprocessen. De kvalitative interview ses på trods af manglende mætning at være analytisk generaliserbare. Analytisk generaliserbarhed omhandler, hvorvidt resultaterne af en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der vil ske i en anden situation. Baggrunden for generalisering kan baseres på teori (98). Eftersom informanternes udsagn bl.a. underbygges af begrebsafklaringen omkring "et sammenhængende patientforløb" af Ried. et al. (68), øges styrken af analysen. Specialet finder på baggrund af de kvalitative interview, at der er behov for et bedre tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, bedre informationsdeling og sundhedsprofessionel støtte i postpartum perioden. Dette genfindes i andre studier baseret på kvindernes oplevelser, hvor flere studier viser, at kvinderne efterlyser støtte fra sundhedsprofessionelle i postpartum forløbet (28–30), at de mangler sammenhæng i overgangen mellem sekundær og primær sektor (12,39,40), og at de oplever overgangen fra forløbet i graviditeten til postpartum forløbet som usikker, hvis der mangler kommunikation mellem sektorer (40). Idet flere andre studier, bl.a. gennem inddragelse af perspektiver fra kvinder med tidligere GDM, finder resultater som understøtter specialets fund, bidrager dette til, at resultaterne fra specialet på trods af mangler findes at kunne indgå som et bidrag til den generelle forskning indenfor området.

Med forbehold for de svagheder der findes i de anvendte metoder, som er anvendt til at besvare den samlede problemformulering, findes specialets interne validitet god, det er dog tvivlsomt om generaliserbarheden for specialet er af sådan kvalitet, at forslaget kan anvendes i praksis, uden der udføres yderligere undersøgelser af, om de faktorer som specialet anbefaler er effektive til at skabe sammenhæng i kvindernes patientforløb i overgangen mellem sekundær og primær sektor, og om dette bidrager til at forstærke indsatsen af T2DM.

## 9. Konklusion

Kvinder, som tidligere har haft GDM, er i øget risiko for at udvikle T2DM, hvorfor det anbefales, at de deltager i screening hos praktiserende læge, samt i forebyggende livsstilsinterventioner.

Tidligere studier viser dog, at kun få kvinder fastholder deres deltagelse i screening efterfølgende, hvilket kan skyldes, at kvinderne oplever at mangle et sammenhængende patientforløb ift. GDM i overgangen mellem sekundær og primær sektor.

Sundhedsprofessionelle identificerer flere mulige årsager til den manglende sammenhæng, især manglende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring GDM forløbet, manglende informationsdeling og manglende sundhedsprofessionel opmærksomhed på GDM forløbet i postpartum perioden, hvilket betyder at kvinderne overlades ansvaret for at viderebringe informationer om GDM forløbet. Specialets inkluderede studier viser, at tiltag til forbedret informationsdeling og sundhedsprofessionel støtte i overgangen mellem sektorer kan bidrage til øget deltagelse i screening.

Et mere sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM kan dermed tage udgangspunkt i et udviklingstiltag, der indeholder en forbedring af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb. Dette skal bidrage til at skabe en mere tydelig plan for kvindernes patientforløb, hvor postpartum forløbet i højere grad inddrages. Ved at skabe samarbejdsaftaler og koordineringsgrupper kan indsatsen for at skabe et mere sammenhængende patientforløb tage afsæt i de involverede sundhedsprofessionelle, så alle har mulighed for at varetage den rolle de tildeles. I forbindelse med denne ændring vil en udvidelse af sundhedsplejerskens ansvarsområde, så hun varetager en opfølgende og visiterende rolle ift. kvindens forløb med GDM, kunne medvirke til, at kvinderne oplever at få sundhedsprofessionel støtte i postpartum perioden under hensyn til kvindens hverdagsliv som nybagt mor, således der tages højde for kvindens ønsker, behov og muligheder. Da sundhedsplejerskens funktion begrænser sig til barselsperioden, kan hendes funktion ske sideløbende med et forløb hos praktiserende læge, således der er mulighed for sundhedsprofessionel støtte til kvinderne gennem en længere årrække. Dette længerevarende forløb vil kunne opnås ved at etablere et nyt forløb hos sygeplejersker ved praktiserende læger, som kan følge op på GDM forløbet, samt tager ansvar for screening for T2DM og livsstilssamtaler, hvilket kan indgå som et led i en forstærket indsats for forebyggelse af T2DM. Sundhedsplejersken og sygeplejerskens funktion er betinget af, at der sker en forbedring i informationsdelingen mellem sundhedsprofessionelle og sektorer, således alle sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb er bevidste om GDM diagnosen og forløbet. Denne informationsdeling kan enten opnås gennem en ændring af den elektroniske patientjournal eller ved en forbedring af det eksisterende system for

videreformidling af information mellem sundhedsprofessionelle. Dette kan tage afsæt i "strategi for digital sundhed 2018-2022" (115).

Det findes dog, at der bør udføres mere forskning indenfor området, hvor der er mulighed for at teste det fremsatte forandringsforslag i en mindre målestok, f.eks. i en mindre kommune for at se om der er grundlag for implementering i en større skala.

Da der i de fleste danske kommuner ikke findes tilbud om forebyggende livsstilsinterventioner, kan et sammenhængende patientforløb ikke alene udgøre en forstærket indsats for forebyggelse af T2DM, hvorfor der fortsat er et behov for forskning, samt udvikling af et forebyggende tilbud målrettet kvinder med tidligere GDM.

## 10. Referencer

1. Danish Society of Obstetrics and Gynaecology. Gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening og diagnose. [Internet]. 2014. Tilgængelig hos: <http://gynobsguideline.dk/wp/wp-content/uploads/2013/02/GDM-Sandbjerg-2014-godkendt-2014.pdf>
2. Christiansen JS, Christiansen P. Mamma- og endokrine sygdomme. I: Schulze S, Schroeder T V., redaktører. Basisbog i sygdomslære. 1. Udgave. København: Munksgaard Danmark; 2005. s. 677.
3. Lauenborg J, Hansen T, Jensen DM, Vestergaard H, Molsted-Pedersen L, Hornnes P, m.fl. Increasing Incidence of Diabetes after Gestational Diabetes: A long-term follow-up in a Danish population. *Diabetes Care* [Internet]. 2004;27(5):1194–9. Tilgængelig hos: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&AN=2004196792>
4. Elmeskov J. Danmark i tal 2017 Velkommen til [Internet]. 2017. Tilgængelig hos: [http://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=21499&sid=danmark i tal 2017\\_net](http://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=21499&sid=danmark%20i%20tal%202017_net)
5. Damm P, Ovesen P, Andersen LL, Møller M, Roelsgaard Fischer L, Mathiesen E, m.fl. Kliniske retningslinier for gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening, diagnostik, behandling og kontrol samt follow-up efter fødslen. 2010.
6. 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;14(1).
7. Jones EJ, Fraley HE, Mazzawi J. Appreciating Recent Motherhood and Culture: A Systematic Review of Multimodal Postpartum Lifestyle Interventions to Reduce Diabetes Risk in Women with Prior Gestational Diabetes. *Matern Child Health J*. 2017;21(1):45–57.
8. Rautio N, Jokelainen J, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Saaristo T, Peltonen M, m.fl. Lifestyle Intervention in Prevention of Type 2 Diabetes in Women With a History of Gestational Diabetes Mellitus: One-Year Results of the FIN-D2D Project. *J Women's Heal* [Internet]. 2014;23(6):506–12. Tilgængelig hos: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2013.4520>
9. Nielsen KK, Kapur A, Damm P, de Courten M, Bygbjerg IC. From screening to postpartum follow-up - the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review. Bd. 14, *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014.
10. Infanti JJ, O'Dea A, Gibson I, McGuire BE, Newell J, Glynn LG, m.fl. Reasons for participation and non-participation in a diabetes prevention trial among women with prior gestational diabetes mellitus (GDM). *BMC Med Res Methodol*. 2014;14(1).
11. Benhalima K, Verstraete S, Muylle F, Decochez K, Devlieger R, Crombrugge P Van, m.fl. Implementing a Reminder System in the Northern Part of Belgium to Stimulate Postpartum Screening for Glucose Intolerance in Women with Gestational Diabetes: The "Sweet Pregnancy" Project. *Int J Endocrinol*. 2017;2017.
12. Nielsen JH, Olesen CR, Kristiansen TM, Bak CK, Overgaard C. Reasons for women's non-participation in follow-up screening after gestational diabetes. *Women and Birth* [Internet].

2015;28(4):e157–63. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.006>

13. Bernstein JA, Quinn E, Ameli O, Craig M, Heeren T, Lee-Parritz A, m.fl. Follow-up after gestational diabetes: A fixable gap in women's preventive healthcare. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2017;5(1).
14. Sundhedsstyrelsen. Introduktion til sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. 2012.
15. Christiansen M, Kjeldsen HC, Bergholt T, Møller RN, Hansen BL. Gestationel diabetes (GDM) - Lægehåndbogen på sundhed.dk.pdf. 2016.
16. Preis SR, Hwang S-J, Coady S, Pencina MJ, D'Agostino RB, Savage PJ, m.fl. Trends in All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality Among Women and Men With and Without Diabetes Mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. *Circulation* [Internet]. 2009;119(13):1728–35. Tilgængelig hos: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.829176>
17. Vääräsmäki M, Pouta A, Elliot P, Tapanainen P, Sovio U, Ruokonen A, m.fl. Adolescent Manifestations of Metabolic Syndrome Among Children Born to Women With Gestational Diabetes in a General-Population Birth Cohort. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2009;169(10):1209–15. Tilgængelig hos: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwp020>
18. Dabelea D, Mayer-Davis EJ, Lamichhane AP, D'Agostino Jr. RB, Liese AD, Vehik KS, m.fl. Association of Intrauterine Exposure to Maternal Diabetes and Obesity With Type 2 Diabetes in Youth. *Diabetes Care* [Internet]. 2008;31(7):1422–6. Tilgængelig hos: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/7/1422.abstract%5Cnhttp://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/31/7/1422>
19. Rosendahl HA, Lau J, Thygesen C, Davidsen M. Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030 KOL og type 2-diabetes [Internet]. København; 2017. Tilgængelig hos: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2017/Juni/~~/media/Fremskrivningsrapport.ashx>
20. Sortsø C, Green A, Jensen PB, Emneus M. Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. *Diabet Med*. 2016;33(7):877–85.
21. Pedersen KM. Smagsprøver. I: *Sundhedsøkonomi*. 1. Udgave. København: Munksgaard; 2013. s. 477.
22. Danmarks Statistik. Kønsforskelle i statistisk lys [Internet]. Danmarks statistik. 2003 [henvist 3. juni 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2003/2003-03-06-Koensforskelle>
23. Sallis J, Owen N, Fisher E. *Ecological Models of Health Behavior*. I: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, redaktører. *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. 4. th. edi. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. s. 465–85.
24. Danske Love. Sundhedsloven § 119 [Internet]. 2018 [henvist 21. februar 2018]. Tilgængelig hos: <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>
25. Holstebro Kommune. Diabetes - sundhedstilbud [Internet]. 2018 [henvist 4. april 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.holstebro.dk/borger/sundhed-og->

forebyggelse/sundhedstilbud/diabetes

26. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Begreber. I: Sygdomsforebyggelse. 1. udgave. København: Munksgaard; 2014. s. 271.
27. Vallgård S. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. I: Glasdam S, redaktør. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv. 1. udgave. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. s. 421.
28. Brazeau AS, Leong A, Meltzer SJ, Cruz R, DaCosta D, Hendrickson-Nelson M, m.fl. Group-based activities with on-site childcare and online support improve glucose tolerance in women within 5 years of gestational diabetes pregnancy. *Cardiovasc Diabetol*. 2014;13(1).
29. Ferrara A, Hedderson MM, Albright C herylL., Ehrlich SF, Quesenberry CPJ, Peng T, m.fl. A Pregnancy and Postpartum Lifestyle Intervention in Women With Gestational. *Diabetes Care*. 2011;34(March):1519–25.
30. Kaiser B, Jeannot E, Razurel C. Determinants of Health Behaviors After Gestational Diabetes Mellitus: A Prospective Cohort Study in Geneva. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2016;61(5):571–7. Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12486>
31. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker [Internet]. 2018. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>
32. Moore AP, D'Amico MI, Cooper NAM, Thangaratnam S. Designing a lifestyle intervention to reduce risk of type 2 diabetes in postpartum mothers following gestational diabetes: An online survey with mothers and health professionals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018;220:106–12. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.11.012>
33. Dasgupta K, Da Costa D, Pillay S, De Civita M, Gougeon R, Leong A, m.fl. Strategies to Optimize Participation in Diabetes Prevention Programs following Gestational Diabetes: A Focus Group Study. *PLoS One*. 2013;8(7).
34. O'Dea A, Tierney M, McGuire BE, Newell J, Glynn LG, Gibson I, m.fl. Can the onset of type 2 diabetes be delayed by a group-based lifestyle intervention in women with prediabetes following gestational diabetes mellitus (GDM)? Findings from a randomized control mixed methods trial. *J Diabetes Res*. 2015;2015.
35. Møller M. Gestationel Diabetes Mellitus - Screening [Internet]. 2014. s. 1–3. Tilgængelig hos: [http://clin.au.dk/fileadmin/www.ki.au.dk/forskning/forskningsenheder/gyn\\_\\_kologisk-obstetrisk\\_afd\\_\\_y/logistics/sandbjerg\\_m\\_\\_der/Sandbjerg\\_2014/GDM-Sandbjerg-2014-final.pdf](http://clin.au.dk/fileadmin/www.ki.au.dk/forskning/forskningsenheder/gyn__kologisk-obstetrisk_afd__y/logistics/sandbjerg_m__der/Sandbjerg_2014/GDM-Sandbjerg-2014-final.pdf)
36. Bang MB da C, Petersen SVE, Lykke JA. Gestationel diabetes - screening og behandling. 2014.
37. Dansk Selskab for Almen Medicin. Vejledning Type 2 Diabetes [Internet]. [henvist 13. marts 2018]. s. 5. Tilgængelig hos: <http://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=532&gotoChapter=533&gotoElement=764>
38. Van Ryswyk E, Middleton P, Hague W, Crowther C. Clinician views and knowledge regarding healthcare provision in the postpartum period for women with recent gestational diabetes: A systematic review of qualitative/survey studies. *Diabetes Res Clin Pract*

[Internet]. 2014;106(3):401–11. Tilgængelig hos:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2014.09.001>

39. Parsons J, Sparrow K, Ismail K, Hunt K, Rogers H, Forbes A. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: A focus group and interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–12.
40. Evans MK, Patrick LJ, Wellington CM. Health behaviours of postpartum women with a history of gestational diabetes. *Can J Diabetes [Internet]*. 2010;34(3):227–32. Tilgængelig hos: [http://dx.doi.org/10.1016/S1499-2671\(10\)43011-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1499-2671(10)43011-7)
41. Danske Love. Sundhedsloven § 61. 2018. s. 61.
42. Danske Love. Sundhedsloven § 83. 2018. s. 83.
43. Danske Love. Sundhedsloven §§ 121-122. 2018.
44. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. 2013.
45. Poulsen A, Brot C, Dansgaard B. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge 2011 [Internet]. Sundhedsstyrelsen.dk. København S; 2011. Tilgængelig hos: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2011/cff/sundhedsydelse/sundhedsydelse.pdf>
46. Beck-Jørgensen B. Hverdagsliv og selvfølgelighed. I: Når hver dag bliver til hverdag. Akademisk Forlag; 1994. s. 141–58.
47. Winnicott DW. Primary Maternal Preoccupation. Winnicott DW, redaktør. *Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock Publications; 1958.
48. Lie MLS, Hayes L, Lewis-Barned NJ, May C, White M, Bell R. Preventing type 2 diabetes after gestational diabetes: Women's experiences and implications for diabetes prevention interventions. *Diabet Med*. 2013;30(8):986–93.
49. Lim S, Dunbar JA, Versace VL, Janus E, Wildey C, Skinner T, m.fl. Comparing a telephone- and a group-delivered diabetes prevention program: Characteristics of engaged and non-engaged postpartum mothers with a history of gestational diabetes. *Diabetes Res Clin Pract [Internet]*. 2017;126:254–62. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.02.026>
50. Bernstein JA, McCloskey L, Gebel CM, Iverson RE, Lee-Parritz A. Lost opportunities to prevent early onset type 2 diabetes mellitus after a pregnancy complicated by gestational diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care [Internet]*. 2016;4(1):e000250. Tilgængelig hos: <http://drc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjdr-2016-000250>
51. Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Karnac Books; 1985. 320 s.
52. Nilsson I, Busck-Rasmussen M. *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. 4. Udgave. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. 285 s.
53. Sundhedsstyrelsen. *Ernæring til spædbørn og småbørn*. 3. Komiteen for Sundhedsoplysning, redaktør. København S: Sundhedsstyrelsen; 2017. 150 s.



54. Gunderson EP, Hurston S, Ning X, Lo JC, Crites Y, Walton D, m.fl. Lactation and Progression to Type 2 Diabetes Mellitus After Gestational Diabetes Mellitus: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2015;163(12):889.
55. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Forebyggelsesetik. I: *Sygdomsforebyggelse*. 1. udgave. 2014. s. 270.
56. Elstad JI. The behavioural/Lifestyles explanation. I: *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo; 2000. s. 242.
57. Breck T. Risikokommunikation - fra "public deficiency" til gensidig dialog. *Miljø og Sundh.* 1999;(12):8–12.
58. Kleinman A. *Orientations 2: Culture, Health Care Systems, and Clinical Reality*. I: *Patients and Healers in the Context of Culture - An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press; 1980. s. 427.
59. Ringold DJ. Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *J Consum Policy* [Internet]. 2002;25(1):27–63. Tilgængelig hos: <http://link.springer.com/10.1023/A:1014588126336>
60. Lupton D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *Int J Heal Serv.* 1993;23(3):37.
61. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol* [Internet]. 1992;18:209–32. Tilgængelig hos: [http://66.199.228.237/boundary/addiction/medicalization\\_and\\_social\\_control.pdf](http://66.199.228.237/boundary/addiction/medicalization_and_social_control.pdf)
62. Merton RK. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *Am Sociol Rev.* 2017;1(6):894–904.
63. Launsø L, Olsen L, Rieper O. *Forskningstyper*. I: *Forskning om og med mennesker Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 7. Udgave. København K: Munksgaard Danmark; 2017. s. 16–44.
64. Launsø L, Rieper O, Olsen L. *Det paradigmatisk bagland*. I: *Forskning om og med mennesker Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 7. Udgave. København K: Munksgaard; 2017. s. 49–61.
65. Dahlager L, Fredslund H. *Hermeneutisk analyse*. I: Vallgård S, Koch L, redaktører. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. København: Munksgaard; 2016. s. 352.
66. Juul S. *Hermeneutik*. I: Juul S, Pedersen KB, redaktører. *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - en indføring*. 1. Latvia.: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 107–46.
67. Høyer K. *Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode?* I: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udg. København: Munksgaard Danmark; 2011. s. 352.
68. Reid R, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. *Heal Serv Res Found.* 2002;(February 2016):258.
69. Jacobsen DI, Thorsvik J. *Kommunikation i organisationer*. I: *Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse*. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel Forlag; 2014.

s. 488.

70. Seemann J. Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen. I: Timm H, redaktør. Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. 1. udg. København: Books on Demand; 2010. s. 255.
71. Timm H. Patientens fortælling som sammenhængskraft. I: Timm H, redaktør. Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. 1. udg. København: Books on Demand; 2010. s. 255.
72. Booth A, Papaioannou D, Sutton A. Defining the scope. I: Systematic Approaches to a Successful Literature Review. London: SAGE publications; 2012. s. 273.
73. Booth A, Papaioannou D, Sutton A. Assessing the evidence base. I: Systematic approaches to a successful literature review. SAGE publications; 2012. s. 273.
74. Booth A, Papaioannou D, Sutton A. Writing up and presenting data. I: Systematic Approaches to a Successful Literature Review. SAGE publications; 2012. s. 273.
75. Lund H, Juhl C, Andreasen J, Møller A. Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis. 1. København: Munksgaard; 2014. 253 s.
76. Stenbæk, Drea Eskildsen Jensen MF. Litteratursøgning. I: Kristensen FB, Sigmund H, redaktører. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København: Enhed for Medicinsk Teknologivurdering Sundhedsstyrelsen; 2007. s. 193.
77. Frandsen TF, Dyrvig AK, Christensen JB, FASTERHOLDT I, OELHOLM AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskrift for læger 176/7. 2014;647–51.
78. Methley AM, Campbell S, Chew-graham C, Mcnally R, Cheraghi-sohi S. PICO , PICOS and SPIDER : a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. 2014;
79. Buus N, Tingleff EB, Rossen CB, Kristiansen HM. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken. 2008;(10).
80. Andersen SE, Kristensen FB, Knold L. Kvalitetssikring og formidling. I: Kristensen FB, Sigmund H, redaktører. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enheden for Medicinsk Teknologivurdering; 2007. s. 193.
81. Rienecker N, Jørgensen PS. Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 2012.
82. Hamel MS, Werner EF. Interventions to Improve Rate of Diabetes Testing Postpartum in Women With Gestational Diabetes Mellitus. Curr Diab Rep. 2017;17(2).
83. Mendez-Figueroa H, Daley J, Breault P, Lopes V V., Paine V, Goldman D, m.fl. Impact of an intensive follow-up program on the postpartum glucose tolerance testing rate. Arch Gynecol Obstet. 2014;289(6):1177–83.
84. Dietz PM, Vesco KK, Callaghan WM, Bachman DJ, Bruce FC, Berg CJ, m.fl. Postpartum screening for diabetes after a gestational diabetes mellitus-affected pregnancy. Obstet Gynecol. 2008;112(4):868–74.

85. Martinez NG, Niznik CM, Yee LM. Optimizing postpartum care for the patient with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(3):314–21. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.033>
86. Vesco KK, Dietz PM, Bulkley J, Bruce FC, Callaghan WM, England L, m.fl. A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;207(4):283.e1-283.e6. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.017>
87. Jørgensen H, Hansen HP. Vurdering af litteratur. I: Kristensen FB, Sigmund H, redaktører. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. 1. udg. København: Enhed for Medicinsk Teknologivurdering Sundhedsstyrelsen; 2007. s. 59–70.
88. Juul S. Information og Informationsproblemer. I: *Epidemiologi og evidens*. 2. udgave. Munksgaard Danmark; 2013. s. 293.
89. Juul S. Selektion og selktionsproblemer. I: *Epidemiologi og evidens*. 2. udgave. Munksgaard; 2013. s. 293.
90. Juul S. Effektmodifikation og confounding. I: *Epidemiologi og evidens*. 2. udgave. Munksgaard; 2013. s. 293.
91. The Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tool [Internet]. 2018 [henvist 23. maj 2018]. Tilgængelig hos: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
92. Thagaard T. Det videnskabsteoretiske grundlag for kvalitative metoder. I: *Systematik og indlevelse En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag; 2004.
93. Justesen L, Mik-Meyer N. Quality Criteria. I: *Qualitative Research Methods in Organisation Studies*. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 153.
94. Thagaard T. Problemstilling og forskningsoplæg. I: *Systematik og indlevelse - en indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag; 2004. s. 47–64.
95. Christensen U, Nielsen A, Lone S. Det kvalitative forskningsinterview. I: Vallgård S, Koch L, redaktører. *Folkesundhedsvidenskab, Forskningsmetoder i*. 4. udgave,. Munksgaard; 2016. s. 61–89.
96. Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet - samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann S, Tanggaard L, redaktører. *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
97. Halkier B. Fokusgrupper. I: Brinkmann S, Tanggaard L, redaktører. *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
98. Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udg. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. 440 sider.
99. Gallagher TJ, Gregory SW, Bianchi AJ, Hartung PJ, Harkness S. Examining medical interview asymmetry using the expectation states approach. *Soc Psychol Q*. 2005;68(3):187–203.
100. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann S, Tanggaard L, redaktører.

Kvalitative metoder en grundbog. 2. Latvia.: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 463–79.

101. Forsknings og Innovationsstyrelsen. Vejledninger i God Videnskabelig Praksis med særlig fokus på sundhedsvidenskab, naturvidenskab og teknisk videnskab. Udv Vedrørende Vidensk Uredel [Internet]. 2009;(november 2014):31–43. Tilgængelig hos: [http://fivu.dk/publikationer/2009/vejledninger-i-god-videnskabelig-praksis-med-saerlig-fokus-paa-sundhedsvidenskab-naturvidenskab-og-teknisk-videnskab?set\\_language=da&cl=da](http://fivu.dk/publikationer/2009/vejledninger-i-god-videnskabelig-praksis-med-saerlig-fokus-paa-sundhedsvidenskab-naturvidenskab-og-teknisk-videnskab?set_language=da&cl=da)
102. Datatilsynet. Datatilsynet [Internet]. 16-05-2017. 2008 [henvist 8. april 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/lovgivning/persondataloven/>
103. World medical association. World Medical Association Deklaration of Helsinki [Internet]. 19-10-2013. 2013 [henvist 23. maj 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
104. Datatilsynet, Digitaliseringsstyrelsen, Justistministeriet, Erhvervsstyrelsen. Databeskyttelsesforordningen. 2017.
105. Juul S. Design. I: Epidemiologi og evidens. 2. udgave. København: Munksgaard; 2013. s. 293.
106. Juul S. Evidensbaseret medicin. I: Epidemiologi og evidens. 2. udgave. København: Munksgaard; 2013. s. 293.
107. Juul S. Vurdering af behandlingseffekt. I: Epidemiologi og evidens. 2. udgave. København: Munksgaard; 2013. s. 293.
108. Pedersen KM. Trepartsmodellen. I: Sundhedsøkonomi. 1. udgave. København: Munksgaard; 2013. s. 482.
109. Jacobsen DI, Thorsvik J. Forandring af organisationer. I: Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2014. s. 488.
110. Wenger E. Communities of Practice and Social Learning Systems. Organization. 2000;7(2):225–46.
111. Launsø L, Rieper O, Olesen L. Tværfalighed og videnskabelige paradigmer. I: Forskning om og med mennesker - forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 7. Udgave. København K; 2017. s. 209–22.
112. Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde - perspektiv og strategi. 2. udgave. Aarhus: Forlaget Klim; 2006.
113. Sundhed.dk. Kommunikation mellem sygehuse og kommuner [Internet]. 2017 [henvist 4. juni 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/%0A>
114. Sundhed.dk. Kommunikation mellem sygehuse og lægepraksis [Internet]. 2017 [henvist 4. juni 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/it/elektronisk-kommunikation->

tvaersektoriel/kommuner/kommunikation-sygehuse-kommuner/

115. Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, KL. Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle STRATEGI FOR DIGITAL SUNDHED 2018 – 2022 [Internet]. [henvist 4. juni 2018]. Tilgængelig hos: [https://www.regioner.dk/media/7369/strategi-for-digital-sundhed\\_pages.pdf](https://www.regioner.dk/media/7369/strategi-for-digital-sundhed_pages.pdf)
116. Justitsministeriet. Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven). 2017;(679):1–207. Tilgængelig hos: [http://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/l68/20171\\_l68\\_som\\_fremsat.pdf](http://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/l68/20171_l68_som_fremsat.pdf)
117. Sundhedsstyrelsen. Sygeplejersker får ny specialuddannelse i borgernær sygepleje [Internet]. [www.sst.dk](http://www.sst.dk). 2018 [henvist 30. maj 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/sygeplejersker-faar-ny-specialuddannelse-i-borgernaer-sygepleje>
118. Sundhedsstyrelsen. Rette kompetencer til rette opgaver. 1. København; 2018.
119. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler [Internet]. [henvist 5. juni 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler>
120. Togeby M. Effektevaluering. I: Håndbog i evaluering Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser. AKF Forlaget; 2004. s. 348.
121. Ravn B, Rhode P, Bek T. Implementering, spredning og fastholdelse. I: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, redaktører. Kvalitetsudvikling i praksis. 1. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2011. s. 431.
122. Krog BR, Krøll V, Mainz J. Begreber og terminologi. I: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, redaktører. Kvalitetsudvikling i praksis. 1. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2011. s. 431.
123. Bredgaard T, Drejer I, Nielsen K. Målopfyldelsesevaluering og effektevaluering. I: Bredgaard T, redaktør. Evaluering af offentlig politik og administration. 1. Udgave. Hans Reitzels Forlag; 2016. s. 376.
124. Bjørnholt B, Vedung E. Brugerevaluering. I: Bredgaard T, redaktør. Evaluering af offentlig politik og administration. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2016. s. 376.
125. Holtug N, Kongsholm N, Lægaard S, Nielsen MEJ. Etik i forebyggelse og sundhedsfremme. København; 2009.
126. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res [Internet]. 2016;26(13):1753–60. Tilgængelig hos: <http://qhr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1049732315617444>
127. Aalborg Universitets Bibliotek. CINAHL WITH FULL TEXT [Internet]. [henvist 5. juni 2018]. Tilgængelig hos: <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1689200>
128. Kapustin JF. Postpartum management for gestational diabetes mellitus: policy and practice implications. J Am Acad Nurse Pract. november 2008;20(11):547–54.

129. Frazzitta MA, Anderson M, Egan E. Babies Need Healthy Moms: An Innovative Postpartum Screening and Education Class for Women Who Had Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Educ.* 2013;39(2):163–70.
130. Almdal T. Nedsat glucosetolerance [Internet]. Patienthåndbogen. 2017 [henvist 24. maj 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diverse/nedsat-glukosetolerance/>
131. Tecza D. Prædiabetes [Internet]. Steno Diabetes Center Copenhagen. 2017 [henvist 28. maj 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sdcc.dk/livet-med-diabetes/om-diabetes/Sider/Prædiabetes.aspx>
132. Almdal T. Insulinresistens [Internet]. Patienthåndbogen. 2016 [henvist 28. maj 2018]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-type-2-hvad-er-det/insulinresistens/>

## 11. Bilag

### 11.1 Bilag 1 Struktureret afsøgning af 98 danske kommuners hjemmesider

Af dette bilag fremgår specialets søgestrategi for afsøgningen af de 98 danske kommuners hjemmesider. Herunder findes figur 1 og 2, som er eksempler på hvordan man finder frem til kommunernes mulige tilbud. Af tabel X, fremgår hele dokumentationen for afsøgningen af de 98 danske kommuners hjemmesider.

#### Søgestrategi:

Der er overordnet søgt på følgende ord på den enkelte kommunes hjemmeside for at afsøge hvilke tilbud kommunerne udbyder til gruppen af kvinder tidligere diagnosticerede med GDM:

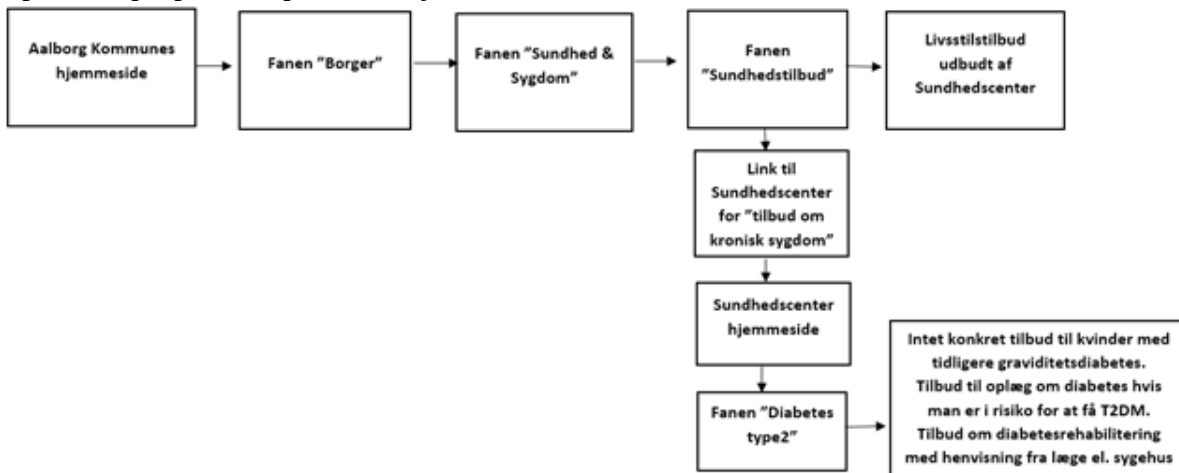
- Graviditetsdiabetes
- Gestational Diabetes
- Prædiabetes
- GDM
- Diabetes

I tillæg er der søgt via kommunens hjemmeside for at "følge det spor" som kvinderne skal anvende for at afdække hvilket tilbud som kunne findes til dem.

Figur 1: Afsøgning af Holstebro kommunes hjemmeside



Figur 2: Afsøgning af Aalborg kommunes hjemmeside



Region	Kommune Dato Link	Sundhedscenterets tilbud til diabetikere	Særligt til GDM
Region Midtjylland	<a href="http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/delaftale/forlobsprogram-type2diabetes/forlobsprogram-type-2-diabetes.pdf">http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/delaftale/forlobsprogram-type2diabetes/forlobsprogram-type-2-diabetes.pdf</a>	Overordnet ligger der et forløbsprogram som er gældende for hele Region midtjylland (samarbejde mellem region og de 19 midtjyske kommuner) - heri indgår kvinder med tidligere GDM som en del af målgruppen for tidlig opsporing (s. 16) - lægger vægt på at det er et samarbejde mellem praktiserende læge og patient - og at kommunerne skal udbyde opfølgende samtale og rehabilitering (s.33)	GDM nævnt som målgruppe for tidlig opsporing. Der findes ikke tilbud rettet direkte mod denne gruppe på hjemmesiden
	Viborg 05.03.18 <a href="https://sundhedscenter.viborg.dk/Sundhed-i-centeret/Rehabiliteringsteamet/Diabetes">https://sundhedscenter.viborg.dk/Sundhed-i-centeret/Rehabiliteringsteamet/Diabetes</a>	<b>T2DM og prædiabetes</b> kursus. Der er fokus på fysisk aktivitet, mad og sygdomsforståelse herunder medicin, og hvordan disse faktorer har indflydelse på den enkeltes diabetes. Derudover tilbydes undervisning i bl.a. forandring af vaner samt søvn og afspænding. Forløb over 8 uger med 2 ugentlige møde gange (træning) samt 1 gang om måneden udbydes undervisning. Der tilbydes årlig opfølgning på lokal sundhedssatellit. Kræver henvisning	Intet
	Struer 05.03.18 <a href="http://www.struer.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud">http://www.struer.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud</a>	Tilbud til nyopdaget T2DM - samt patientuddannelse på tværs af diagnoser - 2 eftermiddage á 3 timer i foråret og igen i efteråret ved diabetes sygeplejerske fra Regionshospitalet Holstebro/Herning. Her vil forskellige relevante emner blive taget op og drøftet. Det fremgår ikke om der behøves henvisning	Intet
	Skive 05.03.18 <a href="http://www.sundhedscenter-skive.dk/et-liv-med-sygdom/">http://www.sundhedscenter-skive.dk/et-liv-med-sygdom/</a>	Diabetes rehabilitering er en forebyggende og sundhedsfremmende indsats for borgere med <b>T2DM og prædiabetes</b> og som er motiveret for livsstilsændringer Tilbuddet kræver henvisning	Intet
	Århus 05.03.18 <a href="http://www.aarhus.dk/doma/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/raadgivning-og-undervisning/sundhedsklinikker.aspx">http://www.aarhus.dk/doma/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/raadgivning-og-undervisning/sundhedsklinikker.aspx</a>	Har 31 sundhedsklinikker Ingen særligt rettede tilbud mod T2DM eller prædiabetes - Mange sundhedstilbud rettet mod motion og kost - rettet mod overvægt - tilbyder individuel vejledning - henvisning ikke nødvendig	Intet



	Syddjurs 05.03.18 <a href="https://www.syddjurs.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud">https://www.syddjurs.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud</a>	Har tilbud som retter sig mod T2DM med særligt tilbud til nydiagnosticerede T2DM med individuel vejledning. Tager blandt andet afsæt i kost, motion og håndtering af dagligdagen. - Kræver henvisning fra egen læge	Intet
	Skanderborg 05.03.18 <a href="https://www.skanderborg.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/det-kommunale-sundhedscenter.aspx#holdforl%C3%B8b">https://www.skanderborg.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/det-kommunale-sundhedscenter.aspx#holdforl%C3%B8b</a>	Kursusforløb med Individuelle sundhedssamtaler til borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom. "Ny kurs - mod en sundere livsstil" til borgere med <b>prædiabetes</b> - individuelle samtaler og holdtræning. Fokus på kost, motion og hverdagshåndtering. Kræver henvisning.	Intet
	Silkeborg 05.03.18 <a href="https://sundhedshuset.silkeborgkommune.dk/Vores-tilbud/Diabetes-type-2">https://sundhedshuset.silkeborgkommune.dk/Vores-tilbud/Diabetes-type-2</a>	Sundhedshuset i silkeborg: Trænings og inspirationsforløb over 12 uger som tilbydes borgere med T2DM - kræver henvisning <a href="https://sundhedshuset.silkeborgkommune.dk/~media/Subsites/Special-og-projektsites/Sundhedshuset/Godt-paa-vej/7797_Godt-p-vej_printvenlig-pdf.pdf?la=da">https://sundhedshuset.silkeborgkommune.dk/~media/Subsites/Special-og-projektsites/Sundhedshuset/Godt-paa-vej/7797_Godt-p-vej_printvenlig-pdf.pdf?la=da</a>	Intet
	Samsø 05.03.18 <a href="https://www.samsøe.dk/borger/sundhed-og-sygdom/kronisk-sygdom/diabetes-2">https://www.samsøe.dk/borger/sundhed-og-sygdom/kronisk-sygdom/diabetes-2</a>	Kursusforløb under almen rehabilitering. Indledende sundhedssamtale - afsæt i KRAM og hverdagshåndtering. Kræver henvisning	Intet
	Ringkøbing-Skjern 05.03.18 <a href="https://sundhedscenter-vest.rksk.dk/rehabilitering/diabetes-type-2">https://sundhedscenter-vest.rksk.dk/rehabilitering/diabetes-type-2</a>	Tilbuddet skal give borgeren viden, inspiration og redskaber til at mestre livet med diabetes type 2. Sundhedssamtale, varighed ca. 1 time som skal afklare hvilket behov borgeren har og hvilket tilbud passer til den enkelte - Muligheder efter samtalen: Diabetessskole, Lær at leve med kronisk sygdom, Rygestopkursus, Orientering om andre tilbud i kommunen, motivationsgrupper, Kontakt til din patientforening, Kontakt til lokale foreninger. Kræver ikke henvisning.	Intet
	Randers 05.03.18 <a href="https://genoptraening.randers.dk/rehabilitering/">https://genoptraening.randers.dk/rehabilitering/</a>	"Lev bedre med med type 2 diabetes" et tilbud til borgere med T2DM eller er i risiko for at udvikle det. Formålet med forløbet er, at øge deltagerens viden om type 2 diabetes og mestring af sygdommen, at fremme deltagerens fysiske og mentale	Intet

		sundhed. Afvikles over 12 uger med 1 ugentligt fremmøde. Kræver henvisning	
	Odder 05.03.18 <a href="https://odder.dk/media/2966/traeningstilbud_kronisk_sygdom_kraeft.pdf">https://odder.dk/media/2966/traeningstilbud_kronisk_sygdom_kraeft.pdf</a>	Træningstilbud til borgere med kronisk sygdom eller kræft. Henvender sig til borgere med T2DM. Mødes 8 uger 2 dage om ugen til fysisk træning. Kræver henvisning.	Intet
	Norrdjurs 05.03.18 <a href="https://sundhedsskolen.norrdjurs.dk/sundhedstilbud/diabetes-2-(sukkersyge)">https://sundhedsskolen.norrdjurs.dk/sundhedstilbud/diabetes-2-(sukkersyge)</a>	Sundhedsskolen tilbyder et forløb som har fokus på at udvikle redskaber til at håndtere diabetes og få en bedre livskvalitet med gode sundhedsvaner Fokus på mestrings, trivsel, sund mad og motion. Afvikles over 8 uger med 2 ugentlige mødegange. 3 opfølgende møder. Kræver henvisning	Intet
	Lemvig 05.03.18 <a href="https://lemvig.dk/Voksen/Sundhed/Sundheds--og-forebyggelsestilbud/Diabetes-type-2.aspx">https://lemvig.dk/Voksen/Sundhed/Sundheds--og-forebyggelsestilbud/Diabetes-type-2.aspx</a>	Kursus med fokus på Mad, Motion, Medicin og Mestrings af hverdagslivet, borgerens liv, ressourcer og muligheder sættes i fokus. Der afholdes 8 foredrag/ workshops om året Hele familien må deltage Kræver henvisning  Brochure med emnerne for de forskellige foredrag/ workshops: <a href="http://www.lemvig.dk/Files/Files/Social_Sundhed/Sundhed%20og%20omsorg/Sundhedsfremme%20og%20forebyggelse/A5_flyer_diabetes%2007.07.16.pdf">http://www.lemvig.dk/Files/Files/Social_Sundhed/Sundhed%20og%20omsorg/Sundhedsfremme%20og%20forebyggelse/A5_flyer_diabetes%2007.07.16.pdf</a>	Intet
	Ikast-Brande 05.03.18 <a href="http://www.ikast-brande.dk/borger/sundhed-og-sygdom/kurser/diabetes">http://www.ikast-brande.dk/borger/sundhed-og-sygdom/kurser/diabetes</a>	Kursusforløb for T2DM og prædiabetes. Træning, undervisning og socialt samvær. Start med individuel samtale. Afvikles over 8 uger med 2 ugentlige mødegange. Træning 1 gang om ugen i lokalt træningscenter og dialogbaseret undervisning 1 gang ugentligt af 2½ times varighed. Opfølgning efter 3 og 12 måneder. Det fremgår ikke om der kræves henvisning.	Intet
	Horsens 05.03.18 <a href="https://horsens.dk/Sundhed/Sundhedsfremme/KroniskSygdom">https://horsens.dk/Sundhed/Sundhedsfremme/KroniskSygdom</a>	Livsstilsforløb for borgere som er i risiko for at udvikle T2DM Individuel samtale før og efter forløbet. Forløb over 10 uger med træning 2 gange ugentligt samt fri træning i træningscenteret. Herudover dialogbaseret undervisning 1 gang	Intet

		<p>ugentligt. Pårørende er velkomne til dele af forløbet. Kræver henvisning</p>	
	<p>Holstebro 05.03.18 <a href="https://www.holstebro.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/diabetes">https://www.holstebro.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/diabetes</a></p>	<p>Kursus for borgere med prædiabetes. Kursus med 4 mødegange á 2 timers varighed Udgangspunkt i kost og bevægelse, samt sygdoms-relevante fakta.</p>	<p>Tilbud til kvinder med tidligere GDM: Sundhedsrådgivning til dig der tidligere har haft graviditetsdiabetes. Samtalen handler om, hvordan du kan forebygge udvikling af type 2-diabetes. Du er velkommen, selvom det er mange år siden, du har haft graviditetsdiabetes.</p>
	<p>Herning 05.03.18 <a href="http://sundhed.herning.dk/lev-aktivt-med-sygdom/diabetes">http://sundhed.herning.dk/lev-aktivt-med-sygdom/diabetes</a></p>	<p>Henvender sig til borgere med erkendt T2DM. Får en afklarende individuel samtale i opstart og afslutning af forløbet. Forløb over 10 uger med 2 ugentlige mødegange á 2 timers varighed. Fokus på kost og motion og fællesskab. Opfølgende skema efter 3 og 12 måneder. Kræver henvisning</p>	<p>Intet</p>
	<p>Hedensted 05.03.18 <a href="https://www.hedensted.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedsfremme/sundhedstilbud/kurser-i-koel.-type-ii-diabetes.-kraeft.-kronisk-sygdomsmerter">https://www.hedensted.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedsfremme/sundhedstilbud/kurser-i-koel.-type-ii-diabetes.-kraeft.-kronisk-sygdomsmerter</a></p>	<p>Til borgere med T2DM: Tilbud om kursusforløb over 8 uger med 2 ugentlige mødegange á 2 timer. individuel afklarende samtale. Forløbet består af teoretisk og praktisk undervisning samt fysisk træning. Efter forløbets afslutning bliver man indkaldt til en gruppeopfølgning efter hhv. 3 og 12 måneder. Kræver henvisning Link til relevant pjece: <a href="https://www.hedensted.dk/media/4717496/diabetes_2.pdf">https://www.hedensted.dk/media/4717496/diabetes_2.pdf</a></p>	<p>Intet</p>
	<p>Favrskov 05.03.18 <a href="https://www.favrskov.dk/borger/omsorg-og-sundhed/sundhedskurser">https://www.favrskov.dk/borger/omsorg-og-sundhed/sundhedskurser</a></p>	<p>Sundhedskursus for borgere med <b>T2DM eller prædiabetes</b> samt andre borgere med kroniske lidelser. Består af valgfrie moduler omhandlende træning og fysisk aktivitet - kost og madlavning - lev</p>	<p>Intet</p>

	<a href="https://www.hedensted.dk/media/4717496/diabetes_2.pdf">https://www.hedensted.dk/media/4717496/diabetes_2.pdf</a>	godt med din sygdom - Balance i hverdagen. Samt individuelle samtaler. Et fleksibelt tilbud som har fokus også på en hverdag som yngre menneske. Kan både henvises og selv tage kontakt	
--	---	--	--

Region	Kommune Dato Link	Sundhedscenterets tilbud til diabetikere	GDM
Region Nordjylland	Brønderslev 05.03.18 <a href="http://www.bronderslev.dk/Borger/SundhedOgSygdom/Sundhedsfremme/SundhedsOgForebyggelsestilbud.aspx">http://www.bronderslev.dk/Borger/SundhedOgSygdom/Sundhedsfremme/SundhedsOgForebyggelsestilbud.aspx</a>	Har en række tilbud, med fokus på at forebygge sygdom. Tagere udgangspunkt i kost, rygning, motion og bevægelse. Herunder motion på recept, til alle borgere med en diagnose, hvor motion har vist sig at have positiv effekt (kræver henvisning). Har undervisnings- og træningsforløb til de der har udviklet T2DM.	Intet
	Frederikshavn 05.03.18 <a href="http://frederikshavn.dk/Sider/Sundhed-og-forebyggelse.aspx?tope mne=065a005a-6fe6-4901-8882-73966da275b4&amp;emne=d19699c3-5b86-474c-9926-5916db372d0d">http://frederikshavn.dk/Sider/Sundhed-og-forebyggelse.aspx?tope mne=065a005a-6fe6-4901-8882-73966da275b4&amp;emne=d19699c3-5b86-474c-9926-5916db372d0d</a>	Refererer specifikt til KRAM i henvisning til hvilke tilbud de har. Ved erkendt sygdom som T2DM kan borgerne henvises til et rehabiliteringsforløb (1 år).	Intet
	Hjørring 05.03.18 <a href="https://hjoerring.dk/borger/sundhed-og-sygdom/praksislaege/rehabiliteringstilbud/">https://hjoerring.dk/borger/sundhed-og-sygdom/praksislaege/rehabiliteringstilbud/</a>	Har rehabiliteringstilbud til borgere med erkendt T2DM. Der er tilbud om samtaleforløb og fokus på kost og motion.	Intet
	Jammerbugt 05.03.18 <a href="http://www.jammerbugt.dk">http://www.jammerbugt.dk</a>	Rehabiliteringstilbud til borgere med T2DM i en stabil fase. Kræver henvisning og er kun til borgere med manifest T2DM.	Intet
	Læsø 05.03.18 <a href="https://www.laesoe.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedsfremme-og-">https://www.laesoe.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedsfremme-og-</a>	Tilbud til borgere med diagnosticeret diabetes. Kræver henvisning.	Intet

	<a href="#">forebyggelsestilbud/rehabilitering</a>		
	Mariagerfjord 05.03.18 <a href="https://www.mariagerfjord.dk/Borger/Sundhed-Sygdom-og-Psykiatri">https://www.mariagerfjord.dk/Borger/Sundhed-Sygdom-og-Psykiatri</a>	12 ugers forløb til borgere med diagnosticeret T2DM. Kræver henvisning.	Intet
	Morsø 05.03.18 <a href="https://www.mors.dk/borger/sundhed-og-traening/sundhedstilbud-og-kurser-sundhedscenter-limfjorden">https://www.mors.dk/borger/sundhed-og-traening/sundhedstilbud-og-kurser-sundhedscenter-limfjorden</a>	5 ugers forløb til borgere med T2DM - både nydiagnosticeret og gennem længere tid. Satte i nov. 2017 fokus på borgernes risiko for diabetes og tilbød sundhedstjek den ene dag. Der bliver i opslaget nævnt risikofaktorer for T2DM - GDM er ikke nævnt	Intet
	Rebild 05.03.18 <a href="http://rebild.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedscenter">http://rebild.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedscenter</a>	Der tilbydes kostvejledning til borgere med diabetes og til overvægtige gravide. Der angives et tilbud til mødre om sund mad i en travl hverdag. Der tilbydes rehabilitering til borgere med T2DM. Der tilbydes sundhedssamtaler til alle borgere med tanker om sundhed og et ønske om livsstilsændringer. 10 ugers rehabiliteringsforløb til borgere med kronisk T2DM.	Intet
	Thisted 05.03.2018 <a href="http://www.thisted.dk/Borger/SygdomHandicap/Kronisk%20sygdom/Diabetes%20type%202.aspx">http://www.thisted.dk/Borger/SygdomHandicap/Kronisk%20sygdom/Diabetes%20type%202.aspx</a>	Rehabiliteringskursus for borgere med erkendt T2DM - kræver henvisning. 8 uger med 2 ugentlige mødegange. Der laves opfølgning efter 1,4 og 10 mdr.	Intet
	Vesthimmerland 05.03.18 <a href="https://sundhedscenter.vesthimmerland.dk/sundhedsfremme/sundhedsfremme-og-forebyggelse/">https://sundhedscenter.vesthimmerland.dk/sundhedsfremme/sundhedsfremme-og-forebyggelse/</a>	Små skridt er et tilbud til alle borgere, der ønsker at ændre livsstil og opbygge sunde vaner. Sundhedsværksted - kun for kvinder mellem 18-64 år. Tilbud til alle kommunens kvinder mhp ændring af vaner og livsstil. 10 ugers diabetes kursus til borgere med T2DM. Kræver henvisning.	Intet
	Aalborg 05.03.18 <a href="https://www.aalborg.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud">https://www.aalborg.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud</a>	11 ugers kursus til borgere med T2DM - kræver henvisning. Der tilbydes hold til alle borgere i Mou og Gandrup, hvis borgeren er i risiko for at udvikle T2DM/har prædiabetes - kræver henvisning. Forløb med diætist og fysioterapeut.	Gennem siden med risiko for T2DM, nævnes GDM som risiko for T2DM. Der linkes videre til diabetes.dk, hvor der er beskrevet, hvad man kan

			gøre for at forebygge T2DM.
--	--	--	-----------------------------

Region	Kommune Dato Link	Sundhedscentrets tilbud til diabetikere	GDM
Region Syddanmark	Assens 05.03.18 <a href="https://www.assens.dk/borger/sundhed-og-sygdom/kronisk-sygdom/patientskole-for-kronikere/">https://www.assens.dk/borger/sundhed-og-sygdom/kronisk-sygdom/patientskole-for-kronikere/</a>	Patientskole for borgere med T2DM. Fokus på kost og motion. For at deltage skal der være stillet en diagnose. Kræver ikke nødvendigvis henvisning	Intet
	Billund 05.03.18 <a href="https://billund.dk/borger/helbred/sundhedstilbud/diabetes/">https://billund.dk/borger/helbred/sundhedstilbud/diabetes/</a>  <a href="https://billund.dk/media/992738/diabetes_aug2017.pdf">https://billund.dk/media/992738/diabetes_aug2017.pdf</a> (pjece over træningstilbud mm)	Hvis man er i risiko for at udvikle T2DM henvises man til gode råd om KRAM faktorer Til borgere med T2DM findes et tilbud fra træningsenheden. 24 gange træning, 2 gange ugentligt samt 3 undervisningsgange. Kostvejledning ved diætist (med egenbetaling af råvarer)- mulighed for individuel rådgivning.	Her er GDM på listen over risikogruppe
	Esbjerg 06.03.18 <a href="http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/laer-at-leve-med-sygdom/diabetes/type-2-diabetes.aspx">http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/laer-at-leve-med-sygdom/diabetes/type-2-diabetes.aspx</a>	Her kan man hente meget relevant information omkring de forskellige typer diabetes samt hvordan man ifølge sundhedsstyrelsen kan hjælpe sig selv i form af KRAM Det fremgår dog ikke hvilke tilbud der udbydes men blot man skal henvende sig til et af 3 sundhedscentre	Her linkes til graviditetsdiabetes hvor der angives fakta omkring denne sygdom men oplyser ikke om den efterfølgende forhøjede risiko for T2DM <a href="http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/laer-at-leve-med-sygdom/diabetes/type-graviditetsdiabetes.aspx">http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/laer-at-leve-med-sygdom/diabetes/type-graviditetsdiabetes.aspx</a>
	Fanø 06.03.18 <a href="http://www.fanoedk/borger/sundhed-og-sygdom/kronisk-sygdom">http://www.fanoedk/borger/sundhed-og-sygdom/kronisk-sygdom</a>	Ved T2DM eller <b>risiko for udvikling af denne</b> - diagnosticeret ved egen læge - kan man deltage i et længerevarende forløb med fokus på KRAM faktorer. Der er også mulighed for at få en	Intet

		livsstilssamtale med en diætist. Kræver henvisning	
	Fredericia 06.03.18 <a href="http://www.fredericia.dk/borger/omsorg-sundhed/krop-sind/genoptraening/forebyggende-indsatser">http://www.fredericia.dk/borger/omsorg-sundhed/krop-sind/genoptraening/forebyggende-indsatser</a>	Tilbyder diabetes hold for borgere med T2DM - kræver henvisning - ingen beskrivelse af holdet.	Intet
	Faaborg-Midtfyn 06.03.18 <a href="http://www.fmk.dk/borger/sundhed-og-sygdom/det-mobile-sundhedscenter/">http://www.fmk.dk/borger/sundhed-og-sygdom/det-mobile-sundhedscenter/</a>  Pjece omkring diabetes forløb: <a href="http://www.fmk.dk/fileadmin/user_upload/Sundhed_og_Omsorg/Diabetes_rehabilitering2015.pdf">http://www.fmk.dk/fileadmin/user_upload/Sundhed_og_Omsorg/Diabetes_rehabilitering2015.pdf</a>	Det mobile sundhedscenter hvor det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde foregår borgernært. T2DM Tilbyder kostvejledning, diabetes forløb med fokus på kost, motion og fællesskab. 6 uger á 1 gang ugentligt i 3 timer. Opfølgning efter 3 og 6 måneder. Kræver henvisning.  Der findes også en online løsning (Liva-app) som livsstilsvejledning som ikke kræver henvisning	Intet
	Haderslev 06.03.18 <a href="https://www.haderslev.dk/borger/sundhed-og-helbred/kronisk-og-1%C3%A6ngerevarende-sygdom">https://www.haderslev.dk/borger/sundhed-og-helbred/kronisk-og-1%C3%A6ngerevarende-sygdom</a>	Gratis træningsforløb Forløbene indeholder træning, samtaler om livsstilsændringer og undervisning relateret til de enkelte diagnoser. Kostvejledning ved diætist 1 time med mulighed for opfølgning 2-3 gange á 30 min. Kræver henvisning	Intet
	Kerteminde 06.03.18 <a href="https://www.kerteminde.dk/Files/Files/Borger/Sundhed%20og%20rehabilitering/Kommunale%20forebyggelsestilbud/Folder%20-%20Forebyggelsestilbud%20-%20for1%C3%B8b%20for%20voksne%20med%20T2DM">https://www.kerteminde.dk/Files/Files/Borger/Sundhed%20og%20rehabilitering/Kommunale%20forebyggelsestilbud/Folder%20-%20Forebyggelsestilbud%20-%20for1%C3%B8b%20for%20voksne%20med%20T2DM</a>	T2DM Forebyggelsestilbud: Træningsforløb på 3 måneder 2 gange ugentligt. Indledende samtale foretages i eget hjem. Mulighed for sygeplejefaglig vejledning. Diætist vejledning i eget hjem.	Intet

	<a href="#">20Hjertekarsygdomme%20KOL%20og%20Diabetes%20Type%20%202017.pdf</a>	hjem med opfølgende samtaler ca 2-6 gang. Kræver henvisning.	
	Kolding 06.03.18 <a href="https://www.kolding.dk/borger/sundhed-sygdom/sundhedstilbud/diabetes">https://www.kolding.dk/borger/sundhed-sygdom/sundhedstilbud/diabetes</a>	Forløb for borgere med T2DM eller <b>prædiabetes</b> . Løber over 8 uger i 2-3 timer ugentligt. Består af undervisning og vejledning på hold. Der er også mulighed for et individuelt tilrettelagt forløb hvis det eksisterende tilbud ikke passer den enkelte. Kræver ikke nødvendigvis henvisning Samarbejder også med motivationsgrupper ved diabetes foreningen. Mulighed for digital patientuddannelse tilbydes også..	Intet
	Langeland 06.03.18 <a href="http://www.langelandkommune.dk/Borger/SundhedSygdom">http://www.langelandkommune.dk/Borger/SundhedSygdom</a>	Til borgere med T2DM tilbydes en afklarende sundhedsaftale. Kursusforløb med fokus på gode sunde kostvaner, livskvalitet og fællesskab. 4 mødegange á 2 timer. Tilbyder også træningsforløb med 1 times træning 2 gange om ugen i op til 3 måneder Kræver ikke henvisning.	Intet
	Middelfart 06.03.18 <a href="https://www.middelfart.dk/Borger/Sundhed/Sundhedstilbud%20til%20dig/L%C3%A6r%20at%20tackle%20diabetes">https://www.middelfart.dk/Borger/Sundhed/Sundhedstilbud%20til%20dig/L%C3%A6r%20at%20tackle%20diabetes</a>	T2DM Udbyder diabetes grundkursus (3 sammenhængende dage á 5 timer) + kursus "livet med diabetes" (6 temamøder af 2 - 3 timer - 1 x om ugen) samt motionstilbud  Fokus på gode sunde kost og motionsvaner Kræver henvisning.  Motivationsgruppe gennem	Intet



		diabetesforeningen (12 ugers forløb - mødes for at motivere og støtte hinanden)	
	Nordfyn 06.03.18 <a href="https://www.nordfynskommune.dk/Borger/Omsorg-og-rehabilitering/Kronisk-sygdom/Laer-at-tackle-patientkurser">https://www.nordfynskommune.dk/Borger/Omsorg-og-rehabilitering/Kronisk-sygdom/Laer-at-tackle-patientkurser</a>	T2DM "Lær at tackle" kurser omhandlende kronisk sygdom - afholdes sygdomsspecifik - 1 gang om ugen i 6-7 uger af 2 1/2 times varighed omhandlende flere emner bla. mestring samt kost og motion. Det fremgår ikke om der kræves henvisning.	Intet
	Nyborg 07.03.18 <a href="http://www.nyborg.dk/da/Borger/Sundhed/Tilbud-og-viden/Kost-og-vaegt">http://www.nyborg.dk/da/Borger/Sundhed/Tilbud-og-viden/Kost-og-vaegt</a>	T2DM LIVA -online livsstilsvejledning til med kronisk sygdom og bmi over 25 Opstart i samarbejde med sundhedsfaglig medarbejder.	Intet
	Odense 07.03.18 <a href="https://www.odense.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/patientuddannelsen">https://www.odense.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/patientuddannelsen</a>	Til T2DM: Opstart med afklarende samtale Tilbyder hjælp til at ændre vaner - motion - madlavning - vejledning om kosten - hjælp til at finde et aktivt socialt fællesskab. Kræver ikke nødvendigvis henvisning	Intet
	Svendborg 07.03.18 <a href="https://sundhed.svendborg.dk/sundhedsygdom/lan-gvarig-kronisk-sygdom/tilbud-til-kronisk-syge">https://sundhed.svendborg.dk/sundhedsygdom/lan-gvarig-kronisk-sygdom/tilbud-til-kronisk-syge</a>	Tilbud til T2DM "mit liv - tilbage til hverdagen" Her indgår kursus i bla. mestring - fysisk træning - kostvejledning - samtaler Kræver ikke nødvendigvis henvisning	Intet
	Sønderborg 07.03.18 <a href="https://sonderborgkommune.dk/borger/sundhedstilbud">https://sonderborgkommune.dk/borger/sundhedstilbud</a>	Forløb for T2DM - start med individuel samtale - med udgangspunkt i borgerens behov - Fokus på KRAM Kræver ikke nødvendigvis henvisning	Intet

	<p>Tønder 07.03.18 <a href="http://toender.dk/borger/sundhed-og-sygdom/livet-med-kronisk-sygdom">http://toender.dk/borger/sundhed-og-sygdom/livet-med-kronisk-sygdom</a>  <a href="https://laerattackle.dk/kronisk-sygdom/">https://laerattackle.dk/kronisk-sygdom/</a></p>	<p>T2DM Holdforløb - redskaber og motivation til sund levevis - 8 uger med 2 gange ugentligt á 1 time. “Lær at tackle kronisk sygdom” forløb med 6 gange á 2½ time. Sygdomshåndtering. Opstart med forsamtale. Kræver henvisning</p>	<p>Intet</p>
	<p>Varde 07.03.18 <a href="http://www.vardekommune.dk/sundhedsfremme-og-forebyggelse">http://www.vardekommune.dk/sundhedsfremme-og-forebyggelse</a>  <a href="http://sundhedsfremme.vardekommune.dk/sygdom/diabetes-2/digital-patientuddannelse-diabetes-2.aspx">http://sundhedsfremme.vardekommune.dk/sygdom/diabetes-2/digital-patientuddannelse-diabetes-2.aspx</a></p>	<p>Digital patientuddannelse henvendt til T2DM. Fleksibelt tilbud med webinar, e-learning omkring kost, motion, psykiske udfordringer og støtte gennem netværk. Opstart med samtale og intro til online løsning. Kræver ikke henvisning Ud over er der flere almene sundhedstilbud som alle kan deltage i.</p>	<p>Intet</p>
	<p>Vejen 07.03.18 <a href="https://vejen.dk/borger/sundhed-omsorg-og-psykiatri/sundhed-og-sygdom/traeningstilbud-til-kronikere/">https://vejen.dk/borger/sundhed-omsorg-og-psykiatri/sundhed-og-sygdom/traeningstilbud-til-kronikere/</a></p>	<p>Træningstilbud til kronikere-T2DM 8 uger 2 gange om ugen á 1 time. Opstart med individuel samtale. Diætist tilknyttet. Kræver henvisning</p>	<p>Intet</p>
	<p>Vejle 07.03.18 <a href="https://www.vejle.dk/borger/mit-liv/sundhed-og-omsorg/sundhed-og-forebyggelse/kurser-og-hold/diabetes-2/">https://www.vejle.dk/borger/mit-liv/sundhed-og-omsorg/sundhed-og-forebyggelse/kurser-og-hold/diabetes-2/</a></p>	<p>Forløb for T2DM løber over 12 uger 2 gange om ugen. Opfølgning efter 3 og 9 måneder. Fokus på KRAM Kræver henvisning  Udbyder også LIVA - et digitalt sundhedskursus.</p>	<p>Intet</p>
	<p>Ærø 07.03.18 <a href="https://www.aeroekommune.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud-til-voksne-(18-aar)">https://www.aeroekommune.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud-til-voksne-(18-aar)</a></p>	<p>Til T2DM udbydes digital patientuddannelse med e-learning kurser og webinar. Kræver ikke henvisning Kroniker rehabilitering til T2DM forløb af 6-12 ugers varighed med fokus på KRAM</p>	<p>Intet</p>
	<p>Aabenraa 07.03.18</p>	<p>T2DM</p>	<p>Intet</p>

	<a href="http://www.sundhedscentersyd.dk/sundhedscenter-tilbud/kom-godt-videre-kol-type-2-diabetes-hjertesygdom-og-claudicatio-intermittens/">http://www.sundhedscentersyd.dk/sundhedscenter-tilbud/kom-godt-videre-kol-type-2-diabetes-hjertesygdom-og-claudicatio-intermittens/</a>  <a href="http://www.sundhedscentersyd.dk/sundhedscenter-tilbud/liva-sundhedsvejledning-paa-din-telefon-tablet-eller-pc/">http://www.sundhedscentersyd.dk/sundhedscenter-tilbud/liva-sundhedsvejledning-paa-din-telefon-tablet-eller-pc/</a>	<p>Forløb med fokus på KRAM og opstart med individuel samtale Kræver henvisning</p> <p>Udbyder også elektronisk sundhedsvejledning - LIVA - kræver ikke henvisning</p>	
--	--	--	--

Region	Kommune Dato Link	Sundhedscentrets tilbud til diabetikere	GDM
Region Sjælland	Sundhed.dk 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/koege/diabetes/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/koege/diabetes/</a>	Der foreligger et generelt tilbud om diabetes rehabilitering samt diætistvejledning til T2DM gældende for hele region Sjælland Dette tilbud kræver henvisning.	Intet
	Faxe 07.03.18 <a href="http://www.faxekommune.dk/lev-bedre-kol-hjertesygdom-type-2-diabetes">http://www.faxekommune.dk/lev-bedre-kol-hjertesygdom-type-2-diabetes</a>	Tilbud til T2DM -fokus på kost og motion - Kræver henvisning	Intet
	Greve 07.03.18 <a href="https://www.greve.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/rehabilitering-kol-t2dm-og-hjerte/">https://www.greve.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/rehabilitering-kol-t2dm-og-hjerte/</a>	Tilbud til T2DM Fokus på kost - motion - netværk - hverdagen Kræver henvisning	Intet
	Guldborgsund 07.03.18 <a href="http://www.guldborgsund.dk/da/Borger/SUNDHED_OG_SYGDOM/Kronisk_sygdom/Diabetes_type_2.aspx">http://www.guldborgsund.dk/da/Borger/SUNDHED_OG_SYGDOM/Kronisk_sygdom/Diabetes_type_2.aspx</a>	T2DM Forløb med træning (8 uger x 2 á 1 time) og temamøder (kost sunde vaner forebyggelse af komplikationer) Kræver henvisning Hvis man har særlige behov er det muligt i stedet at deltage i et individuelt	Intet

		kostvejledningsforløb - med henvisning	
	Holbæk 07.03.18 <a href="https://holbaek.dk/borger/sundhed/sundhedscentret/diabetes-rehabilitering/">https://holbaek.dk/borger/sundhed/sundhedscentret/diabetes-rehabilitering/</a>	T2DM forløb med oplysning om sygdom, kost og motion. Mulighed for diætist, træningsforløb mm. Kræver henvisning	Intet
	Kalundborg 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/kalundborg/diabetes/livetmeddiabetes/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/kalundborg/diabetes/livetmeddiabetes/</a>	T2DM 8 uger x 2 møder á 1-1½ time. mestring, motion, kost mm Kræver ikke nødvendigvis henvisning	Intet
	Køge 07.03.18 <a href="https://www.koerge.dk/borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedstilbud/En-bedre-hverdag/Dia---Kol---Hjerte.aspx">https://www.koerge.dk/borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedstilbud/En-bedre-hverdag/Dia---Kol---Hjerte.aspx</a>	T2DM forløb med fokus på KRAM - sygdomsmestring Kræver henvisning	Intet
	Lejre 07.03.18 <a href="https://www.lejre.dk/borger/personlig-service-%C3%A6ldreliv/traening-og-genoptraening/hjerte-diabetes-rehabilitering/">https://www.lejre.dk/borger/personlig-service-%C3%A6ldreliv/traening-og-genoptraening/hjerte-diabetes-rehabilitering/</a>	T2DM Forløb med fysisk træning, kost 10 uger med 2 ugentlige møder Kræver henvisning	Intet
	Lolland 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/lolland/diabetes/type2-diabetes-rehab/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/lolland/diabetes/type2-diabetes-rehab/</a>	T2DM forløb over 10 uger med x1 undervisning og x2 træning om ugen. Fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Næstved 07.03.18 <a href="https://www.naestved.dk/Borger/SundhedHelbred/Sundhedstilbud/Diabetes%20.aspx">https://www.naestved.dk/Borger/SundhedHelbred/Sundhedstilbud/Diabetes%20.aspx</a>	Sundhedsskole for T2DM - 10 uger - fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Odsherred 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/odsherred/diabetes/diabeteskursus/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/odsherred/diabetes/diabeteskursus/</a>	T2DM Diabeteskursus over 8 uger - Fokus på KRAM - kræver ikke henvisning	Intet

	<a href="http://www.odsherred.dk/borger/voksne/sundhed-og-sygdom/genoptraening-og-rehabilitering/patientuddannelse/diabetes">http://www.odsherred.dk/borger/voksne/sundhed-og-sygdom/genoptraening-og-rehabilitering/patientuddannelse/diabetes</a>	<p>Livsstilsteam til T2DM 6 uger - arbejder med KRAM faktorer</p>	
	<p>Ringsted 07.03.18 <a href="https://ringsted.dk/liva-digital-livsstilsvejledning">https://ringsted.dk/liva-digital-livsstilsvejledning</a>  <a href="https://ringsted.dk/borger/omsorg-sundhed/sundhedstilbud">https://ringsted.dk/borger/omsorg-sundhed/sundhedstilbud</a></p>	<p>Til T2DM og borgere med ønsket om at ændre livsstil - LIVA - digital livsstilsvejledning - opstart med samtale - kræver ikke henvisning</p> <p>Rehabiliteringstilbud: etårigt forløb for borgere T2DM - 4 livsstilssamtaler fordelt på et år, træning og undervisning i 10 uger, tilbud om netværksgruppe. Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Roskilde 07.03.18 <a href="http://roskilde.dk/borger/sundhed-og-omsorg/diabetes-skole">http://roskilde.dk/borger/sundhed-og-omsorg/diabetes-skole</a>  <a href="http://roskilde.dk/borger/sundhed-og-omsorg/kostvejledning">http://roskilde.dk/borger/sundhed-og-omsorg/kostvejledning</a></p>	<p>For T2DM og pårørende - -Diabetesskole - Kostvejledning til T2DM Kræver ikke nødvendigvis henvisning</p>	Intet
	<p>Slagelse 07.03.18 <a href="https://www.slagelse.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/sundhedskoordinator">https://www.slagelse.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/sundhedskoordinator</a>  <a href="https://laerattackle.dk/kronisk-sygdom/">https://laerattackle.dk/kronisk-sygdom/</a></p>	<p>Til borgere i risiko for T2DM eller PCOS -samtale med sundhedskoordinatorer som kan hjælpe med at finde det rigtige tilbud</p> <p>Til T2DM “Lær at tackle”-kursus</p>	Tilbud til borgere som er i risiko for at udvikle T2DM eller PCOS.
	<p>Solrød 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/solroed/diabetes/diabetesrehabilitering/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/solroed/diabetes/diabetesrehabilitering/</a></p>	<p>T2DM kursus Individuelt tilrettelagt tilbud - 10 uger x 2 ugentligt Kræver henvisning</p>	Intet

	Sorø 07.03.18 <a href="http://soroe.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud">http://soroe.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud</a>  <a href="http://soroe.dk/sundhed-og-sygdom/livet-med-kronisk-sygdom">http://soroe.dk/sundhed-og-sygdom/livet-med-kronisk-sygdom</a>	Kursus til T2DM som kræver henvisning  Livsstilssamtaler til borgere som er i risiko for at udvikle T2DM Kræver henvisning	Intet
	Stevns 07.03.18 <a href="https://stevns.dk/borger/sundhed-sygdom/laer-lev-med-kronisk-sygdom">https://stevns.dk/borger/sundhed-sygdom/laer-lev-med-kronisk-sygdom</a>	Tilbud til T2DM - lær at tackle kronisk sygdom	Intet
	Vordingborg 07.03.18 <a href="http://vordingborg.dk/borger/sundhed/traening-og-rehabilitering/patientkurser/diabetes-type-2/">http://vordingborg.dk/borger/sundhed/traening-og-rehabilitering/patientkurser/diabetes-type-2/</a>	Patient kursus for T2DM borgere Kræver henvisning	Intet

Region	Kommune Dato Link	Sundhedscentrets tilbud til diabetikere	GDM
Region Hovedstaden	Region Hovedstaden 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/hospitaler/diabetes/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/hospitaler/diabetes/</a>	Der foreligger et generelt tilbud til T2DM om deltagelse i en form for patientuddannelse i varierende grad. Kræver henvisning	Intet
	Albertslund 07.03.18 <a href="https://albertslund.dk/borger/sundhed-og-sygdom/forebyggelse-og-genoptraening/forebygge-tilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom/diabetes/">https://albertslund.dk/borger/sundhed-og-sygdom/forebyggelse-og-genoptraening/forebygge-tilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom/diabetes/</a>	Tilbud til T2DM Træning og undervisning Kræver henvisning	Intet
	Allerød 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/</a>	Henviser til sundhed.dk med tilbud om T2DM rehabiliteringsforløb. Kræver henvisning	Intet

	<a href="#">lbud/region-hovedstaden/alleroed/</a>		
	<p>Ballerup 07.03.18 <a href="https://ballerup.dk/borger/sundhed-pleje/motion-sundhed/sundhedsvejledning">https://ballerup.dk/borger/sundhed-pleje/motion-sundhed/sundhedsvejledning</a></p> <p><a href="https://ballerup.dk/borger/sundhed-pleje/motion-sundhed/livsstilscafeen">https://ballerup.dk/borger/sundhed-pleje/motion-sundhed/livsstilscafeen</a></p> <p><a href="https://ballerup.dk/borger/sundhed-pleje/motion-sundhed/diabetestraening">https://ballerup.dk/borger/sundhed-pleje/motion-sundhed/diabetestraening</a></p>	<p>- Mulighed for sundhedssamtaler uden henvisning</p> <p>-Livsstilscafe som kræver henvisning</p> <p>- diabetes træning som kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Bornholm 07.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/bornholm/diabetes/sygdomsspecifik-kursus-diabetes/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/bornholm/diabetes/sygdomsspecifik-kursus-diabetes/</a></p>	<p>Tilbud til T2DM (8 gange x 1 ugentlig á 2 timer) Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Brøndby 07.03.18 <a href="http://www.brondby.dk/Borger/Sundhedstilbud/Symptomer-og-sygdom/Diabetes.aspx">http://www.brondby.dk/Borger/Sundhedstilbud/Symptomer-og-sygdom/Diabetes.aspx</a></p>	<p>Udbyder diabetes forløbsprogram til T2DM ( 10 uger x 2 ugentlige træninger og 7 gange undervisning Kræver henvisning.</p>	Intet
	<p>Dragør 07.03.18 <a href="https://www.dragoer.dk/borger/sundhed-og-omsorg/sundhedstilbud/kronisk-sygdom/">https://www.dragoer.dk/borger/sundhed-og-omsorg/sundhedstilbud/kronisk-sygdom/</a></p> <p><a href="https://www.dragoer.dk/borger/sundhed-og-omsorg/sundhedstilbud/tygt-pa-vej-diabetes/">https://www.dragoer.dk/borger/sundhed-og-omsorg/sundhedstilbud/tygt-pa-vej-diabetes/</a></p>	<p>“Lær at tackle” kronisk sygdom for T2DM og pårørende - kræver ikke henvisning.</p> <p>“Trygt på vej” kursus for T2DM Fokus på KRAM Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Egedal 08.03.18 <a href="http://www.egedalkommune.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud-til-dig">http://www.egedalkommune.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud-til-dig</a></p>	<p>T2DM trænings- og undervisningsforløb. Kræver ikke henvisning</p>	Intet

	<p>Fredensborg 08.03.18 <a href="https://www.fredensborg.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/kol-type-2-diabetes-hjertesygdom-kraeft">https://www.fredensborg.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/kol-type-2-diabetes-hjertesygdom-kraeft</a></p>	<p>Trænings- og undervisningsforløb i bl. kost mm Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Frederiksberg 08.03.18 <a href="http://sund.frederiksberg.dk/hjaelp-til-leve-med-sygdom/type-2-diabetes">http://sund.frederiksberg.dk/hjaelp-til-leve-med-sygdom/type-2-diabetes</a></p>	<p>Tilbud til T2DM. Forløb med fokus på KRAM Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Frederikssund 08.03.18 <a href="https://www.frederikssund.dk/Borger/Sundhed/Sundhedstilbud-til-dig/til-dig-med-sygdom/Til-dig-med-type-2-diabetes-eller-hjerte-kar-sygdom">https://www.frederikssund.dk/Borger/Sundhed/Sundhedstilbud-til-dig/til-dig-med-sygdom/Til-dig-med-type-2-diabetes-eller-hjerte-kar-sygdom</a></p>	<p>Tilbud til T2DM: forløb med fokus på KRAM Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Furesø 08.03.18 <a href="http://www.furesoe.dk/Borger/SundhedOgSygdom/FysiskSundhed/Diabetes">http://www.furesoe.dk/Borger/SundhedOgSygdom/FysiskSundhed/Diabetes</a></p>	<p>Individuelle tilbud til borgeren med T2DM. Forløb med fokus på KRAM Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Gentofte 08.03.18 <a href="http://www.gentofte.dk/-/media/Nyt-Gentofte-dk/PDF/Borger/Sundhed/Sygdom/Diabetes-for1%C3%B8bspjece-2016.ashx">http://www.gentofte.dk/-/media/Nyt-Gentofte-dk/PDF/Borger/Sundhed/Sygdom/Diabetes-for1%C3%B8bspjece-2016.ashx</a>  <a href="http://www.gentofte.dk/da/Borger/Sundhed/Sygdom/Diabetes">http://www.gentofte.dk/da/Borger/Sundhed/Sygdom/Diabetes</a></p>	<p>Tilbud til T2DM: forløb med fokus på KRAM Kræver henvisning</p>	Intet
	<p>Gladsaxe 08.03.18 <a href="https://www.gladsaxe.dk/kommunen/borger/sundhed_og_sygdom/hjaelp_ved_sygdom/diabetes">https://www.gladsaxe.dk/kommunen/borger/sundhed_og_sygdom/hjaelp_ved_sygdom/diabetes</a></p>	<p>Diabetesskole, Kostvejledning og temaaftener for borgere med T2DM</p>	Intet
	<p>Glostrup 08.03.18 <a href="http://www.glostrup.dk/borger/sundhed-og-omsorg/raadgivning-og-kurser/kronisk-sygdom">http://www.glostrup.dk/borger/sundhed-og-omsorg/raadgivning-og-kurser/kronisk-sygdom</a></p>	<p>Forløbsprogram for T2DM med fokus på KRAM Kræver henvisning</p>	Intet



	Gribskov 08.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/gribskov/diabetes/diabetes-kursus/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/gribskov/diabetes/diabetes-kursus/</a>	Diabetesrehabiliteringsprogram for T2DM Kræver henvisning	Intet
	Halsnæs 08.03.18 <a href="http://www.halsnaes.dk/Borger/Sundhed%20og%20forebyggelse/Forebyggelsestilbud/Rehabiliteringsforloeb%20type%202%20diabetes.aspx">http://www.halsnaes.dk/Borger/Sundhed%20og%20forebyggelse/Forebyggelsestilbud/Rehabiliteringsforloeb%20type%202%20diabetes.aspx</a>	Diabetesrehabiliteringsprogram for T2DM Kræver henvisning	Intet
	Helsingør 08.03.18 <a href="https://hrt.helsingor.dk/orloepsprogrammer/type-2-diabetes-rehabiliteringsforloeb/">https://hrt.helsingor.dk/orloepsprogrammer/type-2-diabetes-rehabiliteringsforloeb/</a>	Patient forløb til T2DM med fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Herlev 08.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/herlev/diabetes/traening-og-undervisning-for-diabetikere/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/herlev/diabetes/traening-og-undervisning-for-diabetikere/</a>	Træning og undervisning for T2DM Kræver henvisning	Intet
	Hillerød 09.03.18 <a href="https://www.hillerod.dk/borger/sundhed-omsorg-og-handicap/sundhedstilbud/diabetes/">https://www.hillerod.dk/borger/sundhed-omsorg-og-handicap/sundhedstilbud/diabetes/</a>	Undervisningsforløb med fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Hvidovre 09.03.18 <a href="https://www.hvidovre.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/motion-og-fysisk-aktivitet">https://www.hvidovre.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/motion-og-fysisk-aktivitet</a> <a href="https://www.hvidovre.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/Kronisk-sygdom">https://www.hvidovre.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/Kronisk-sygdom</a>	Træning for borgere med T2DM samt diabeteskole Kræver henvisning	Intet

	Høje-Taastrup 09.03.18 <a href="https://www.htk.dk/Borger/Sundhed/Sundhedsforloeb.aspx">https://www.htk.dk/Borger/Sundhed/Sundhedsforloeb.aspx</a>	Tilbyder sundhedsforløb til borgere med T2DM Med fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Hørsholm 09.03.18 <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/hoersholm/diabetes/rehabilitering-til-borgere-med-diabetes-type2/">https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/hoersholm/diabetes/rehabilitering-til-borgere-med-diabetes-type2/</a>	Rehabiliteringsforløb til borgere med T2DM Fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Ishøj 09.03.18 <a href="http://www.ishoj.dk/diabetes-0">http://www.ishoj.dk/diabetes-0</a>	Kursus for borgere med <b>prædiabetes</b> - "På forkant med diabetes - madlavningskursus for pårørende og borgere med præddiabetes" Kræver ikke henvisning  "Diabetesholdet for borgere med T2DM eller forstadier til at udvikle det Kræver henvisning	Intet
	København 09.03.18 <a href="https://diabetes.kk.dk/inhold/tilbud-og-henvisning">https://diabetes.kk.dk/inhold/tilbud-og-henvisning</a>	Center for diabetes - Københavns kommune: samler alle de tilbud som udbydes i kommunen. Tilbyder forskellige forløb for borgere med T2DM. Der er fokus på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Lyngby-Taabæk 09.03.18 <a href="http://www.sundhed.ltk.dk/tilbud-til-dig-med-diabetes">http://www.sundhed.ltk.dk/tilbud-til-dig-med-diabetes</a>	Forløb for borgere med T2DM. Forløbet fokuserer på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Rudersdal 09.03.18 <a href="https://www.rudersdal.dk/infosider/type-2-diabetes">https://www.rudersdal.dk/infosider/type-2-diabetes</a>	Forløb for borgere med T2DM som fokuserer på KRAM Kræver henvisning	Intet
	Rødovre 09.03.18 <a href="https://www.rk.dk/fileadmin/decentrale-sites/sundhedscenter/brugerploads/Dokumenter">https://www.rk.dk/fileadmin/decentrale-sites/sundhedscenter/brugerploads/Dokumenter</a>	Forløb for T2DM hvor der fokuseres på KRAM Kræver henvisning	Intet

	<a href="#">indtil oktober 2017/Type2diabetespjece_A5.pdf</a>		
	Tårnby 09.03.18 <a href="http://www.taarnby.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedscenter-taarnby/forloepsprogram-mer-for-kronisk-syge/diabetes-type-2">http://www.taarnby.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedscenter-taarnby/forloepsprogram-mer-for-kronisk-syge/diabetes-type-2</a>	Forløbsprogram for borgere med T2DM med fokus på KRAM Kræver ikke nødvendigvis henvisning	Intet
	Vallensbæk 09.03.18 <a href="https://www.vallensbaek.dk/sundhed-diabetes">https://www.vallensbaek.dk/sundhed-diabetes</a> <a href="https://www.vallensbaek.dk/service-sundhed-og-forebyggelse/kol-hjertekar-og-diabetes/vejledning-ved-diaetist">https://www.vallensbaek.dk/service-sundhed-og-forebyggelse/kol-hjertekar-og-diabetes/vejledning-ved-diaetist</a>	Diabeteskole for T2DM med fokus på KRAM Diætist vejledning Kræver henvisning	

## 11.2 Bilag 2 Søgebilag

I nedenstående bilag er specialets søgestrategi dokumenteret.

### 11.2.1 Indledende systematiske litteratursøgning

En bevidst tilfældig søgestrategi er velegnet til den indledende del af et projekt, og bidrager til at åbne emnet op, for herigennem at identificere centrale begreber og synonymer. Herved dannes der overblik over eksisterende litteratur og selve problemfeltet (81).

I specialets indledende fase er der foretaget brede og ustrukturerede søgninger. Der er søgt bredt på gestationel diabetes mellitus, type 2 diabetes mellitus og postpartum forløb, hvilket primært har givet adgang til, at kunne identificere flere velegnede kilder til udarbejdelse af det initierende problem. Den indledende søgning bidrager med viden omkring centrale begreber indenfor problemfeltet, hvilket danner grundlag for de efterfølgende systematiske søgninger målrettet problemanalysen.

Systematisk litteratursøgning kan udføres mhp. at afdække relevant forskningslitteratur til belysning af problemfeltet (76). Der er til udarbejdelse af problemanalysen udført systematisk litteratursøgning i perioden 13-16 februar 2018 samt 23. marts 2018. Denne søgning bidrager til, at sikre en høj grad af kvalitet gennem specialet, og er udført for at afdække problemfeltet. Da formålet med den systematiske litteratursøgning er at bidrage til en fyldestgørende problemanalyse, er der på baggrund af den indledende søgning opstillet tre facetter, der kunne brede problemfeltet ud.

Facetsøgning bidrager til at skabe en reproducerbar søgning ved at skabe gennemsigtighed ift. det fremsøgte og udvalgte materiale (79). Der er udført tre facetsøgninger mhp. at undersøge årsagen til kvinders manglende deltagelse i forebyggende livsstilsinterventioner og opfølgning hos praktiserende læge.

Den første søgning søger at afdække, hvad der særligt kendetegnede efterfødselsforløbet hos kvinder som har haft GDM. Anden søgning søger at afdække, hvilke særlige forhold der kunne være i forbindelse med kvindernes deltagelse i årlige screeninger, forebyggende livsstilsinterventioner mm. Og er inspireret af bl.a. et tidligere speciale og den tilfældige indledende søgning. En tredje søgning fremkommer ud fra en undren omkring den særlige situation, som kvinder befinder sig i som mødre, men særligt betydningen heraf ift. oplevelsen af GDM. Da problemanalysen og dermed tilgangen til problemfeltet, som er identificeret i det initierende problem, kræver en bred søgning, er det relevant at inddrage et bredt udvalg af søgedatabaser; PubMed, Embase, Cinahl og Sociological Abstract.

### 11.2.2. Systematisk litteraturstudie

I det følgende dokumenteres søgestrategien for det systematiske litteraturstudie, som er udledt af nedenstående problemformulering og forskningsspørgsmål 1.

#### Problemformulering

Hvordan kan en forbedring af patientforløbet i overgangen mellem sekundær og primær sektor for kvinder med GDM bidrage til, at skabe et mere sammenhængende patientforløb og herigennem medvirke til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM?

#### Forskningsspørgsmål 1

*Hvilke tiltag er effektive til at sikre et sammenhængende patientforløb postpartum, for kvinder med tidligere GDM, i overgangen mellem sekundær og primær sektor mhp. forebyggelse af T2DM?*

En systematisk og grundig tilgang til litteratursøgning bidrager til at sikre at alt relevant litteratur fremsøges således at resultaterne og dermed besvarelsen af problemformuleringen hviler på et robust grundlag (77), hvor denne skal bidrage med et forslag til at forbedre patientforløbet for kvinder med tidligere GDM og herigennem forstærke den forebyggende indsats af T2DM.

### 11.2.3 Valg af databaser

Sundhedsvidenskabelig database	Beskrivelse af database
PubMed	Gennem PubMed er der adgang til MEDLINE, som er en omfangsrig bibliografisk database, hvilket indeholder mere end 16 millioner referencer blandt andet fra hele det medicinske felt og fra sygepleje. Indeholder peer-reviewet artikler, hvoraf den overvejende del er engelsksprogede (79).
EMBASE	Anerkendt europæisk medicinsk-sundhedsfaglig database der indekserer mere end 2500 medicinske og farmaceutiske internationale tidsskrifter som dækker emner som eks. folkesundhed, sundhed. Anses som et vigtigt supplement til PubMed selv om der er et stort overlap mellem de to databaser. Idet en stor del af indholdet er europæisk litteratur, er dette med til at sikre bedre overførbare af resultaterne til dansk kontekst (79).

<b>CINAHL</b>	Bibliografisk database som dækker over både tidsskrifter, bøger, afhandlinger og rapporter - indeholder litteratur. Databasen dækker flere sundhedsfaglige felter, men var oprindeligt mest sygeplejefaglig litteratur (127).
<b>Sociological Abstract</b>	Databasen indeholder international litteratur inden for sociologiske og beslægtede områder og indekserer mere end 1.800 tidsskrifter, boganmeldelser m.fl. (127). Da forskningsspørgsmålets fokus er effektiviteten af sammenhængende patientforløb og et af de ønskede outcome er patienttilfredshed vurderes det at databasen bidrager med litteratur som anlægger et mere sociologisk perspektiv
<b>Cochrane Library</b>	Er udvalgt da denne database indeholder metaanalyser og systematiske oversigtsartikler, og derfor med artikler af højt evidensniveau (79).

Søgningen gennemføres i fem sundhedsfaglige databaser, hvilket tilsammen bidrager til besvarelse af forskningsspørgsmål 1, inddragelse af databaserne PubMed og Embase bidrager til muligheden for, at inddrage et bredt udvalg af studier, udført på baggrund af en medicinsk interesse i problemfeltet. Disse baser kan dermed medvirke til at besvare hvordan sammenhængende patientforløb har betydning for forebyggelse af T2DM. Cinahl indeholder studier, der inddrager en sygeplejefaglig vinkel, hvorfor denne database kan bidrage til, en plejemæssig vinkel på sammenhængende patientforløb. Sociological abstracts har en sociologisk vinkel på problemstillingen, hvorfor den kan medvirke til at belyse forskningsspørgsmålets fokus på effektiviteten af sammenhængende patientforløb. Eftersom et af de ønskede outcome er patienttilfredshed, vurderes det at databasen bidrager med litteratur som anlægger et mere sociologisk perspektiv på sammenhængende patientforløb. Cochrane bidrager til at inddrage studier af et højt evidensniveau. Dette er valgt på baggrund af, at forskningsspørgsmålet søger at afdække relevant litteratur omkring effektive tiltag til at sikre et sammenhængende patientforløb for kvinder med tidligere GDM, i postpartum forløbet, i overgangen mellem sekundær og primær sektor. Herved søges litteratur som søger sammenhænge mellem patientforløb og effektivitet. De identificerede outcome mål; patienttilfredshed, graden af deltagelse i årlige screeninger ved praktiserende læge og graden af deltagelse i forebyggende livsstilsinterventioner, er måden hvorpå effektiviteten af tiltag vil blive målt. For at undersøge et bredere perspektiv på hvordan outcome kan opnås, vil der både søges i databaser, der har et medicinsk og databaser, der har et sociologisk fokus.

#### 11.2.4 Begrundelse for valg af in- og eksklusionskriterier

Da det med specialet søges at forbedre patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, indgår dette derfor som et inklusionskriterium, men vil også være et eksklusionskriterium, da studier, der ikke inddrager kvinder med GDM ikke er specifikt rettet mod denne gruppe af kvinder, og de vilkår der er særlige for dem. Screening for og behandling af GDM under graviditeten er dog ikke relevant for forskningsspørgsmålet, hvorfor studier, der omhandler dette, udelukkes.

Ligeledes er patientforløb et essentielt kriterium for besvarelse af forskningsspørgsmålet, hvorfor specialet kun vil inddrage studier, der omhandler patientforløbet mellem sekundær og primær sektor.

Studier som omhandler forebyggelse af T2DM for kvinder med tidligere GDM vil blive inkluderet idet at dette er det overordnede

Der vil kun inkluderes studier fra lande, der er sammenlignelige med en dansk kontekst. Vestlige, højjndkomstlande indgår derfor som et inklusionskriterium.

Specialegruppen har sproglige kompetencer på dansk, engelsk, norsk og svensk, hvorfor studier, der præsenteres på andre sprog vil blive udelukket.

Der vil i specialet ikke anvendes aldersgrænse for inkludering af studier. Eftersom både danske og udenlandske studier viser at kvinder, der tidligere har haft GDM oplever, at der mangler et sammenhængende patientforløb mellem sekundær og primær sektor, må det antages, at der ikke er sket ændring inden for dette felt inden for nyere tid.

#### 11.2.5 Søgestrategi

Der ses nedenstående tabeller over søgning i den enkelte database; PubMed, Cinahl, Sociological Abstract og Cochrane, hvor der i den enkelte tabel angivet ud for det enkelte søgeord, hvorvidt ordet er søgt som et kontrolleret emneord (MeSH, Index Term eller Heading) eller hvorvidt der er foretaget en fritekstsøgning på ordet. Under hver enkelt tabel er der redegjort for hele søgestrategien for den enkelte database. Alle anvendte emneord er kontrollerede for deres indhold, ud fra relevans for forskningsspørgsmål 1.

Trunkering anvendes ved alle fritekstsøgninger, da det giver et bredere resultat.

## Embase:

AND	
OR	Kvinder med tidligere GDM (P) Sammenhængende patientforløb (I)
<p><b>Facet 1:</b></p> <p><b>Gestational diabetes:</b></p> <p><b>Emtree:</b> - "Pregnancy diabetes mellitus"</p> <p><b>Fritekst:</b> - "GDM" - "gestational diabetes mellitus*" - "diabetes mellitus gestationel*" - "pregnancy diabetes mellitus"</p> <p><b>Postpartum:</b></p> <p><b>Emtree:</b> - " postnatal care"</p> <p><b>Fritekst:</b> - "Postnatal care*" - "postpartum*" - "post partum*" - "Puerperium"</p> <p><b>Forebyggelse:</b></p> <p><b>Emtree:</b> - "Prevention"</p> <p><b>Fritekst:</b> - "Prevention intervention*" - "Prevention*"</p> <p><b>T2DM:</b></p> <p><b>Emtree:</b> - "non insulin dependent diabetes mellitus"</p> <p><b>Fritekst:</b> - "type 2 diabetes mellitus*" - "type two diabetes mellitus*" - "non insulin dependent diabetes mellitus*"</p>	<p><b>Facet 2:</b></p> <p><b>Emtree:</b> - "Patient care" - "integrated health care system" - "shared care" (candidate term) - "integrated care" (candidate term)</p> <p><b>Fritekst:</b> "patient care" "patient-centered care" "patient centered care" "patient centred care" "continuity of care" "continuity of patient care" "shared care" "enhanced care" "enhanced patient care" "integrated health care system" "integrated health care" " people centered care " "integrated care" "patient care transitions" "care transitions" "continuum of care" "patient focused care" "comprehensive health care"</p>

### Facet/søgeord:

Vi søger på Emtree for at finde indekserede termer, men udbygger søgningen med relevante synonymer for at medtage ikke indekserede termer

#### Forebyggelse:

Ud fra problemformuleringen afsøges Embase for forebyggelse, som Prevention (1.277.691).

Findes som Emtree.

Afsøges desuden som fritekst: "Prevention intervention" (2836), "Prevention" (1.874.302).

Kobles med OR til (2.540.533).

#### Gestationel diabetes:

"Pregnancy diabetes mellitus" (30.100) fremsøges som Emtree, fremsøges desuden som fritekst søgning: "GDM" (9074) = bruges ofte som synonym. Ligesom "gestationel diabetes mellitus" (5),



“diabetes mellitus gestationel” (0), “Pregnancy diabetes mellitus” (26.606). Disse kobles med OR = (27.544).

#### T2DM:

Emtree: “non insulin dependent diabetes mellitus” (212.592).

Fritekst: “type 2 diabetes mellitus” (157.244), “type two diabetes mellitus” (246), “non insulin dependent diabetes mellitus” (214.013).

Kombineres med OR (243.760)

#### Postpartum:

Emtree: Postnatal care (102.678).

Fritekst: “Postnatal care” (6991) kombineret med OR = (103.188). “postpartum” (63.725), “post partum” (15.786), “Puerperium” (38.904). Alle kombineres med OR = (154.936).

For at sikre studier der omhandler kvinder med tidligere GDM i postpartum perioden kombineres GDM med postpartum med AND (3627).

Ligeledes medtages søgning af forebyggelse, T2DM og postpartum, for at medtage studier der ikke er registreret under GDM, men medtager forebyggelse af T2DM i postpartum forløbet.

Kombineres med AND (319)

Disse søgninger kombineres med OR, for at sikre at alle studier omkring forebyggelse af T2DM i postpartum perioden medtages (3687). Kombinationen af disse studier bidrager således med yderligere 60 studier ift. GDM og postpartum.

#### Sammenhængende patientforløb:

Emtree: Patient care (701.393). “integrated health care system” (9587), “shared care” (candidate term) (11), “integrated care” (candidate term) (33),

Fritekst: “patient care” (327.425), “patient-centered care” (4697), “patient centered care” (4697), “patient centred care” (1942) (dette ord er fundet gennem læsning af artiklers Søgeord), “continuity of care” (7634), “continuity of patient care” (618), “shared care” (1841), “enhanced care” (332), “enhanced patient care” (146), “integrated health care system” (9827), “integrated health care” (10.733), “people centered care” (9), “integrated care” (5412), “patient care transitions” (53), “care transitions” (1296), “continuum of care” (2868), “patient focused care” (605), “comprehensive health care” (1081).

Alle kombineres med OR = (763.526).

Kombination af Sammenhængende patientforløb AND ((GDM+ postpartum) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum)) (348)

**PubMed**

AND	
OR	Kvinder med tidligere GDM (P)      Sammenhængende patientforløb (I)
<p><b>Facet 1:</b></p> <p><b>Gestational diabetes:</b>  <b>MeSH:</b>                      -"diabetes, gestational"</p> <p><b>Fritekst:</b>                      -"diabetes, gestational*"                      - "Diabetes Mellitus, gestational*"                      - "Gestational diabetes mellitus*"                      - "GDM*"                      - "Pregnancy diabetes mellitus*"</p> <p><b>Postpartum:</b>  <b>MeSH:</b>                      -"postpartum Period"</p> <p><b>Fritekst:</b>                      -"postpartum Period*"                      - "Postnatal Period*"                      - "postpartum*"                      - "post partum*"                      - "Puerperium*"</p> <p><b>Forebyggelse:</b>  <b>MeSH:</b>                      - "preventive health services"</p> <p><b>Fritekst:</b>                      - "preventive health services*"                      - "prevention*"                      - "prevention intervention*"</p> <p><b>T2DM:</b>  <b>MeSH:</b>                      -"Diabetes Mellitus, Type 2"</p> <p><b>Fritekst:</b>                      -"Diabetes Mellitus, Type 2*"                      - "Type 2 diabetes mellitus*"                      - "Type two diabetes mellitus*"                      - "non insulin dependent diabetes mellitus*"</p>	<p><b>Facet 2:</b></p> <p><b>MeSH:</b>                      - "Patient care"                      - "comprehensive health care"                      - "integrated health care system"                      - "shared care" (candidate term)                      - "integrated care" (candidate term)</p> <p><b>Fritekst:</b>                      "patient care"                      "patient-centered care"                      "patient centered care"                      "patient centred care"                      "continuity of care"                      "continuity of patient care"                      "shared care"                      "enhanced care"                      "enhanced patient care"                      "integrated health care system"                      "integrated health care"                      "people centered care"                      "integrated care"                      "patient care transitions"                      "care transitions"                      "continuum of care"                      "patient focused care"                      "comprehensive health care"</p>

GDM:

MeSH: "diabetes, gestational" (10.136),

Fritekst: "diabetes, gestational\*" (8557), "Diabetes Mellitus, gestational\*" (5), "Gestational diabetes mellitus\*" (6374), "GDM\*" (5482), "Pregnancy diabetes mellitus\*" (20).

Alle kombineres med OR = (12.519)

#### Postpartum:

MeSH: "postpartum Period" (58.109)

Fritekst: "postpartum Period\*" (27.013), "Postnatal Period\*" (5783), "postpartum\*" (61.120), "post partum\*" (10.775), "Puerperium\*" (8093).

Alle kombineres med OR = (107.779)

#### Forebyggelse:

"Primary Prevention" (primær forebyggelse) ligger under MeSH termen preventive Health services, hvorfor denne benyttes.

MeSH: "preventive Health services" (540.528),

Fritekst: "preventive Health services\*" (12.828), "Prevention\*" (1.561.076), "Prevention intervention\*" (2107) (Fritekst på Headnings fra Cinahl medtages ikke, da ordet ikke oversættes til forebyggelse)

Alle kombineres med OR = (1.886.947)

#### T2DM:

Findes som MeSH term.

MeSH: "Diabetes Mellitus, Type 2" (113.140)

Fritekst: "Diabetes Mellitus, Type 2\*" (113.307), "Type 2 diabetes mellitus\*" (125.491), "Type two diabetes mellitus\*" (52), "non insulin dependent diabetes mellitus\*" (6798).

Alle kombineres med OR = (127.365)

#### Sammenhængende patientforløb:

Continuity of patient care ligger som MeSH term under "patient care" og "comprehensive Health care", hvorfor disse fremsøges som MeSH. "Patient-centered care" ligger som MeSH under "comprehensive Health care" → fremsøges ikke yderligere som MeSH.

MeSH: "patient care" (854.654), "comprehensive health care" (270.576),

Fritekst: "patient care\*" (170.594), "patient centered care\*" (17.916), "shared services, health care\*" (9897), "shared care\*" (1149), "integrated care\*" (3898), "continuity of care\*" (5646), "continuity of patient care\*" (17.523), "enhanced care\*" (243), "enhanced patient care\*" (100), "people centered care\*" (8), "patient care transitions\*" (34), "patient centred care\*" (1515), "care transitions\*" (877), "continuum of care\*" (2081), "patient focused care\*" (350), "comprehensive health care\*" (7031), (alle fritekst er forsøgt som MeSH)

Alle kombineres med OR = (1.122.877)

Søgeord for GDM og postpartum kombineres med AND = (1321)

Søgeord for T2DM, forebyggelse og postpartum kombineres med AND (162)

Resultater kombineret med OR: (GDM + postpartum) OR (T2DM, forebyggelse og postpartum) = (1342)

Kombination af Sammenhængende patientforløb AND ((GDM+ postpartum) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum)) (172)

## Cinahl

AND	
OR	Kvinder med tidligere GDM (P)      Sammenhængende patientforløb (I)
<p><b>Facet 1:</b></p> <p><b>Gestational diabetes:</b> <b>MeSH:</b> -“diabetes, gestational”</p> <p><b>Fritekst:</b> -“diabetes, gestational*” -“Diabetes Mellitus, gestational*” -“Gestational diabetes mellitus*” -“GDM*” -“Pregnancy diabetes mellitus*”</p> <p><b>Postpartum:</b> <b>MeSH:</b> -“postpartum Period”</p> <p><b>Fritekst:</b> -“postpartum Period*” -“Postnatal Period*” -“postpartum*” -“post partum*” -“Puerperium*”</p> <p><b>Forebyggelse:</b> <b>MeSH:</b> - “preventive health services</p> <p><b>Fritekst:</b> - “preventive health services*” - “prevention*” - “prevention intervention*”</p> <p><b>T2DM:</b> <b>MeSH:</b> -“Diabetes Mellitus, Type 2”</p> <p><b>Fritekst:</b> -”Diabetes Mellitus, Type 2*” -“Type 2 diabetes mellitus*” -“Type two diabetes mellitus*” -“non insulin dependent diabetes mellitus*”</p>	<p><b>Facet 2:</b></p> <p><b>MeSH:</b> - “Patient care” - “comprehensive health care” - “integrated health care system” - “shared care” (candidate term) - “integrated care” (candidate term)</p> <p><b>Fritekst:</b> “patient care” “patient-centered care” “patient centered care” “patient centred care” “continuity of care” “continuity of patient care” “shared care” “enhanced care” “enhanced patient care” “integrated health care system” “integrated health care” ” people centered care “ “integrated care” “patient care transitions” “care transitions” “continuum of care” “patient focused care” “comprehensive health care”</p>

### Forebyggelse:

Prevention er ikke en Cinahl Heading, preventive Health care er en Heading, der ligger under

“environment and public Health” og “Health services” Disse overordnede Headnings fremsøges for at inkludere forebyggelse. Søgeordene explodes for at få alle bøjninger med. “environment and public Health\*” (705.948), “Health services\*” (663.555)

Fritekst: “environment and public Health\*” (143) (der er søgt med og uden trunkering, gav samme resultat), “Health services\*” (154.118) (uden trunkering 154.041, hvorfor det blev valgt at søge med trunkering). “Prevention\*” (393.613), “Prevention intervention\*” (2260) (generelt færre hits uden trunkering, hvorfor trunkering anvendes).

Alle kombineres med OR = (1.394.540)

#### Postpartum:

Her vælges “Postnatal Period” da denne Heading går på kvinden, frem for “Postnatal care”, der er rettet mod pleje af barnet. Heading: “Postnatal Period\*” (6895)

Fritekst: “Postnatal Period\*” (5366) (uden trunkering= 5292), “postpartum\*” (13.276), “post partum\*” (1018), “Puerperium\*” (659).

Alle kombineres med OR = (18.079)

#### T2DM:

Heading: “Diabetes Mellitus, Type 2” (kan ikke explodes) (31.500)

Fritekst: “Diabetes Mellitus, Type 2\*” (41.423), “Type 2 diabetes mellitus\*” (5719), “Type two diabetes mellitus\*” (17), “non insulin dependent diabetes mellitus\*” (410).

Alle kombineres med OR = (42.824)

#### GDM

Heading: “Diabetes Mellitus, gestational” (kan ikke explodes) (3468)

Fritekst: “Diabetes Mellitus, gestational\*” (3473), “Gestational diabetes mellitus\*” (1868), “GDM\*” (1293), “Pregnancy diabetes mellitus\*” (4).

Alle kombineres med OR = (3887)

#### Sammenhængende patientforløb:

Heading: “patient care” (491.960), “shared services, Health care” (437), (kan ikke explodes), (Health care delivery, integrated fremkommer ved søgning på integrated Health care, det vurderes at disse termer ikke dækker over det samme, hvorfor det ikke medtages + “continuity of patient care\*” og “transition care\*” fremsøges ikke som Heading, da de ligger under patient care”)

Fritekst: “patient care\*” (51.932), “patient centered care\*” (18.627), “shared services, health care\*” (437), “shared care\*” (442), “integrated care\*” (1679), “continuity of care\*” (2776), “continuity of patient care\*” (9137), “enhanced care\*” (165), “enhanced patient care\*” (53), “people centered care\*” (27), “patient care transitions\*” (15), “patient centred care\*” (675), “care transitions\*” (468), “continuum of care\*” (1206), “patient focused care\*” (295), “comprehensive health care\*” (242),

Alle kombineres med OR = (509.737)

Søgeord for GDM og postpartum kombineres med AND = (412)

Søgeord for T2DM, forebyggelse og postpartum kombineres med AND (131)

Resultater kombineret med OR: (GDM + postpartum) OR (T2DM, forebyggelse og postpartum) = (449)

Kombination af Sammenhængende patientforløb AND ((GDM+ postpartum) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum)) (129)

### Sociological Abstracts:

AND	
OR	Kvinder med tidligere GDM (P)      Sammenhængende patientforløb (I)
	<b>Facet 1:</b>
	<b>Gestational diabetes:</b>
	<b>Emtree:</b> - "Pregnancy diabetes mellitus"
	<b>Fritekst:</b> - "GDM" - "gestational diabetes mellitus*" - "diabetes mellitus gestationel*" - "pregnancy diabetes mellitus*"
	<b>Postpartum:</b>
	<b>Emtree:</b> - " postnatal care*"
	<b>Fritekst:</b> - "Postnatal care*" - "postpartum*" - "post partum*" - "Puerperium*"
	<b>Forebyggelse:</b>
	<b>Emtree:</b> - "Prevention"
	<b>Fritekst:</b> - "Prevention intervention*" - "Prevention*"
	<b>T2DM:</b>
	<b>Emtree:</b> - "non insulin dependent diabetes mellitus"
	<b>Fritekst:</b> - "type 2 diabetes mellitus*" - "type two diabetes mellitus*" - "non insulin dependent diabetes mellitus*"
	<b>Facet 2:</b>
	<b>Emtree:</b> - "Patient care" - "integrated health care system" - "shared care" (candidate term) - "integrated care" (candidate term)
	<b>Fritekst:</b> "patient care" "patient-centered care" "patient centered care" "patient centred care" "continuity of care" "continuity of patient care" "shared care" "enhanced care" "enhanced patient care" "integrated health care system" "integrated health care" "people centered care " "integrated care" "patient care transitions" "care transitions" "continuum of care" "patient focused care" "comprehensive health care"

### Forebyggelse:

Thesaurus: "Prevention" (11.880), (Prevention intervention ligger som thesaurus under Prevention, hvorfor denne ikke fremsøges yderligere).

Fritekst: "Prevention\*" (46.109), "Prevention intervention\*" (1498) (generelt færre hits uden trunkering, hvorfor trunkering anvendes).

Alle kombineres med OR = (46.898)

#### Postpartum:

Thesaurus: Kan ikke fremsøges som thesaurus

Fritekst: "Postnatal Period\*" (115), "postpartum\*" (2040), "post partum\*" (452), "Puerperium\*" (56).

Alle kombineres med OR = (2393)

#### T2DM:

Thesaurus: "Diabetes" (1062), (Type 2 Diabetes findes ikke som Thesaurus, skal indgå som inklusionskriterie)

Fritekst: "Diabetes\*" (5323), "Diabetes Mellitus, Type 2\*" (0), "Type 2 diabetes mellitus\*" (129), "Type two diabetes mellitus\*" (1), "non insulin dependent diabetes mellitus\*" (71).

Alle kombineres med OR = (5323) (De søgninger der giver 0 resultater, er slettet af litteraturoversigten på skærmpriintet)

#### GDM

Thesaurus: "Diabetes" (1062) (Gestational Diabetes Mellitus findes ikke som thesaurus, vi søger den frem som Diabetes og som fritekst ord)

Fritekst: "Diabetes\*" (5323), "Diabetes Mellitus, gestational\*" (0), "Gestational diabetes mellitus\*" (19), "GDM\*" (28), "Pregnancy diabetes mellitus\*" (0).

Alle kombineres med OR = (5344)

#### Sammenhængende patientforløb:

Thesaurus: (kan ikke fremsøges som; continuity of care, patient centered care, shared care, enhanced care, patient care - fremsøges kun som fritekst)

Fritekst: "patient care\*" (2100), "patient centered care\*" (218), "shared care\*" (147), "integrated care\*" (322), "continuity of care\*" (584), "continuity of patient care\*" (23), "enhanced care\*" (44), "enhanced patient care\*" (0), "people centered care\*" (1), "patient care transitions\*" (0), "patient centred care\*" (82), "care transitions\*" (154), "continuum of care\*" (349), "patient focused care\*" (12), "comprehensive health care\*" (248),

Alle kombineres med OR = (søgt over 2 gange og kombineret med (3139) OR (823), da databasen ikke kan håndtere det hele)

Søgeord for GDM og postpartum kombineres med AND = (95)

Søgeord for T2DM, forebyggelse og postpartum kombineres med AND (51)

Resultater kombineret med OR: (GDM + postpartum) OR (T2DM, forebyggelse og postpartum) = (95)

Kombination af Sammenhængende patientforløb AND ((GDM+ postpartum) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum))

Denne kombineres med de to halvdele af sammenhængende patientforløb (Sociological Abstract kunne ikke rumme søgningen på sammenhængende patientforløb hvorfor denne deles i to og fremsøges sammen med ((GDM+ postpartum) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum)) ((GDM+ postpartum) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum) OR (((GDM+ postpartum) AND sammenhængende patientforløb (3139)) OR (forebyggelse af T2DM i postpartum) AND sammenhængende patientforløb (823))) = (3)



## Cochrane

	AND
OR	<b>Kvinder med tidligere GDM (P)</b> <b>Sammenhængende patientforløb (I)</b>
	<b>Facet 1:</b> <b>Facet 2:</b>
	<b>Gestational diabetes:</b> <b>MeSH:</b> Der anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>Fritekst:</b> "continuity of patient care**"
	<b>Fritekst:</b> -"gestational diabetes mellitus"
	<b>Postpartum:</b> <b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>Fritekst:</b> -"postpartum Period**" - "Puerperium**"
	<b>Forebyggelse:</b> <b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>Fritekst:</b> - "Prevention**"
	<b>T2DM:</b> <b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>MeSH:</b> Her anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen
	<b>Fritekst:</b> -"type 2 diabetes mellitus"

Søgedatabasen Cochrane er forsøgt afsøgt ud fra samme strategi, som anvendt i de andre søgedatabaser. Dette viste sig ikke at være muligt, hvorfor der blev søgt hjælp ved AAU-bibliotekar. Der blev ud fra denne vejledning opsat en ny søgestruktur, der var egnet til Cochrane. Emneord valgt ud fra søgning i PubMed.

Der anvendes ikke MeSH termer, for at optimere søgningen ud fra databasens formåen.

Der søges på følgende:

"gestational diabetes mellitus" (725)

"postpartum Period\*\*" (1401)

"Puerperium\*\*" (849)

“type 2 diabetes mellitus” (6020)

“Prevention\*” (73.678)

“continuity of patient care\*” (704)

Ovenstående søgeord kobles i nedenstående søgestreng, der hver især repræsenterer en enkelt søgning, der overgår til læsning af title og abstract.

“gestational diabetes mellitus” AND (“postpartum period\*” OR “puerperium\*”) (53)

“gestational diabetes mellitus” AND “prevention\*” (132)

“gestational diabetes mellitus” AND “continuity of patient care\*” (0)

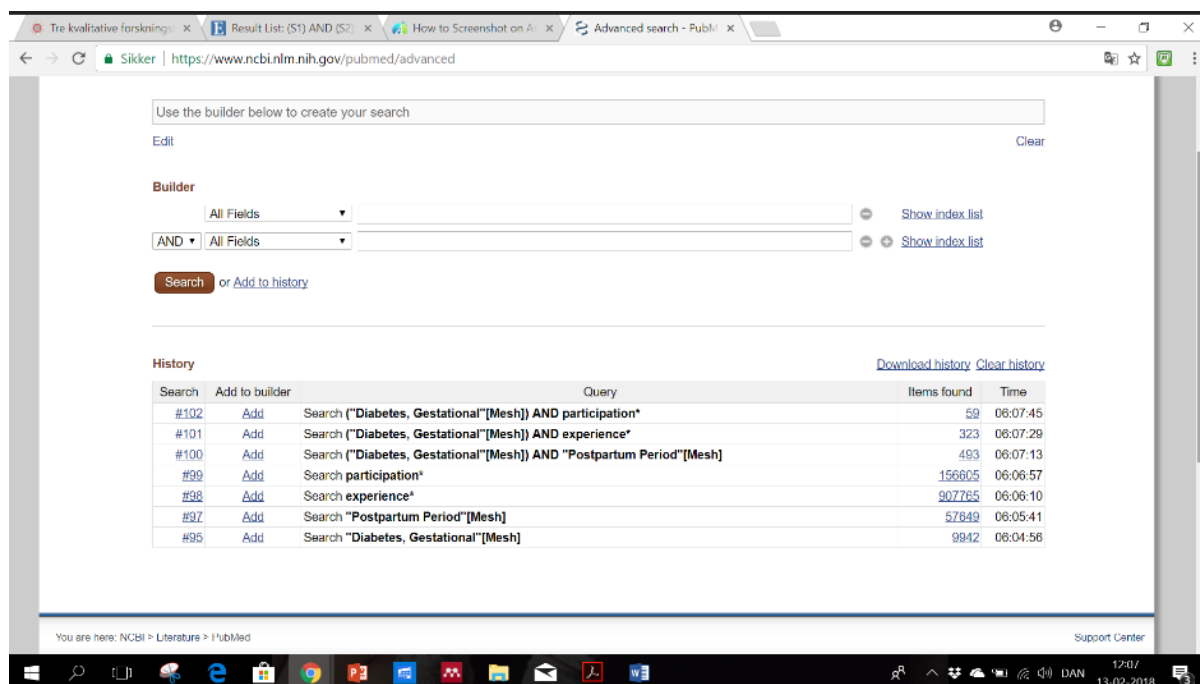
“type 2 diabetes mellitus” AND (“postpartum period\*” OR “puerperium\*”) AND “prevention\*” (3)

“type 2 diabetes mellitus” AND (“postpartum Period\*” OR “Puerperium\*”) (6)

## 11.2.6 Dokumentation af søgeresultater

### 11.2.6.1 Dokumentation af indledende systematiske litteratursøgninger

#### Søgning i databasen PubMed



The screenshot shows the PubMed Advanced Search Builder interface. The main search area has a text input field with the placeholder "Use the builder below to create your search". Below this is a "Builder" section with a dropdown menu set to "All Fields" and a "Search" button. A "History" section is visible below, containing a table of previous searches.

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#102	Add	Search ("Diabetes, Gestational"[Mesh]) AND participation*	59	06:07:45
#101	Add	Search ("Diabetes, Gestational"[Mesh]) AND experience*	323	06:07:29
#100	Add	Search ("Diabetes, Gestational"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]	493	06:07:13
#99	Add	Search participation*	156605	06:06:57
#98	Add	Search experience*	907765	06:06:10
#97	Add	Search "Postpartum Period"[Mesh]	57849	06:05:41
#95	Add	Search "Diabetes, Gestational"[Mesh]	9942	06:04:56

#### Søgning i databasen Embase

Metode - Google Dr... Litteratursøgning - G... Formål & Problemf... Indledende system... (1) Facebook x Embase x

https://www-embase-com.zorac.aub.aau.dk/#advancedSearch/resultspage/history.6/page.1/25.items/orderby.date/source.

Apps Apps Foreldreintra Overlu... Foreldreintra mølle... Velkommen til Face... Forside Rikke Larsen - Outlo... STADS-selvbetjening Aalborg Universitets... Andre bogmærker

Coming up in April: we will talk about how Embase can support Medical Affairs' daily tasks and get the quick and accurate access to the latest literature. [Join us on Thursday April 19.](#)

**Embase®** Search Entree Journals **Results** My tools Register Login (1) Vælg sprog

#5 AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py)

Search Mapping Date Sources Fields Quick limits EBM Pub types Languages Gender Age Animal Search tips

**Results Filters**  History Save Delete Print view Export Email Combine using  And  Or Collapse

- #6 #5 AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py) 868
- #6 #1 AND #4 1,100
- #4 #2 OR #3 1,288,046
- #3 'experience\*' 1,288,046
- #2 'experience'/exp 34,221
- #1 'pregnancy diabetes mellitus'/exp 29,864

868 results for search #6 [Set email alert](#) [Set RSS feed](#) [Search details](#) [Index miner](#)

Results View Print Export Email Order Add to Clipboard 1 - 25

Select number of items Selected: 0 (clear) Show all abstracts Sort by:  Relevance  Publication Year  Entry Date

---

Skærbilleder til do... (2) Facebook x Søgning - Google x Indledende system... Exported Print HTML... Embase x

https://www-embase-com.zorac.aub.aau.dk/#advancedSearch/resultspage/history.4/page.1/25.items/orderby.date/source.

Apps Apps Foreldreintra Overlu... Foreldreintra mølle... Velkommen til Face... Forside Rikke Larsen - Outlo... STADS-selvbetjening Aalborg Universitets... Andre bogmærker

Coming up in April: we will talk about how Embase can support Medical Affairs' daily tasks and get the quick and accurate access to the latest literature. [Join us on Thursday April 19.](#)

**Embase®** Search Entree Journals **Results** My tools Register Login (1) Vælg sprog

#3 AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py)

Search Mapping Date Sources Fields Quick limits EBM Pub types Languages Gender Age Animal Search tips

**Results Filters**  History Save Delete Print view Export Email Combine using  And  Or Collapse

- #4 #3 AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py) 991
- #3 #1 AND #2 1,257
- #2 'puerperium'/exp 57,371
- #1 'pregnancy diabetes mellitus'/exp 29,864

991 results for search #4 [Set email alert](#) [Set RSS feed](#) [Search details](#) [Index miner](#)

Results View Print Export Email Order Add to Clipboard 1 - 25

Select number of items Selected: 0 (clear) Show all abstracts Sort by:  Relevance  Publication Year  Entry Date

1 Retinal vasculature and 5-year metabolic syndrome among women with gestational diabetes mellitus  
Li L.J., Tan K.H., Aris I.M., Man R.E.K., Gan A.T.L., Chong Y.S., Saw S.M., Gluckman P., Wong T.Y., Lamoureaux E.

The screenshot shows the Embase search results page. The search query is "#3 AND (2008-py OR 2009-py OR 2010-py OR 2011-py OR 2012-py OR 2013-py OR 2014-py OR 2015-py OR 2016-py OR 2017-py OR 2018-py)". The results are filtered by search #4, which is "#3 AND (2008-py OR 2009-py OR 2010-py OR 2011-py OR 2012-py OR 2013-py OR 2014-py OR 2015-py OR 2016-py OR 2017-py OR 2018-py)". The top result is "Postpartum glucose intolerance: An updated overview" by Pascore L, Chieffari E, Vero R, Brunetti A.

## Søgning i databasen Cinahl

The screenshot shows the EBSCOhost search history page. The search terms are listed in a table with columns for Search ID#, Search Terms, Search Options, and Actions. The search terms include "(S1) AND (S4)", "(S1) AND (S3)", "(S1) AND (S2)", "Participation\*", "experience\*", "(MH \"Postnatal Period+)\", and "(MH \"Diabetes Mellitus, Gestational\")".

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S7	(S1) AND (S4)	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (24)   View Details   Edit
S6	(S1) AND (S3)	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (140)   View Details   Edit
S5	(S1) AND (S2)	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (174)   View Details   Edit
S4	Participation*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (56,304)   View Details   Edit
S3	experience*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (225,112)   View Details   Edit
S2	(MH \"Postnatal Period+\")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (6,720)   View Details   Edit
S1	(MH \"Diabetes Mellitus, Gestational\")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,351)   View Details   Edit

## Søgning i databasen Sociological Abstract

Combine searches:  Search

Examples: 1 AND 3 or "6"  
(1 AND 3) OR (1 AND 2)  
3 NOT treatment

Items selected: 0 [Delete](#) [Save](#) [Show all details](#) [Export all searches](#)

Set	Search	Databases	Results	Actions
S14	S2 AND S6 ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	15*	Actions ▼
S12	S2 AND S3 ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	11*	Actions ▼
S11	S2 AND S5 ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	41*	Actions ▼
S9	S2 AND S5 ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	41*	Actions ▼
S6	Participation* ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	97,217*	Actions ▼
S5	Experience* ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	218,259*	Actions ▼
S3	postpartum* ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	1,803*	Actions ▼
S2	*gestational diabetes* ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	61*	Actions ▼

\* Duplicates are removed from your search, but included in your result count.

### 11.2.6.2 Dokumentation af systematiske litteratursøgninger

Af nedenstående tabeller fremgår oversigter over resultatet af de enkelte søgninger, samt ved kombination mellem de forskellige facetter.

Søgeresultater som indgår i facet 1	EMBASE	PubMed	Sociological Abstract	CINAHL	Cochrane
Gestational diabetes	27.544	12.519	5344	3887	725
Postpartum	154.936	107.779	2393	18.079	2250
Prevention	2.540.533	1.886.947	46.898	1.394.540	73.678
T2DM	243.760	127.365	5323	42.824	6020

Database Facet	PubMed	Embase	Cinahl	Sociological Abstract	Cochrane
Facet 1	1342	3687	449	95	
Facet 2	1.122.877	763.526	509.737	3962	704
Facet 1 + 2	172	348	129	3	



		"Postpartum Period*") OR "postnatal period*") OR "postpartum*") OR "post partum*") OR "puerperium*") AND (((("Preventive Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services*") OR "prevention*") OR "prevention intervention*") AND (((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus, Type 2*") OR "Type 2 diabetes mellitus*") OR "Type two diabetes mellitus*") OR "non insulin dependent diabetes mellitus*"))	
<a href="#">#59</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Postpartum Period"[Mesh] OR "Postpartum Period*") OR "postnatal period*") OR "postpartum*") OR "post partum*") OR "puerperium*") AND (((("Preventive Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services*") OR "prevention*") OR "prevention intervention*") AND (((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus, Type 2*") OR "Type 2 diabetes mellitus*") OR "Type two diabetes mellitus*") OR "non insulin dependent diabetes mellitus*"))	<a href="#">162</a>
<a href="#">#58</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Diabetes, Gestational"[Mesh] OR "Diabetes, Gestational*") OR "Diabetes Mellitus, Gestational*") OR "Gestational Diabetes Mellitus*") OR "Pregnancy Diabetes Mellitus*") OR "GDM*") AND (((("Postpartum Period"[Mesh] OR "Postpartum Period*") OR "postnatal period*") OR "postpartum*") OR "post partum*") OR "puerperium*"))	<a href="#">1321</a>
<a href="#">#57</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((((((((((((((("Patient Care"[Mesh] OR "Patient Care*") OR "Comprehensive Health Care"[Mesh] OR "Comprehensive Health Care*") OR "patient centered care*") OR "shared care*") OR "shared services, health care*") OR "integrated care*") OR "continuity of care*") OR "continuity of patient care*") OR "enhanced care*") OR "enhanced patient care*") OR "people centered care*") OR "patient care transitions*") OR "patient centred care*") OR "care transitions*") OR "continuum of care*") OR "patient focused care*")	<a href="#">1122877</a>
<a href="#">#56</a>	<a href="#">Add</a>	Search "patient focused care*"	<a href="#">350</a>
<a href="#">#55</a>	<a href="#">Add</a>	Search "continuum of care*"	<a href="#">2081</a>
<a href="#">#54</a>	<a href="#">Add</a>	Search "care transitions*"	<a href="#">877</a>
<a href="#">#53</a>	<a href="#">Add</a>	Search "patient centred care*"	<a href="#">1515</a>
<a href="#">#52</a>	<a href="#">Add</a>	Search "patient care transitions*"	<a href="#">34</a>
<a href="#">#51</a>	<a href="#">Add</a>	Search "people centered care*"	<a href="#">8</a>
<a href="#">#50</a>	<a href="#">Add</a>	Search "enhanced patient care*"	<a href="#">100</a>
<a href="#">#49</a>	<a href="#">Add</a>	Search "enhanced care*"	<a href="#">243</a>
<a href="#">#48</a>	<a href="#">Add</a>	Search "continuity of patient care*"	<a href="#">17523</a>
<a href="#">#47</a>	<a href="#">Add</a>	Search "continuity of care*"	<a href="#">5646</a>
<a href="#">#45</a>	<a href="#">Add</a>	Search "integrated care*"	<a href="#">3898</a>
<a href="#">#44</a>	<a href="#">Add</a>	Search "shared care*"	<a href="#">1149</a>
<a href="#">#43</a>	<a href="#">Add</a>	Search "shared services, health care*"	<a href="#">9897</a>
<a href="#">#42</a>	<a href="#">Add</a>	Search "patient centered care*"	<a href="#">17916</a>
<a href="#">#41</a>	<a href="#">Add</a>	Search "Comprehensive Health Care*"	<a href="#">7031</a>
<a href="#">#40</a>	<a href="#">Add</a>	Search "Comprehensive Health Care"[Mesh]	<a href="#">270576</a>

#38	<a href="#">Add</a>	Search "Patient Care"	<a href="#">170594</a>
#37	<a href="#">Add</a>	Search "Patient Care"[Mesh]	<a href="#">854654</a>
#34	<a href="#">Add</a>	Search (((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) OR "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "Type 2 diabetes mellitus") OR "Type two diabetes mellitus") OR "non insulin dependent diabetes mellitus"	<a href="#">127365</a>
#33	<a href="#">Add</a>	Search "non insulin dependent diabetes mellitus"	<a href="#">6798</a>
#32	<a href="#">Add</a>	Search "Type two diabetes mellitus"	<a href="#">52</a>
#31	<a href="#">Add</a>	Search "Type 2 diabetes mellitus"	<a href="#">125491</a>
#30	<a href="#">Add</a>	Search "Diabetes Mellitus, Type 2"	<a href="#">113307</a>
#29	<a href="#">Add</a>	Search "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]	<a href="#">113140</a>
#27	<a href="#">Add</a>	Search (((("Preventive Health Services"[Mesh]) OR "Preventive Health Services") OR "prevention") OR "prevention intervention"	<a href="#">1886947</a>
#26	<a href="#">Add</a>	Search "prevention intervention"	<a href="#">2107</a>
#25	<a href="#">Add</a>	Search "prevention"	<a href="#">1561076</a>
#24	<a href="#">Add</a>	Search "Preventive Health Services"	<a href="#">12828</a>
#23	<a href="#">Add</a>	Search "Preventive Health Services"[Mesh]	<a href="#">540528</a>
#21	<a href="#">Add</a>	Search (((("Postpartum Period"[Mesh]) OR "Postpartum Period") OR "postnatal period") OR "postpartum") OR "post partum") OR "puerperium"	<a href="#">107779</a>
#20	<a href="#">Add</a>	Search "puerperium"	<a href="#">8093</a>
#19	<a href="#">Add</a>	Search "post partum"	<a href="#">10775</a>
#18	<a href="#">Add</a>	Search "postpartum"	<a href="#">61120</a>
#17	<a href="#">Add</a>	Search "postnatal period"	<a href="#">5783</a>
#16	<a href="#">Add</a>	Search "Postpartum Period"	<a href="#">27013</a>
#15	<a href="#">Add</a>	Search "Postpartum Period"[Mesh]	<a href="#">58109</a>
#13	<a href="#">Add</a>	Search (((("Diabetes, Gestational"[Mesh]) OR "Diabetes, Gestational") OR "Diabetes Mellitus, Gestational") OR "Gestational Diabetes Mellitus") OR "Pregnancy Diabetes Mellitus") OR "GDM"	<a href="#">12519</a>
#12	<a href="#">Add</a>	Search "GDM"	<a href="#">5482</a>
#11	<a href="#">Add</a>	Search "Pregnancy Diabetes Mellitus"	<a href="#">20</a>
#10	<a href="#">Add</a>	Search "Gestational Diabetes Mellitus"	<a href="#">6374</a>
#9	<a href="#">Add</a>	Search "Diabetes Mellitus, Gestational"	<a href="#">5</a>
#8	<a href="#">Add</a>	Search "Diabetes, Gestational"	<a href="#">8557</a>
#7	<a href="#">Add</a>	Search "Diabetes, Gestational"[Mesh]	<a href="#">10136</a>



## Søgning I databasen Sociological Abstract

### SEARCH STRATEGY

Set No.	Searched for	Databases	Results
S1	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Prevention")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	11880*
S2	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Prevention") AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	8922°
S3	"Prevention*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	46109*
S4	"Prevention"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	46049*
S5	"Prevention intervention*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	1498°
S6	"Prevention intervention"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	934°
S7	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Prevention") OR "Prevention*" OR "Prevention intervention*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	46898*
S8	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Prevention") OR "Prevention*" OR "Prevention intervention*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	46898*
S9	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Prevention") OR "Prevention*" OR "Prevention intervention*") AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	40702*
S10	"Postnatal period"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	104°
S11	"Postnatal period*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	115°
S12	"Postpartum*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	2040°
S13	"Post partum*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	452°
S14	"Post-partum*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	452°
S15	"Puerperium*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	56°
S16	"Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Post-partum*" OR "Puerperium*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	2393°
S17	("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Post-partum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	2135°
S18	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Diabetes")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	1062°
S19	"Diabetes*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	5323°
S23	"type 2 diabetes mellitus*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	129°
S24	"type two diabetes mellitus*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	1°

S26	"non insulin dependent diabetes mellitus*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	71°
S27	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "type 2 diabetes mellitus*" OR "type two diabetes mellitus*" OR "non insulin dependent diabetes mellitus*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	5323°
S28	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "type 2 diabetes mellitus*" OR "type two diabetes mellitus*" OR "non insulin dependent diabetes mellitus*") AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	4795°
S30	"gestational diabetes mellitus*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	19°
S33	"GDM*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	28°
S34	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "gestational diabetes mellitus*" OR "GDM*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	5344°
S35	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "gestational diabetes mellitus*" OR "GDM*") AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	4815°
S36	"patient care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	2100°
S37	"patient centered care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	218°
S39	"shared care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	147°
S40	"integrated care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	322°
S41	"continuity of care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	584°
S42	"continuity of patient care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	23°
S43	"enhanced care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	44°
S45	"people centered care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	1°
S47	"care transitions*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	154°
S48	"patient centred care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	82°
S49	"continuum of care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	349°
S50	"patient focused care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	12°
S51	"comprehensive health care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	248°
S52	"patient care*" OR "patient centered care*" OR "shared care*" OR "integrated care*" OR "continuity of care*" OR	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	3139°

S53	"continuity of patient care*" OR "enhanced care*" "people centered care*" OR "care transitions*" OR "patient centred care*" OR "continuum of care*" OR "patient focused care*" OR "comprehensive health care*"	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	823°
S54	((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "gestational diabetes mellitus*" OR "GDM*") AND PEER(yes)) AND (("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Post-partum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	95°
S55	((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "type 2 diabetes mellitus*" OR "type two diabetes mellitus*" OR "non insulin dependent diabetes mellitus*") AND PEER(yes)) AND ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Prevention") OR "Prevention*" OR "Prevention intervention*") AND PEER(yes)) AND (("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Post-partum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	51°
S56	((((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "gestational diabetes mellitus*" OR "GDM*") AND PEER(yes)) AND (("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Post-partum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes))) OR (((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "type 2 diabetes mellitus*" OR "type	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	95°

S57	<p>two diabetes mellitus*" OR "non insulin dependent diabetes mellitus*") AND PEER(yes)) AND ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Prevention") OR "Prevention*" OR "Prevention intervention*") AND PEER(yes)) AND (("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Postpartum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes)))</p> <p>(((((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "gestational diabetes mellitus*" OR "GDM*") AND PEER(yes)) AND (("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Postpartum*" OR "Post-partum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes))) OR (((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "type 2 diabetes mellitus*" OR "type two diabetes mellitus*" OR "non insulin dependent diabetes mellitus*") AND PEER(yes)) AND ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Prevention") OR "Prevention*" OR "Prevention intervention*") AND PEER(yes)) AND (("Postnatal period*" OR "Postpartum*" OR "Post partum*" OR "Postpartum*" OR "Puerperium*") AND PEER(yes)))) AND ("patient care*" OR "patient centered care*" OR "shared care*" OR "integrated care*" OR "continuity of care*" OR "continuity of patient care*" OR "enhanced care*")) OR (((((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Diabetes") OR "Diabetes*" OR "gestational diabetes mellitus*" OR</p>	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	3°
-----	--	--	----

"GDM\*" AND PEER(yes)) AND  
 (("Postnatal period\*" OR  
 "Postpartum\*" OR "Post  
 partum\*" OR "Post-partum\*"  
 OR "Puerperium\*") AND  
 PEER(yes))) OR  
 (((MAINSUBJECT.EXACT.EXP  
 LOD("Diabetes") OR  
 "Diabetes\*" OR "type 2  
 diabetes mellitus\*" OR "type  
 two diabetes mellitus\*" OR  
 "non insulin dependent  
 diabetes mellitus\*") AND  
 PEER(yes)) AND  
 ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPL  
 ODE("Prevention") OR  
 "Prevention\*" OR "Prevention  
 intervention\*") AND  
 PEER(yes)) AND ("Postnatal  
 period\*" OR "Postpartum\*" OR  
 "Post partum\*" OR "Post-  
 partum\*" OR "Puerperium\*")  
 AND PEER(yes)))) AND  
 ("people centered care\*" OR  
 "care transitions\*" OR "patient  
 centred care\*" OR "continuum  
 of care\*" OR "patient focused  
 care\*" OR "comprehensive  
 health care\*"))

- \* Duplicates are removed from your search, but included in your result count.
- ° Duplicates are removed from your search and from your result count.

## Søgning i databasen Cinahl

25/4/2018

Print Search History: EBSCOhost



Wednesday, April 25, 2018 8:11:56 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S48	S44 AND S47	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	129
S47	S45 OR S46	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	449
S46	S40 AND S41 AND S42	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	131
S45	S41 AND S43	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	412
S44	S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	509,737
S43	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,887
S42	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	42,824

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=119&sid=86446672-f784-461c-9f6d-a769c278090a%40sessionmgr103&bquery=%22coi>

			Search Database - CINAHL with Full Text	
S41	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,079
S40	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,394,540
S39	"comprehensive health care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	242
S38	"patient focused care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	295
S37	"continuum of care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,206
S36	"care transitions**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	468
S35	"patient centred care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	675

S34	"patient care transitions**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	15
S33	"people centered care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	27
S32	"enhanced patient care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	53
S31	"enhanced care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	165
S30	"continuity of care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,776
S29	"continuity of patient care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	9,137
S28	"integrated care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,679
S27	"Shared care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	442



			Search Database - CINAHL with Full Text	
S26	"Shared Services, Health Care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	437
S25	(MH "Shared Services, Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	437
S24	"Patient centered Care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,627
S23	"Patient Care**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	51,932
S22	(MH "Patient Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	491,960
S21	"Pregnancy diabetes mellitus**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4
S20	"GDM**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,293

S19	"Gestational Diabetes Mellitus**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,868
S18	"Diabetes Mellitus Gestational**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,473
S17	(MH "Diabetes Mellitus, Gestational")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,468
S16	"non insulin dependent diabetes mellitus**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	410
S15	"Type two Diabetes Mellitus**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	17
S14	"Type 2 Diabetes Mellitus**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,719
S13	"Diabetes Mellitus, Type 2**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	41,423
S12	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	31,500

			Search Database - CINAHL with Full Text	
S11	"Puerperium**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	659
S10	"Postpartum**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,276
S9	"Post partum**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,018
S8	"Postnatal Period**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,366
S7	(MH "Postnatal Period+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	6,895
S6	"prevention intervention**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,260
S5	"prevention**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	393,613

25/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

S4	"Health Services*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	154,118
S3	(MH "Health Services+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	663,555
S2	"Environment and Public Health*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	143
S1	(MH "Environment and Public Health+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	705,948

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=119&sid=86446672-f784-461c-9f6d-a769c278090a%40sessionmgr103&bquery=%22coi>

# Søgning I databasen Embase

25/4/2018

Embase Search Queries - søgning 24.04.18

## Embase Search Queries - søgning 24.04.18

no\_reply@elsevier.com

Sendt: 24. april 2018 13:37

Til: 18gr10323



Search Queries		Results	Date
No.	Query		
#53	((('postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium') AND (('gdm' OR 'gestationel diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus gestationel') OR 'pregnancy diabetes mellitus')) OR (('postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium') AND (('prevention'/exp OR 'prevention intervention') OR 'prevention') AND (('non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'type 2 diabetes' OR 'type two diabetes') OR 'non insulin dependent diabetes mellitus')) AND ('patient care'/exp OR 'patient care' OR 'patient-centered care' OR 'patient centered care' OR 'patient centred care' OR 'continuity of care' OR 'continuity of patient care' OR 'shared care' OR 'enhanced care' OR 'enhanced patient care' OR 'shared care'/exp OR 'integrated health care system'/exp OR 'integrated health care system' OR 'integrated health care' OR 'people centered care' OR 'people -centered care' OR 'integrated care' OR 'integrated care'/exp OR 'patient care transitions' OR 'care transitions' OR 'continuum of care' OR 'patient focused care' OR 'comprehensive health care')	348	24 Apr 2018
#52	'patient care'/exp OR 'patient care' OR 'patient-centered care' OR 'patient centered care' OR 'patient centred care' OR 'continuity of care' OR 'continuity of patient care' OR 'shared care' OR 'enhanced care' OR 'enhanced patient care' OR 'shared care'/exp OR 'integrated health care system'/exp OR 'integrated health care system' OR 'integrated health care' OR 'people centered care' OR 'people -centered care' OR 'integrated care' OR 'integrated care'/exp OR 'patient care transitions' OR 'care transitions' OR 'continuum of care' OR 'patient focused care' OR 'comprehensive health care'	763526	24 Apr 2018
#51	'comprehensive health care'	1081	24 Apr 2018
#50	'patient focused care'	605	24 Apr 2018
#49	'continuum of care'	2868	24 Apr 2018
#48	'care transitions'	1296	24 Apr 2018
#47	'patient care transitions'	53	24 Apr 2018
#46	'integrated care'/exp	33	24 Apr 2018
#45	'integrated care'	5412	24 Apr 2018
#44	'people -centered care'	9	24 Apr 2018
#43	'people centered care'	9	24 Apr 2018
#42	'integrated health care'	10733	24 Apr 2018
#41	'integrated health care system'	9821	24 Apr 2018
#40	'integrated health care system'/exp	9587	24 Apr 2018
#39	'shared care'/exp	11	24 Apr 2018
#38	'enhanced patient care'	146	24 Apr 2018
#37	'enhanced care'	332	24 Apr 2018

<https://mail.aau.dk/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAAaW32Ng9YRYzLdRXYvgvGBwAAiWzAoi8IS11M9Y13V0ACAAAFtY9AAAAiWzAoi8IS11M9Y13V0AC>

#36	'shared care'	1841	24 Apr 2018
#35	'continuity of patient care'	618	24 Apr 2018
#34	'continuity of care'	7634	24 Apr 2018
#33	'patient centred care'	1942	24 Apr 2018
#32	'patient centered care'	4697	24 Apr 2018
#31	'patient-centered care'	4697	24 Apr 2018
#30	'patient care'	327425	24 Apr 2018
#29	'patient care'/exp	701393	24 Apr 2018
#28	((('postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium') AND (('gdm' OR 'gestational diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus gestationel') OR 'pregnancy diabetes mellitus')) OR (('postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium') AND (('prevention'/exp OR 'prevention intervention') OR 'prevention') AND (('non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'type 2 diabetes' OR 'type two diabetes') OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'))	3687	24 Apr 2018
#27	('postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium') AND (('prevention'/exp OR 'prevention intervention') OR 'prevention') AND (('non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'type 2 diabetes' OR 'type two diabetes') OR 'non insulin dependent diabetes mellitus')	319	24 Apr 2018
#26	('postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium') AND (('gdm' OR 'gestational diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus gestationel') OR 'pregnancy diabetes mellitus')	3627	24 Apr 2018
#25	('non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'type 2 diabetes' OR 'type two diabetes') OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'	243760	24 Apr 2018
#24	'non insulin dependent diabetes mellitus'	214013	24 Apr 2018
#23	('gdm' OR 'gestational diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus gestationel') OR 'pregnancy diabetes mellitus'	27544	24 Apr 2018
#22	'pregnancy diabetes mellitus'	26616	24 Apr 2018
#21	('prevention'/exp OR 'prevention intervention') OR 'prevention'	2540533	24 Apr 2018
#20	'prevention'	1874302	24 Apr 2018
#19	'postnatal care'/exp OR 'postnatal care' OR 'postpartum' OR 'post partum' OR 'puerperium'	154936	24 Apr 2018
#18	'puerperium'	38904	24 Apr 2018
#17	'post partum'	15786	24 Apr 2018
#16	'postpartum'	63725	24 Apr 2018
#15	'postnatal care'/exp OR 'postnatal care'	103188	24 Apr 2018
#14	'postnatal care'	6991	24 Apr 2018
#13	'postnatal care'/exp	102678	24 Apr 2018
#12	'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'type 2 diabetes' OR 'type two diabetes'	242393	24 Apr 2018
#11	'type two diabetes'	246	24 Apr 2018
#10	'type 2 diabetes'	157244	24 Apr 2018
#9	'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp	212592	24 Apr 2018
#8	'gdm' OR 'gestational diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus gestationel'	9076	24 Apr 2018
#7	'diabetes mellitus gestationel'	0	24 Apr 2018
#6	'gestational diabetes mellitus'	5	24 Apr 2018

25/4/2018

Embase Search Queries - søgning 24.04.18

#5	'gdm'	9074	24 Apr 2018
#4	'pregnancy diabetes mellitus'/exp	30100	24 Apr 2018
#3	'prevention'/exp OR 'prevention intervention'	1279579	24 Apr 2018
#2	'prevention intervention'	2836	24 Apr 2018
#1	'prevention'/exp	1277691	24 Apr 2018

For further information on email alerts please [visit the Embase Info site](#).

**Embase** provides access to more than 28 million validated biomedical and pharmacological records from Embase and MEDLINE.

This email has been sent to you via Embase, a product of Reed Elsevier Properties SA, Registered Office: Espace de l'Europe 3, 2000 Neuchâtel, Switzerland, Tel. +41 32 722 14 80, Registration Number: CHE-104.985.135, VAT Number: CHE-116.336.860

You are receiving this email as a subscriber to Embase alerts. To unsubscribe, please follow the link at the top of this page.

Embase respects your privacy and does not disclose, rent or sell your personal information to any non-affiliated third parties without your consent, except as may be stated in the Embase [Privacy Policy](#).

By using email or alert services, you agree to comply with the Embase [Terms and Conditions](#).

Copyright © 2015 Elsevier B.V.. All rights reserved. Embase is a registered trademark of Elsevier B.V.

# Søgning I databasen Cochrane



Trusted evidence.  
Informed decisions.  
Better health.

[Log in / Register](#)

Search	Search Manager	Medical Terms (MeSH)	Browse
<input type="text" value="Title, Abstract, Keywords"/>	<input type="text" value="gestational diabetes mellitus"/>		<input type="button" value="Go"/> <input type="button" value="Save"/>
<input type="button" value="AND"/> <input type="text" value="Title, Abstract, Keywords"/>	<input type="text" value="prevention"/>		<a href="#">Add to Search Manager</a>
<a href="#">Search Limits</a>	<a href="#">Search Help</a>	(Word variations have been searched)	
<input type="button" value="Clear"/>			

All Results (132)

- Cochrane Reviews (6)
  - All
  - Review
  - Protocol
- Other Reviews (1)
- Trials (123)
- Methods Studies (0)
- Technology Assessments (0)
- Economic Evaluations (2)
- Cochrane Groups (0)

- All
- Current Issue

- Me Methodology
- Dx Diagnostic

Wiley Online Library

Cochrane Database of Systematic Reviews : Issue 5 of 12, May 2018

Issue **updated daily** throughout month

There are **6** results from **10257** records for your search on "gestational diabetes mellitus" in Title, Abstract, Keywords and "prevention" in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews

Sort by

[Select all](#) | [Export all](#) | [Export selected](#)

**Probiotics for preventing gestational diabetes**  
Helen L Barrett , Marloes Dekker Nitert , Louise S Conwell and Leonie K Callaway  
Online Publication Date: February 2014

**Antenatal dietary supplementation with myo-inositol in women during pregnancy for preventing gestational diabetes**  
Tineke J Crawford , Caroline A Crowther , Jane Alsweiler and Julie Brown  
Online Publication Date: December 2015

**Dietary advice interventions in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus**  
Joanna Tieu , Emily Shepherd , Philippa Middleton and Caroline A Crowther



Trusted evidence.  
Informed decisions.  
Better health.

[Log in / Register](#)

Search	Search Manager	Medical Terms (MeSH)	Browse
<input type="text" value="Title, Abstract, Keywords"/>	<input type="text" value="gestational diabetes mellitus"/>		<input type="button" value="Go"/> <input type="button" value="Save"/>
<input type="button" value="AND"/> <input type="text" value="Title, Abstract, Keywords"/>	<input "puerperium"="" or="" type="text" value="postpartum period"/>		<a href="#">Add to Search Manager</a>
<a href="#">Search Limits</a>	<a href="#">Search Help</a>	(Word variations have been searched)	
<input type="button" value="Clear"/>			

All Results (53)

- Cochrane Reviews (1)
  - All
  - Review
  - Protocol
- Other Reviews (1)
- Trials (50)
- Methods Studies (0)
- Technology Assessments (0)
- Economic Evaluations (1)
- Cochrane Groups (0)

- All
- Current Issue

Cochrane Database of Systematic Reviews : Issue 5 of 12, May 2018

Issue **updated daily** throughout month

There is **1** result from **10257** records for your search on "gestational diabetes mellitus" in Title, Abstract, Keywords and "postpartum period" OR "puerperium" in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews

Sort by

[Select all](#) | [Export all](#) | [Export selected](#)

**Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance**  
Philippa Middleton and Caroline A Crowther  
Online Publication Date: March 2014

Export selected



Search      Search Manager      Medical Terms (MeSH)      Browse

To search an exact word(e) use quotation marks, e.g. "hospital" finds hospital; hospital (no quotation marks) finds hospital and hospitals; pay finds paid, pays, paying, payed)

**Add to top**

[-] [+]	#1	"gestational diabetes mellitus":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	S	725
[-] [+]	#2	"postpartum period":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	S	1401
[-] [+]	#3	"Puerperium":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	S	849
[-] [+]	#4	"type 2 diabetes mellitus":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	S	6020
[-] [+]	#5	"prevention":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	S	73678
[-] [+]	#6	"continuity of patient care":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	S	704

**Clear Strategy**    [Search Help](#)     Highlight orphan lines

Save strategy

Strategy Name  **Save Strategy**

Wiley Online Library

Search      Search Manager      Medical Terms (MeSH)      Browse

Title, Abstract, Keywords    "type 2 diabetes mellitus"    **Go**    **Save**

[-] [+]    **AND**    Title, Abstract, Keywords    "postpartum period" OR "puerperium"    [Add to Search Manager](#)

[Search Limits](#)    [Search Help](#)    (Word variations have been searched)

**Clear**

All Results (6)

- Cochrane Reviews (1)
  - All
  - Review
  - Protocol
- Other Reviews (0)
- Trials (5)
- Methods Studies (0)
- Technology Assessments (0)
- Economic Evaluations (0)
- Cochrane Groups (0)

- All
- Current Issue

Cochrane Database of Systematic Reviews : Issue 5 of 12, May 2018

Issue **updated daily** throughout month

There is 1 result from 10257 records for your search on "type 2 diabetes mellitus" in Title, Abstract, Keywords and "postpartum period" OR "puerperium" in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews

Sort by **Relevance: high to low**

Select all | **Export all** | **Export selected**

-  **Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance**  
 Philippa Middleton and Caroline A Crowther  
 Online Publication Date: March 2014

**Review**

**Export selected**

Search	Search Manager	Medical Terms (MeSH)	Browse
Title, Abstract, Keywords	"type 2 diabetes mellitus"		<b>Go</b> <b>Save</b>
AND	Title, Abstract, Keywords	"postpartum period" OR "puerperium"	<a href="#">Add to Search Manager</a>
AND	Title, Abstract, Keywords	"prevention"	
<a href="#">Search Limits</a>	<a href="#">Search Help</a>	(Word variations have been searched)	
<b>Clear</b>			

All Results (3)

- Cochrane Reviews (1)
  - All
  - Review
  - Protocol
- Other Reviews (0)
- Trials (2)
  - Methods Studies (0)
  - Technology Assessments (0)
  - Economic Evaluations (0)
  - Cochrane Groups (0)

- All
- Current Issue

**Me** Methodology

**Cochrane Central Register of Controlled Trials : Issue 4 of 12, April 2018**

There are 2 results from 1145093 records for your search on "type 2 diabetes mellitus" in Title, Abstract, Keywords and "postpartum period" OR "puerperium" in Title, Abstract, Keywords and "prevention" in Title, Abstract, Keywords in Trials

Sort by [Relevance: high to low](#)

[Select all](#) | [Export all](#) | [Export selected](#)

- Diabetes mellitus and abnormal glucose tolerance development after gestational diabetes: a three-year, prospective, randomized, clinical-based, Mediterranean lifestyle interventional study with parallel groups  
Pérez-Ferre N , DelValle L , Torrejón MJ , Barca I , Calvo MI , Matía P , Rubio MA and Calle-Pascual AL  
Clinical nutrition (edinburgh, scotland), 2015, 34(4), 579  
Online Publication Date: 2017
- Interventions to Improve Rate of Diabetes Testing Postpartum in Women With Gestational Diabetes Mellitus  
Hamel MS and Werner EF  
Current diabetes reports, 2017, 17(2) (no pagination)  
Online Publication Date: 2017

**Wiley Online Library**

Search	Search Manager	Medical Terms (MeSH)	Browse
Title, Abstract, Keywords	"gestational diabetes mellitus"		<b>Go</b> <b>Save</b>
AND	Title, Abstract, Keywords	"continuity of patient care"	<a href="#">Add to Search Manager</a>
<a href="#">Search Limits</a>	<a href="#">Search Help</a>	(Word variations have been searched)	
<b>Clear</b>			

All Results (0)

- Cochrane Reviews (0)
  - All
  - Review
  - Protocol
- Other Reviews (0)
- Trials (0)
  - Methods Studies (0)
  - Technology Assessments (0)
  - Economic Evaluations (0)
  - Cochrane Groups (0)

**Cochrane Database of Systematic Reviews : Issue 5 of 12, May 2018**

Issue [updated daily](#) throughout month

There are 0 results from 0 records for your search on "gestational diabetes mellitus" in Title, Abstract, Keywords and "continuity of patient care" in Title, Abstract, Keywords

## 11.3 Bilag 3 kvalitetsvurdering af studier

### Hamel et.al. (2017) (82): JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer Stine Plougmann Date 23.05.18

Author: Hamel et. al. Year: 2017 Record Number: 1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input type="checkbox"/>	Exclude <input checked="" type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

Der præsenteres i studiet ingen metodebeskrivelse, hvorfor det ikke er muligt at vurdere på hvilken baggrund af kvalitet, studiet er udført. De fleste vurderinger er markeret som "NO", idet disse kriterier ikke fremgår af studiet.

**Martinez et. al. (2017) (85): JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses**

Reviewer: Rikke Larsen \_\_\_\_\_ Date: 23.05.18 \_\_\_\_\_

Author: Martinez et. al. Year: \_\_\_\_\_ 2017 \_\_\_\_\_ Record Number: 2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input type="checkbox"/>	Exclude X	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

Der indgår ingen metode beskrivelse, hvorfor det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt studiet lever op til gældende kvalitetskrav.

**Kapustin et. al. (2008) (128): JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses**

Reviewer Camilla Ottesen Date 23.05.18

Author: Kapustin et. al. Year 2008 Record Number: 3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input type="checkbox"/>	Exclude <input checked="" type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

Udgår pga. Manglende metodebeskrivelse, der ikke muliggør en vurdering af den metodemæssige kvalitet.

## Mendez-Figueroa et. al. (2014) (83): JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer: Stine Plougmann \_\_\_\_\_ Date 23.05.18  
 Author Hector Mendez-Figueroa et. al. \_\_\_\_\_ Year 2014 Record Number: 4 \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

OBS til punkt 8: Efter interventionen blev testen foretaget inden for 6 uger, hvilket er tidligere end i kontrolperioden. Dette kan dermed anses som en confounder. Der er i studiet forsøgt at tage højde for dette. Studiet findes at have en høj metodisk kvalitet.

**Vesco et. al. (2012) (86): JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies**

Reviewer   Rikke Larsen   Date   24.05.18  

Author   Vesco et. al.   Year   2012   Record Number   5  

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Include <input checked="" type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/>				
Comments (Including reason for exclusion)				
<u>Confoundere identificeret som etnicitet, klinik de behandles på</u>				

**Dietz et. al. (2008) (84): JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies**

Reviewer Stine Plougmann \_\_\_\_\_ Date 24.05.18 \_\_\_\_\_

Author: Dietz et. al. \_Year 2008\_\_\_\_\_ Record Number 6\_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Teksten angiver at have håndteret forskelle I maternel karakteristik og klinik resultater, gennem logistisk regression og opnået statistisk signifikans – dette gælder ikke for alle klinikker. Der er ikke transparens mellem tekst og tabeller.



**Frazzitta et. al. (2013) (129): JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional studies**

Reviewer Camilla Ottesen Date 24.05.18

Author Frazzitta et.al. Year: 2013 Record Number:7

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input type="checkbox"/>	Exclude <input checked="" type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

Udgår, da det ikke fremgår klart, på hvilket grundlag beregningerne foretages. Der findes derfor ikke tilstrækkelig metodisk kvalitet, til at indgå i specialet.

## 11.4 Bilag 4 Informationsbrev



# **Invitation til deltagelse i interviewundersøgelse af sundhedsprofessionelles syn på patientforløbet for kvinder med tidligere graviditetsbetinget sukkersyge. Et kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab**

### **Hvad omhandler specialet:**

Formålet med specialet er at bidrage med et forslag til at forstærke den forebyggende indsats af type 2 diabetes mellitus (T2DM), gennem en forbedring af patientforløbet for kvinder med tidligere Gestationel Diabetes Mellitus (GDM). Formålet med interviewene er at indhente mere viden om hvordan og på hvilken måde sundhedsprofessionelle, som allerede er en del af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM, kan medvirke til at skabe et mere sammenhængende for kvinderne i overgangen mellem hospital og årlig screening hos praktiserende læge og forebyggende tilbud. Herunder hvilke muligheder og barrierer de oplever der kan være ift. at skabe et mere sammenhængende patientforløb

Interviewene gennemføres af undertegnede, som alle er specialestuderende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, og har en faglig baggrund indenfor sygeplejen.

### **Hvorfor vil vi gerne have din hjælp?**

Som fagperson besidder du en unik viden om kvindernes patientforløb og igennem denne indsigt kan give betydningsfulde informationer og viden herom, som kan være med til at forbedre og skabe et mere sammenhængende patientforløb.

### **Hvorfor er det vigtigt at forbedre og skabe sammenhæng i patientforløbet?**

Fordi flere studier viser, at 40% af kvinder med tidligere GDM udvikler T2DM indenfor 10 år, men at deltagelsen i opfølgende screeninger falder stærkt allerede efter det første år efter endt graviditet. Ligeledes viser studier at kun et fåtal af kvinder med tidligere GDM har adgang, til eller deltager i forebyggende livstilsinterventioner.

Flere studier viser at kvinderne efterspørger støtte til forebyggelse fra sundhedsprofessionelle og da du potentielt er en af de sundhedsprofessionelle som kvinden møder, vil vi meget gerne høre dit perspektiv. Dit perspektiv kan give os mulighed for en dybere forståelse af de oplevelser og erfaringer som du har med denne patientgruppe og deres patientforløb, samt hvordan dette eventuelt kan forbedres.

### **Hvor og hvornår?**

Vi mødes gerne med dig på din arbejdsplads, et sted som er praktisk for dig på vej til eller fra arbejde, eller hjemme hos dig selv, ligesom vi kan mødes i et lokale på Aalborg Universitet (Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg SØ).

### **Hvad forventes der af dig?**

Du vil ikke skulle forberede dig til interviewet, som vil vare max 45 minutter. Det vigtige er, at du har lyst til at dele dine oplevelser og erfaringer omkring kvindernes patientforløb med os og på den måde bidrage til specialet.

### **Vigtigt:**

- Interviewet optages på lydbånd. Alt materiale indsamlet under interviewene vil blive opbevaret og behandlet fortroligt.
- Interviewene vil blive transskriberet ordret og anonymiseret. Analyse af interviewene vil indgå i specialerapporten, samt eventuelt i videnskabelig artikel på baggrund af denne. Der vil kunne indgå citater af dine udsagn til at understøtte vigtige pointer. I det tilfælde vil du fremstå anonym.
- Efter endt speciale vil lydbåndet blive slettet.
- Du vil til enhver tid kunne trække dit samtykke tilbage.

Kontakt os på mail: [aottes16@student.aau.dk](mailto:aottes16@student.aau.dk) eller SMS/opkald på tlf.: 28341443, hvis du har lyst til at dele dine perspektiver omkring kvindernes patientforløb med os. Du er desuden meget velkommen til at kontakte os, hvis du har uddybende spørgsmål til specialet.

### **Venlig Hilsen**

Kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

*Stine Nørgaard Plougmann, Sygeplejerske*

*Rikke Larsen, Sygeplejerske*

*Anna Camilla Ottesen, Sygeplejerske*

## 11.5 Bilag 5 Interviewguide

Af dette bilag dokumenteres specialets interviewguide. Af første figuren herunder skitseres guiden fra forskningsspørgsmål til temaer og eksempel på et udledt spørgsmål. For uddybning af interview guiden og de tilhørende spørgsmål, se tabellen under figuren.

Forsknings-spørgsmål:	Praktiserende læge	Jordemoder	Sygeplejerske i svangre ambulatorie	Sundhedsplejerske
<i>Hvilke faktorer, oplever eksisterende sundhedsprofessionelle i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?</i>	<i>Hvilke faktorer, oplever lægen i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?</i>	<i>Hvilke faktorer, oplever jordemoderen i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?</i>	<i>Hvilke faktorer, oplever sygeplejersken i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?</i>	<i>Hvilke faktorer, oplever sundhedsplejersken i kvindernes rutinemæssige svangreomsorgsforløb, kan være medvirkende til at kvinder med tidligere GDM oplever manglende sammenhæng i patientforløbet mellem sekundær og primær sektor, og hvad oplever de kan bidrage til dette?</i>
<b>Briefing/Introduktion og baggrundsoplysninger</b>	Formål: Interviewet vil handle om ....  Anonymisering: Gennemgang og underskrivning af samtykkeerklæring. En uddybning af de enkelte punkter og at det til enhver tid er muligt at afbryde interviewet.	Formål: Interviewet vil handle om ....  Anonymisering: Gennemgang og underskrivning af samtykkeerklæring. En uddybning af de enkelte punkter og at det til enhver tid er muligt at afbryde interviewet.	Formål: Interviewet vil handle om ....  Anonymisering: Gennemgang og underskrivning af samtykkeerklæring. En uddybning af de enkelte punkter og at det til enhver tid er muligt at afbryde interviewet.	Formål: Interviewet vil handle om ....  Anonymisering: Gennemgang og underskrivning af samtykkeerklæring. En uddybning af de enkelte punkter og at det til enhver tid er muligt at afbryde interviewet.
	Optagelse: Interviewet vil blive optaget som en lydfil med henblik på at anvendt til analysen. Lydfilen bliver slettet efter den er blevet nedskrevet. Materialet vil ikke indeholde informationer som vil kunne ledes tilbage til dig.  Tid: Interviewet vil vare ca. 45 minutter  Information: Hvis der er spørgsmål som du ikke har lyst til eller finder svære at svare på, skal du endelig sige til.  Baggrundsoplysninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kan du fortælle mig lidt om dig selv</li> <li>● Alder</li> <li>● Uddannelse</li> <li>● Hvor mange år har du arbejdet inden for feltet?</li> <li>● Har du haft tid til at sætte dig ind i informationsbrevet?</li> <li>● Har du spørgsmål hertil?</li> </ul>	Optagelse: Interviewet vil blive optaget som en lydfil med henblik på at anvendt til analysen. Lydfilen bliver slettet efter den er blevet nedskrevet. Materialet vil ikke indeholde informationer som vil kunne ledes tilbage til dig.  Tid: Interviewet vil vare ca. 45 minutter  Information: Hvis der er spørgsmål som du ikke har lyst til eller finder svære at svare på, skal du endelig sige til.  Baggrundsoplysninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kan du fortælle mig lidt om dig selv</li> <li>● Alder</li> <li>● Uddannelse</li> <li>● Hvor mange år har du arbejdet inden for feltet?</li> <li>● Har du haft tid til at sætte dig ind i informationsbrevet?</li> <li>● Har du spørgsmål hertil?</li> </ul>	Optagelse: Interviewet vil blive optaget som en lydfil med henblik på at anvendt til analysen. Lydfilen bliver slettet efter den er blevet nedskrevet. Materialet vil ikke indeholde informationer som vil kunne ledes tilbage til dig.  Tid: Interviewet vil vare ca. 45 minutter  Information: Hvis der er spørgsmål som du ikke har lyst til eller finder svære at svare på, skal du endelig sige til.  Baggrundsoplysninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kan du fortælle mig lidt om dig selv</li> <li>● Alder</li> <li>● Uddannelse</li> <li>● Hvor mange år har du arbejdet inden for feltet?</li> <li>● Har du haft tid til at sætte dig ind i informationsbrevet?</li> <li>● Har du spørgsmål hertil?</li> <li>● Havde du i forvejen</li> </ul>	Optagelse: Interviewet vil blive optaget som en lydfil med henblik på at anvendt til analysen. Lydfilen bliver slettet efter den er blevet nedskrevet. Materialet vil ikke indeholde informationer som vil kunne ledes tilbage til dig.  Tid: Interviewet vil vare ca. 45 minutter  Information: Hvis der er spørgsmål som du ikke har lyst til eller finder svære at svare på, skal du endelig sige til.  Baggrundsoplysninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kan du fortælle mig lidt om dig selv</li> <li>● Alder</li> <li>● Uddannelse</li> <li>● Hvor mange år har du arbejdet inden for feltet?</li> <li>● Har du haft tid til at sætte dig ind i informationsbrevet?</li> <li>● Har du spørgsmål hertil?</li> <li>● Havde du i forvejen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Havde du i forvejen kendskab til den præsenterede problematik?</li> </ul> <p><b>Hvad har fået dig til at deltage i dette interview?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Havde du i forvejen kendskab til den præsenterede problematik?</li> </ul> <p><b>Hvad har fået dig til at deltage i dette interview?</b></p>	<p>kendskab til den præsenterede problematik?</p> <p><b>Hvad har fået dig til at deltage i dette interview?</b></p>	<p>kendskab til den præsenterede problematik?</p> <p><b>Hvad har fået dig til at deltage i dette interview?</b></p>
<b>Patientforløbet i overgangen mellem primær og sekundær sektor</b>	<p>Vil du fortælle om hvordan du ved om kvinderne har eller har haft GDM?</p> <p>Hvordan oplever du patientforløbet for kvinder med GDM?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvilke overvejelser har du gjort ift. patientforløbet?</li> <li>● Oplever du nogle udfordringer i patientforløbet?</li> <li>● Kan du komme i tanke om nogle årsager til at kvinderne tilkendegiver, at de oplever manglende sammenhæng.</li> </ul>	<p>Vil du fortælle om hvordan du ved om kvinderne har eller har haft GDM?</p> <p>Hvordan oplever du patientforløbet for disse kvinder?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvilke overvejelser har du gjort ift. patientforløbet?</li> <li>● Oplever du nogle udfordringer i patientforløbet?</li> <li>● Kan du komme i tanke om nogle årsager til at kvinderne tilkendegiver, at de oplever manglende sammenhæng.</li> </ul>	<p>Vil du fortælle om hvordan du ved om kvinderne har eller har haft GDM?</p> <p>Hvordan oplever du patientforløbet for disse kvinder?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvilke overvejelser har du gjort ift. patientforløbet?</li> <li>● Oplever du nogle udfordringer i patientforløbet?</li> <li>● Kan du komme i tanke om nogle årsager til at kvinderne tilkendegiver, at de oplever manglende sammenhæng.</li> </ul>	<p>Vil du fortælle om hvordan du ved om kvinderne har eller har haft GDM?</p> <p>Kan du forestille dig en måde hvorpå du kunne blive informeret om dette?</p> <p>Hvordan oplever du patientforløbet for disse kvinder?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvilke overvejelser har du gjort ift. patientforløbet?</li> <li>● Oplever du nogle udfordringer i patientforløbet?</li> <li>● Kan du komme i tanke om nogle årsager til at kvinderne tilkendegiver, at de oplever manglende sammenhæng.</li> </ul>
<b>Sundhedsprofessionelle som en ressource i kvindernes patientforløb</b>	<p>Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvordan oplever du at du som praktiserende læge eller din lægepraksis ville kunne gå ind og være med til at forbedre kvindernes forløb?</p> <p>Hvilke barrierer kan du forestille dig, der kunne være for at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke faggrupper kunne du forestille dig kunne bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke overvejelser har du omkring andre samarbejdspartnere som kunne være relevante at dele informationer med omkring kvindernes GDM?</p>	<p>Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvordan oplever du at du som jordemoder eller fra fødegangens side Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvilke faggrupper kunne du forestille dig kunne bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke barrierer kan du forestille dig, der kunne være for at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke overvejelser har du omkring andre samarbejdspartnere som kunne være relevante at dele informationer med omkring kvindernes GDM?</p>	<p>Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvordan oplever du at du som sygeplejerske på ambulatorie eller graviditetsambulatoriet Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvilke barrierer kan du forestille dig, der kunne være for at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke faggrupper kunne du forestille dig kunne bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke overvejelser har du omkring andre samarbejdspartnere som kunne være relevante at dele informationer med omkring kvindernes GDM?</p>	<p>Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvordan oplever du at du som sundhedsplejerske Har du nogle ideer til, hvordan kvindernes patientforløb kan forbedres?</p> <p>Hvilke barrierer kan du forestille dig, der kunne være for at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke faggrupper kunne du forestille dig kunne bidrage til at skabe et mere sammenhængende patientforløb for kvinderne?</p> <p>Hvilke overvejelser har du omkring andre samarbejdspartnere som kunne være relevante at dele informationer med omkring kvindernes GDM?</p>

<b>Manglende kommunale tilbud til kvinder med tidligere GDM</b>	Hvilke tilbud er du bekendt med i jeres kommune, som kunne være relevante til denne gruppe af kvinder?	Hvilke tilbud ser du kunne være relevante for denne gruppe af kvinder at deltage i?	Hvilke tilbud ser du kunne være relevante for denne gruppe af kvinder at deltage i?	Hvilke tilbud er du bekendt med i jeres kommune, som kunne være relevante til denne gruppe af kvinder?
<b>Afrunding/afslutning på interviewet. Debriefing</b>	<p>Er der noget vi ikke er kommet omkring under interviewet, eller er der noget du tænker du gerne vil tilføje?</p> <p>Tusind tak fordi du ville deltage. Vi er utroligt glade for dit bidrag til vores speciale.</p> <p>Skulle du efter vores møde have spørgsmål vedrørende nogen af de områder, som vi i dag har berørt, så er du meget velkommen til at kontakte os.</p>	<p>Er der noget vi ikke er kommet omkring under interviewet, eller er der noget du tænker du gerne vil tilføje?</p> <p>Tusind tak fordi du ville deltage. Vi er utroligt glade for dit bidrag til vores speciale.</p> <p>Skulle du efter vores møde have spørgsmål vedrørende nogen af de områder, som vi i dag har berørt, så er du meget velkommen til at kontakte os.</p>	<p>Er der noget vi ikke er kommet omkring under interviewet, eller er der noget du tænker du gerne vil tilføje?</p> <p>Tusind tak fordi du ville deltage. Vi er utroligt glade for dit bidrag til vores speciale.</p> <p>Skulle du efter vores møde have spørgsmål vedrørende nogen af de områder, som vi i dag har berørt, så er du meget velkommen til at kontakte os.</p>	<p>Er der noget vi ikke er kommet omkring under interviewet, eller er der noget du tænker du gerne vil tilføje?</p> <p>Tusind tak fordi du ville deltage. Vi er utroligt glade for dit bidrag til vores speciale.</p> <p>Skulle du efter vores møde have spørgsmål vedrørende nogen af de områder, som vi i dag har berørt, så er du meget velkommen til at kontakte os.</p>

## 11.6 Bilag 6 Transskriberingsguide

Interviewer	I
Informanter	In1, In2, In3, In4, In5, In6, In7, In8
Ord som Æh, Øh, Åh	Udelades af transskriptionen
Længere pauser	(...)
Ord som betones særligt	Der sættes streg under. F.eks. <u>Ja</u>
Utydelig passager eller utydelig tale	(?)
Ved grin eller særlige udbrud	(griner)

## 11.7 Bilag 7 Samtykkeerklæring



### **Informeret samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt.**

Jeg erklærer herved at give samtykke til, at deltage i ét interview i forbindelse med et afsluttende speciale ved Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Aalborg Universitet, Folkesundhedsvidenskab  
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet  
Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg

Kandidatspecialet, som interviewet kommer til at indgå i, har til formål at bidrage med et forslag til at forstærke den forebyggende indsats af T2DM, gennem en forbedring af patientforløbet for kvinder med tidligere GDM. Derfor vil der i dette interview blive spurgt til perspektiver af det eksisterende patientforløb, samt hvordan dine perspektiver kan medvirke til forstærke dette i overgangen mellem sekundær og primær sektor.

Jeg er hermed informeret om og indforstået med, at:

- deltagelsen er frivillig
- jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage
- interviewet vil blive optaget, men destrueres ifm. speciale periodens afslutning
- opbevaring af lydfil fra interview sker jf. gældende sikkerhedsregler og vil dermed være utilgængeligt for andre end projektgruppens medlemmer
- interviewet er anonymt, dvs. at informationer, som direkte afslører min identitet, vil ikke fremgå i projektet
- interviewet vil blive anvendt til analyse og fortolkning i samspil med andre interviews og litteratur, samt eventuelt i videnskabelig artikel.

Dato: \_\_\_\_\_ Deltagers underskrift: \_\_\_\_\_

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer, at deltageren har modtaget mundtlig og skriftlig information om projektet.

Navnet på den, der har afgivet information: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Har du spørgsmål eller kommentarer efterfølgende angående interviewet, kan du kontakte specialegruppen på denne mailadresse: [stine.plougmann@gmail.com](mailto:stine.plougmann@gmail.com)



## 11.8 Bilag 8 Skema over operationalisering af meningsbærende enheder

Af følgende bilag fremgår hvordan empirien er blevet til kategorier, meningsbærende enheder og til sidst operationaliseres til analytiske temaer.

### 11.8.1 Tema 1: Manglende informationsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b>  <i>"[...] altså vi får jo ikke altid af vide at de har haft GDM og hvordan de bliver fulgt tilbage til forhåbentligt et normalt blodsukker... det er ikke noget vi ved noget om, det er noget som foregår i lægeregi".</i></p> <p><i>"[...] de der overgange mellem ... at få de rigtige informationer de rigtige steder hen fordi vi har som sagt bredden og muligheden for at prioritere hvad er vigtigt [...]"</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b></p> <p><i>"[...] det hørte da til sjældenhederne at det var en som man havde i sine hænder... altså det var der og vi var bekendt med tilbuddet og sådan nogle ting men igen hvor opmærksom er du på at den her mor har så haft GDM".</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p><i>"Ja, det tænker jeg de fleste af dem gør, de bliver jo "sluppet", og så kommer de over i et andet regi. De bliver jo "sluppet" af det Regionale, når de har født".</i></p> <p><b>Sygeplejerske</b>  <i>"Nå det vidste jeg ikke (at ikke alle sundhedsplejerske får besked om GDM red.)... det troede jeg at de fik af vide".</i></p> <p><i>"Vi deler i forvejen med lægerne og der har vi forskellige indfaldsvinkler til hvor meget tid man skal bruge på det her, hvor alvorligt det er, hvor presset vi er på tid vi er herinde og hvor meget man så kan skære det ind til benet. Så deler vi informationer med ... korte informationer... en lille bemærkning i bookingen f.eks. ... vi taler ikke med diætisten, heller ikke med laboranten, i forhold til at den enkelte skal rundt i systemet og have udleveret sit grej og diætistundervisningen er blevet sådan at det er til dels hold og en lille individuel del også så det er simpelthen kørt fuldstændig ind til et minimum".</i></p> <p><b>Jordemoder</b></p>	<p>Manglende deling af information omkring GDM diagnose</p> <p>Deling af informationer med de rigtige sundhedsprofessionelle</p> <p>Manglende informationer om GDM diagnose</p> <p>Forventning om at informationerne bliver delt mellem sektorer</p> <p>Manglende deling af informationer mellem sundhedsprofessionelle</p> <p>Informationsdeling med lægerne</p> <p>Minimum af deling af informationer</p> <p>Kvindernes oplevelse af</p>	<p><b>Manglende deling af information mellem sektorer og sundhedsprofessionelle</b></p>

<p>“Jamen jeg tror, at nogen gange kan være fordi de ”flakker lidt” mellem forskellige sektorer, så er de i primærsektor ved læge og jordemoder, og så er de inde i en anden sektor, når de er i sygehusverdenen, og sådan at de ”flakker lidt ind og ud”, at de måske mangler, hvem er egentlig tovholder i deres gestationelle diabetes forløb, hvor egen læge jo er det sådan generelt på graviditeten, men de oplever ikke rigtig at egen læge tager del i det her med gestationel diabetes, måske har de lavet screeningen, måske har de ikke, men opfølgningen på det halter lidt, i hvert fald via egen læge i hvert fald. Hvor der mere bliver ODA (obstetrisk dagafsnit red.), der har funktionen som tovholder, og speciallægerne inde på sygehuset, der har denne funktion, men noget bedre samarbejde mellem jordemoder, læge på sygehuset og egen læge, det tænker jeg i hvert fald godt der kunne være. Sådan at det ikke er den gravide, der skal være budbringer med, nu går det sådan eller nu går det sådan; sådan der ville være noget mere sammenhæng på den måde, det tror jeg ville kunne hjælpe dem”.</p> <p>“Ikke nødvendigvis faktisk. Altså, der er et kommentarfelt under børnebilledet, hvor man kan skrive, og hvor jeg ofte skriver, at der er blevet målt blodsukker to og fire timer efter pga. GDM, men det er egentligt ikke noget felt, der skal autoudfyldes. Så det er egentlig op til den enkelte jordemoder at skrive, hvis man tænker, at det er relevant.”</p> <p>“[...] der står det jo i de fødselsanmeldelser vi sender videre, men egentlig ikke til sundhedsplejersken står det faktisk ikke”</p> <p><b>Læge 1</b></p> <p>“Ja, altså jeg tænker da et eller andet sted, at det der kunne være årsagen til, at det går galt, det kunne være den der manglende kommunikation eller overlevering fra, når de går fra en sygehusafdeling, som de jo har været fulgt på i deres graviditet, når man har konstateret type-2 sukkersyge og så når de bliver sluppet og skal følges op i egen praksis. Der tænker jeg, at der mister man formentligt.... altså det der overlap der er, det smuldrer formentligt. Jeg tænker, at det er det, der kan være en af årsagerne til det, fordi, der er ikke sådan rigtig nogen der griber hende, når hun bliver afsluttet på sygehuset. Fordi de bliver nemlig fulgt rigtig tæt på sygehuset og så kan man sige, så står det lidt med hånd om egen fremtid [...]”</p> <p>“[...] hvilke tilbud, hun måske så lige vil få, for der er ikke sådan lige nogen fælles agenda omkring det”.</p> <p>“[...] det er jo mere, når vi udfylder de der papirer der, men det er jo primært sådan noget med, hvis man bliver bekymret for trivsel, om de har ressourcer til det. Det er jo ikke så meget på det</p>	<p>manglende deling af informationer</p> <p>Manglende informationsdeling om hvem der varetager hvad på hvilket tidspunkt i patientforløbet</p> <p>Manglende samarbejde</p> <p>Manglende deling af informationer mellem jordemoder og sundhedsplejersker</p> <p>Deler ikke med sundhedsplejerske</p> <p>Manglende kommunikation og overlevering mellem sektorer</p> <p>Manglende fælles agenda</p> <p>Manglende deling af information omkring GDM</p>	
--	--	--

<p>somatiske, altså det er egentlig ikke så meget det, vi kommunikerer omkring".</p> <p><b>Læge 2</b></p> <p>"[...] og i og med, at jeg ikke rigtig har haft nogen af de der kvinder eller forløb endnu, så tænker jeg jo et eller andet sted, at det er vigtigt i deres epikrise, at de får gjort opmærksomme på, hvad er kvinderne blevet informeret om, og hvad er de egentlig blevet informeret om, at de skal gøre efterfølgende, at skal de bare komme til deres otte ugers eller får de også at vide, at der er noget her, du skal være opmærksom på efter du har født [...]"</p> <p>"Jordemoderen, selvfølgelig, og lægerne derinde, det sker jo automatisk, at vi laver en henvisning derind til. Så kan man jo sige, sundhedsplejersken har vi jo ikke noget kommunikation med, som det er lige nu, andet end når sundhedsplejersken skriver til os, hvis der er en bekymring omkring mor, fødselsdepression eller barnet. Men vi har jo ingen kommunikation ud til hende i forhold til noget. Ja, jeg kan ikke lige komme i tanke om, hvem det ellers..."</p> <p><b>Læge 3</b></p> <p>"[...] hvis de har noget, så kører det jo via obstetrisk afsnit, og så kører de en tæt dialog med dem. Det er ikke meget de kommer i praksis, nødvendigvis, det synes jeg ikke".</p>	<p>Deling af information er vigtigt for både sundhedsprofessionelle og kvinderne</p> <p>Deler information med graviditetsambulatoriet</p> <p>Manglende deling af information med sundhedsplejerske</p> <p>Information deles med obstetrisk</p>	
---	--	--

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b></p> <p>"Det kan jeg ikke have nogen fornemmelse af... så er det ikke en oplysning som med særlig stor sikkerhed fremgår af fødsels meddelelsen".</p> <p>"[...] vi får langt flest fødende fra X og vi kan se at ind imellem når vi får fra andre fødesteder så kan der være forskel på hvilke oplysninger som videregives i fødselsanmeldelsen ... og det har man jo valgt ud dengang man overgik til at få elektronisk fødselsanmeldelse".</p> <p>"[...] de er jo elektroniske men jeg går dem igennem og ville hæfte med ved hvis der stod noget om GDM".</p> <p>"Altså man kan sige at i og med at vi ikke har nogen systematik og nogen standard for hvad vi gør ved dem så kan jeg jo måske godt forstå hvorfor det er en oplysning som vi ikke får ... men som udelukkende går til egen læge men det kunne man jo overveje".</p> <p>"Det går jeg stærkt ud fra ... at det står i epikrisen ... vi får jo ikke en epikrise vi får kun fødselsanmeldelsen og</p>	<p>Manglende information om GDM diagnose</p> <p>Forskel i information omkring GDM diagnose</p> <p>Mangel på afkrydsningsfelt omkring GDM diagnose</p> <p>Mangel på information om GDM diagnose</p> <p>Mangel af standard for behandling af tidligere GDM som en faktor for manglende information</p> <p>Mangel på viden omkring GDM</p>	<p><b>Information om GDM diagnose og risiko for T2DM</b></p>

<p>et udskrivningsbrev i EPJ og det er jo ikke et lægeligt udskrivningsbrev det er udfærdiget af sygeplejerske eller jordemoder”.</p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b>  “(Om de er bekendte med GDM diagnose red.) ikke altid ... det gør man ikke ... også fordi man kan sige at det er jo ikke alle der får graviditetsbesøg”.</p> <p>“(om information om GDM vil fremgå af fødselspapirer red.) det ville det nok nogen gange ja ... men ikke altid... det tror jeg simpelthen ikke det ville”.</p> <p>“Nej der var ingen standarder ... at det var noget som sundhedsplejersken får af vide ... og her kan man sige at der får vi jo en henvendelse om at nu er der en ny gravid i forbindelse med det første jordemoderbesøg ... det sender de til os elektronisk ... men man kan sige at nu kan jeg huske fra mig selv fra jeg var gravid med den ældste for der var jeg nemlig OBS GDM men havde det så ikke men det er en anden sag ... men det var senere i forløbet ... kan du følge det ... så hvis vi har fået en skrivelse fra jordemoder så er det ikke nødvendigvis opdaget .. og det er ikke noget som er standardmæssig at de sender besked til sundhedsplejersken hvis moderen har fået GDM”.</p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b>  “(Bekendt med GDM diagnose red.) Ja, det er jeg. Jeg får jo oplysningerne”.</p> <p>“Det står som regel på fødselsanmeldelsen”.</p> <p>“Ja, der står det som regel, og i x (x-kommune red.), der er man så heldig, at hvis man har lidt travlt, og ikke får kigget dem helt systematisk gennem. Det gør man selvfølgelig, men hvis det nu alligevel skulle svipse. Så kan man næsten ikke undgå andet end at finde ud af det, fordi de kvinder føder som regel i x (større by red.) Og alene det er en forskel. “Nåh, hvorfor har de ligget i x (x-by red.), jeg må hellere lige dykke ned” ik”.</p> <p>“Altså, jeg ved det godt, men de her kvinder, der får det, der er jo nogen, der bare får det, der er fine og slanke, men hvor det bare kommer, men jeg synes altså, at rigtig mange af dem ligner nogen, der ville have fået en diabetes alligevel”.</p> <p>“Altså udover, at jeg kan se det på fødselsanmeldelsen, så spørger jeg jo altid folk, når jeg besøger dem første gang, hvordan deres graviditet har været, hvordan de har haft det, og jeg spørger til, hvordan fødslen er forløbet. Det gør jeg altid, og der fortæller de det som regel. Når de gør det, så snakker vi om, hvordan har de det nu, og jeg spørger dem også altid, hvem følger op på det her, og der er der altså tit en plan for”.</p> <p><b>Sygeplejerske</b></p>	<p>diagnose pga. At det står i epikris ikke fødselsanmeldelse</p> <p>Manglende viden om GDM diagnose bl.a. Pga. manglende besøg under graviditet</p> <p>Mangler en general standard for deling af viden om GDM</p> <p>Ingen standardmæssig overlevering af information omkring GDM diagnose</p> <p>Ingen viden om GDM diagnose, medmindre jordemoder sender en besked om det videre</p> <p>Har viden om GDM diagnose</p> <p>Viden om GDM på fødselsanmeldelse</p> <p>Indikation for at GDM diagnose måske ikke fremgår så tydeligt alligevel</p> <p>Refleksion over fødested ift. Information omkring GDM diagnose</p> <p>Informationen om GDM fremkommer gennem observation/fordomme som kan indikere manglende information</p> <p>Informationen om GDM kan ligeså godt fremkomme gennem dialog med kvinden, indikerer måske manglende information om GDM diagnose som en standard information</p>	
--	---	--

<p><i>“Det taler vi med dem om, ikke undervejs men i forbindelse med introen til det her, der gennemgår vi risikoen i vores lille bombe vi smider ikke også ... i stedet for at vi laver den der trin raket [...]”.</i></p> <p><b>Jordemoder</b>  <i>“Ja, altså jeg synes jo det er noget, jeg arbejder med i min konsultation, når jeg netop har kvinder, som tidligere har haft gestationel diabetes, og som kommer og er gravide igen. De ved jo ofte godt, at de skal screenes igen, fordi de jo har den risikofaktor, at de tidligere har haft gestationel diabetes, og en del af dem måske også en familiære disposition eller overvægt med, som så gør, at de denne her gang skal have to af de her glukosetest i løbet af graviditeten”.</i></p> <p><i>“Ja det synes jeg, jeg synes stadigvæk at de er bevidste om, hvad de gerne siger nej tak til fx af mad og drikke og sådan, men også lidt at fødslen er et frirum for dem, og det prøver vi jo egentlig også at opfordrer til, at der skal de have noget med noget sukker, og der skal de måske knapt leve diabetesagtigt lige under fødslen, fordi der forbruger de så meget som de gør, men jeg synes de er opmærksomme på det efterfølgende og godt ved, at de er i risikogruppen for at udvikle en type-2 diabetes senere”.</i></p> <p><i>“Altså det står i vores PAS (patientsystem red.), altså i vores kodesystem [...]”,</i></p> <p><b>Læge 1</b>  <i>“Hvis vi tager de gravide først, så har vi jo, når vi laver svangre papirerne, når vi finder ud af, at de er gravide, så screener vi jo for, om de har nogle risikofaktorer, og hvis de har tilstrækkelig mange så laver man to sukkerbelastninger på dem, og hvis de har lidt færre, så laver man en enkelt sukkerbelastning på dem. Så det er jo egentlig på den måde, man holder øje med det. Selvfølgelig også med urinstix, der er man jo også obs. på, om der er sukker i urinen på noget tidspunkt. Så det er egentlig det primære der. Hvis, der så er noget, der “boner positivt ud”, så er det jo så dem, hvor vi ville henvise til sygehuset, for så bliver det en specialstopgave [...]”.</i></p> <p><i>“Altså forhåbentlig har man jo fulgt kvinden også, og set notaterne fra før fødslen eller i hvert fald måske læser op på dem, inden man ser hende, så man vil gribe det der. Men selvom man så vil gøre det, så vil det stadigvæk være individuelt [...]”</i></p> <p><b>Læge 2</b>  <i>“[...] Så det er jo ligesom første måde, at få dem screenet på, ud fra de risikofaktorer og så få skrevet det i svangre papirerne og få dem booket til de tider, der skal laves af sukkerbelastninger, som vi selv laver ude hos os. Så tænker jeg jo så, at alt afhængig af,</i></p>	<p>Besidder informationen omkring GDM diagnose, idet viden og information videregives til kvinderne som en informationsbombe</p> <p>Har viden omkring GDM diagnose hos kvinder der har haft GDM under tidligere graviditeter</p> <p>Bevidsthed omkring GDM diagnose som risikofaktor for udvikling af T2DM</p> <p>Har viden og information omkring GDM Besidder information omkring GDM diagnose</p> <p>Har viden om GDM diagnose når der udføres screening ift. Risikofaktorer og udførelse af sukkerbelastning under graviditet</p> <p>Urinstix kan give viden om GDM</p> <p>Viden om GDM bevirker henvisning = besidder information ved udførelse af undersøgelser</p> <p>Der kan være tilfælde hvor der mangler viden om GDM</p> <p>Screening fører til information om GDM</p> <p>Henvisning på baggrund af viden om GDM</p>	
--	--	--

<p>hvad resultatet er, og nu taler jeg ud fra, at jeg ikke selv har haft nogle positive resultater endnu [...]"</p>	<p>Journalførelse som dokumentation for diagnose</p>	
<p><b>Læge 3</b>  <i>"Ja, det ville jeg vide, for det ville jeg jo kunne se i journalen, at de har fået lavet en belastningstest".</i></p>	<p>Viden og information omkring GDM diagnose fremgår af journal og den screening som er foretaget</p>	

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b>  <i>"Ja det har jeg (viden om GDM og risiko for T2DM red.)... vi har altså ... jeg har jo også i min elevtid været på en svangre afdeling hvor det var så dem med rigtig diabetes eller hvad man skulle sige .. der var de indlagt rigtig mange uger under graviditeten ... jeg lavede opgave om netop om graviditet og diabetes og herunder også GDM. Ja og så har vi også en som har haft GDM og så senere har udviklet insulinkrævende diabetes".</i></p>	<p>Faglig viden omkring GDM</p> <p>Faglig viden om risiko for T2DM</p> <p>Faglig baggrund som basis for viden om GDM og risiko for T2DM</p>	<p>Viden om GDM, risiko for T2DM  Og viden om behov for opfølgning postpartum</p>
<p><b>Sundhedsplejerske 2</b>  <i>" (om at besidde viden om GDM og risiko for T2DM red.) Ja men også netop også fordi vi har den baggrund som sygeplejersker".</i></p>	<p>Faglig baggrundsviden omkring GDM i graviditetsforløbet</p>	
<p><b>Sundhedsplejerske 3</b>  <i>"[...] Jordemødrene gør jo det, vejer dem, stix'er deres urin og alle de her ting, og jeg er jo vant til at jeg kommer på graviditetsbesøg ved alle førstegangsfødende, og der er det også noget af det vi snakker om. Mange orker så ikke så meget imens de er gravide, og så I spørge, hvad de orker bagefter, men hos nogen, der svinder symptomerne også bare, når de har født. Det gør det faktisk for en hel del, og andre, der er det noget de skal kæmpe med, fordi de er nødt til at skulle ud og tabe sig".</i></p>	<p>Manglende viden om risiko postpartum</p> <p>Bygger på fordom om at det kun er overvægtige der fremadrettet har risiko</p> <p>Har viden om GDM diagnose som risikofaktor for udvikling af T2DM</p>	
<p><b>Sygeplejerske</b>  <i>"[...] også fordi vi jo godt ved, at det er en stor risiko [...]"</i></p>	<p>Har viden idet der arbejdes med GDM og forebyggelse i konsultationen</p>	
<p><b>Jordemoder</b>  <i>"Ja, altså jeg synes jo det er noget, jeg arbejder med i min konsultation (GDM og forebyggelse af T2DM red.) [...]"</i></p> <p><i>"[...] der er rigtig meget fokus på sukkersyge, og på forebyggelse, også fordi vi ved, at der kan være den her arvelighed i forhold til, at man kan give det videre til børnene, så jeg tænker jo også, at det er et samfundsmæssigt problem, som jeg synes kræver noget opmærksomhed, og at vi forhåbentligt kan få bremset den her udvikling, så vi ikke får så mange diabetikere i fremtiden".</i></p>	<p>Har viden om risikoen for udvikling af T2DM på baggrund af viden om GDM</p> <p>Faglig viden om GDM</p>	
<p><b>Læge 1</b>  <i>"Altså jeg var opmærksom på, at de kvinder, som får gestationel diabetes, at de er i en øget risiko også for at udvikle type 2 diabetes senere, men det er ikke sådan, at jeg har kendt til indtil videre nogle forløb, hvor man ligesom efter noget tid følger op på det. Så er det sådan noget med, at man lige er obs. på</i></p>	<p>Viden om risiko for T2DM</p> <p>Manglende praksis oplevelser ift. postpartum forløbet</p>	

<p><i>blodsukkeret lige efter de har født, men ikke sådan halve eller hele år efter nødvendigvis, så har det været sporadisk, tilfældigt".</i></p> <p><i>"[...] Nu sidder jeg lige og tænker, om jeg har haft nogen, der er kommet tilbage til sådan "efter svangre", som har haft type-2 sukkersyge, det kan jeg ikke sådan lige genkalde mig i hvert fald, at jeg har haft nogen kvinder der. Ellers vil det det helt sikkert være noget med, at man må lave et forløb, hvor man følger blodsukkeret også efterfølgende".</i></p> <p><i>" (kendskab til retningslinjer red.) Ikke sådan lige på stående fod, altså jeg er da sikker på, at anbefalingerne går på, at man laver opfølgning, men sådan lige, hvor tæt det er, det kan jeg ikke lige".</i></p> <p><b>Læge 2</b>  <i>"Oftest er det jo os selv, der ligesom udfylder svangre papirerne, eller det er jo os selv, og så tror jeg, at vi er blevet bedre, i praksis, til at lave den her screening ift., hvem skal have lavet de her glukosebelastninger, og hvem skal ikke. Der tror jeg generelt i praksis, at man ikke har været så særlig god til før. Så det er vi i hvert fald til vores PLO-møder blevet gjort opmærksomme på, at det vil jordemødrene og generelt klinikken derinde jo selvfølgelig gerne have, at vi har taget stilling til, så de ikke skal stå med det [...]".</i></p> <p><i>"Det er egentlig et godt spørgsmål. Altså nu sidder jeg bare sådan og gisner lidt. Lidt ligesom der er diabetesforløb og KOL forløb i kommunalt regi, når nu snakker jeg bare, for jeg ved ikke om det eksisterer i forvejen, for jeg har ikke kendskab til, om det gør".</i></p> <p><b>Læge 3</b>  <i>"Jamen altså, når man kommer ind til mig som gravid, så spørger man jo ind til, om der har været noget tidligere, og noget i familien, overvægt og de her faktorer, som udløser en sukkerbelastningstest. Det er der den starter, så hvis der har været noget af det så, ja så screener vi".</i></p>	<p>Tilfældigt opfølgning postpartum</p> <p>Manglende praksis erfaring ift. Postpartum forløbet</p> <p>Har viden om forebyggelse af T2DM vha. Screening</p> <p>Manglende viden om retningslinjer ift. Opfølgning og forebyggelse af T2DM</p> <p>Undersøgelser som baggrund for viden om GDM</p> <p>Viden om hvem der skal screenes ift. Viden om GDM</p> <p>Manglende viden om opfølgning ift. postpartum forløbet</p> <p>Faglig viden og standard ift. At opsøge viden om risiko for GDM</p> <p>Viden om risikofaktorer for screening ift. GDM Faglig viden om GDM</p>	
---	--	--

## 11.8.2 Tema 2: Praktiserende læge som tovholder

### Undertema 1: Manglende strukturering af tovholderrollen

### Undertema 2: Relationens betydning for et sammenhængende patientforløb

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b>  <i>"[...] det er ikke noget vi ved noget om, det er noget som foregår i lægeregi".</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b></p>	<p>Lægen er ansvarlig for opfølgning</p>	<p>Ansvaret for kvindens patientforløb og forebyggelse af T2DM</p>

<p><b>Sundhedsplejerske 3</b>  <i>“Om ikke andet så gør egen læge det. Jeg synes ikke de er overladt til sig selv”.</i></p> <p><b>Sygeplejerske</b>  <i>“[...] man kan nudge sig selv på mange måder det er det jeg lige som vil have dem til, for de kan jo så mange ting så hvorfor kan de ikke ligge en kalenderaftale ind”.</i></p> <p><i>“Altså nogen gange når vi ser dem anden gang og de havde gestationel diabetes i graviditeten første gang, så er de jo ikke blevet tjekket i mellem tiden, eller også så har de fået lavet ét tjek, og den var jo fin jamen, så er der jo ikke noget, så der tænker jeg, dem jeg sådan, efter jeg har fået øjnene op for det, så har jeg egentlig lidt opfordret dem ... så har jeg talt med dem om, at de ved jo hvornår barnet har fødselsdag, og vi siger at tre måneder efter fødslen, der skal de gå til lægen, og kunne man lave en kalender påmindelse i sin telefon ligesom at man har tandlæge tider og fødselsdage og sådan nogle ting lagt ind i sin telefon. Kunne man så lave en kalender påmindelse om, at man skulle husk at få en tid nede ved lægen, for lægen ringer jo ikke og siger ”nu er det et år siden du har været her sidst kom lige herved igen”, den er jo selvholdt”.</i></p> <p><b>Jordemoder</b>  <i>“[...] hvor egen læge jo er det (tovholder red.) sådan generelt på graviditeten, men de oplever ikke rigtig at egen læge tager del i det her med gestationel diabetes, måske har de lavet screeningen, måske har de ikke, men opfølgningen på det halter lidt, i hvert fald via egen læge i hvert fald. Hvor der mere bliver ODA (obstetrisk dagafsnit red.), der har funktionen som tovholder, og speciallægerne inde på sygehuset [...]”.</i></p> <p><b>Læge 1</b>  <i>“Der kunne man måske godt fra sygehusets side lave sådan en eller anden overlevering, en eller anden individuel plan eller bare sådan en overordnet plan for, hvad egen læge kunne være opmærksom på, for den enkelt kvinde. Det kunne man jo godt lave i sådan et epikrise notat, ligesom vi får fra andre specialafdelinger”.</i></p> <p><i>“Ja, altså det må jo igen være noget med, at nu bliver det måske lidt sporadisk og lidt tilfældigt, hvem der lige spørger ind til det, fordi mig bekendt, så har sygehusene eller sundhedsplejerskerne heller ikke, ja jeg ved faktisk ikke, om sygehusene, hvis de har haft nogen i et forløb, så tænker jeg da, at de ser dem igen efter fødslen, men det er ikke noget jeg ved.  Nej, ikke sådan lige jeg kan huske, at vi har snakket om, at det er sådan vi gør det”.</i></p> <p><i>“[...] Jeg ved faktisk heller ikke, om de bliver set efter de har født på sygehuset, når de har været fulgt i det forløb med type-2 sukkersyge”.</i></p>	<p>Ansvarsfraskrivelse  Lægen som hovedansvarlig/tovholder</p> <p>Kvinderne bør være de ansvarlige for deres eget forløb</p> <p>Kvinderne som ansvarlig</p> <p>Lægerne påtager ikke ansvaret, så det skal kvinden selv.</p> <p>Praktiserende læge er tovholder</p> <p>Manglende ansvar postpartum</p> <p>ODA og speciallæger som ansvarlig /tovholder</p> <p>Bedre overlevering mellem sektorer</p> <p>Planer for forløb  Deling af information</p> <p>Tvivl om ansvar for forløb</p> <p>Tvivl om ansvar for opfølgende forløb</p> <p>Manglende viden om ansvar</p>	
---	---	--



<p><i>“Altså man kan sige, tænker jo nok sådan noget med, at nu har hun født, så nu er det ikke ”vores problem mere”, i citationstegn, og at det så må være egen læge, der skal følge op”.</i></p> <p><i>“Neej, nej jeg sidder bare og tænker, at et eller andet sted, så burde de jo som minimum, have at vide, at når de kommer til egen læge efter fødslen, at de skal komme til en såkaldt årskontrol, hvor man ligesom følger op på dem og tager langtidsblodsukker og kolesteroltal ligesom, hvis det var en diabetiker et eller andet sted [...]”</i></p> <p><b>Læge 2</b></p> <p><i>“[...] kvinderne er jo som regel selv opmærksomme på, at de har det, for det får de jo at vide, med alle de her foranstaltninger, der så skal være omkring det. Det er jo så os der skal tage teten, når de kommer til otte ugers undersøgelser og lige kunne kigge tilbage i vores papirer, hvordan og hvorledes, men hvis kvinderne ikke selv siger det, og at man ligesom overser det eller man ikke lige kan huske det, eller det er en anden, der har været inde over og lave svangre papirerne, så man ikke er klar over det, så tænker jeg godt, at det kan glippe”.</i></p> <p><i>“Jeg synes jo egentligt, at hvis de gravide de har en gestational diabetes, så er det sygehuset, der tager over, for så skal vi jo henvise dem [...] Jeg tænker lidt, at jo mere patienten selv er informeret om, at skal gøre, og jo mere der står i vores udskrivelsesnotater og jo mere patienten er informeret om, eller det forholder sig sådan og sådan og efterforløbet skal være sådan og sådan, jo bedre går forløbet for dem, kunne jeg forestille mig”.</i></p> <p><i>“Jamen, det hvor vi kan bidrage, det er jo der, hvor de kommer ud til os første gang, efterfølgende, om det så er fem ugers undersøgelse, for den lille eller det er jo primært otte ugers undersøgelsen, at det handler om dem, så der tænker jeg jo, at det ligesom er vores opgave, at skulle arrangere, hvordan det skal være efterfølgende ift. kontroller. Det skal vi jo også, fordi vi skal jo sikre os, at tallene er normale efter fødslen og de stille og roligt, også alt afhængig af, hvad der ellers har været, men det er jo der vi skal sikre os, at det normaliseres igen, og vi kontrollere, om vi er en af de mange procent, der inden for en tiårs årrække udvikler en ny sukkersyge”.</i></p> <p><i>“Så er det jo ligesom os, der skal være tovholder for dem, og følge dem og kontrollere dem, at de ikke udvikler en diabetes [...]”.</i></p> <p><i>“[...] Så hvis man (lægen red.) kan gøre et eller andet der, tænker jeg, at det bliver lidt mere synliggjort for dem, at det her det er vigtigt”.</i></p>	<p>Manglende viden om hvem der har ansvaret for opfølgning</p> <p>Praktiserende læge er ansvarlig/tovholder</p> <p>Lægen er ansvarlig/tovholder</p> <p>Kvinden er ansvarlig</p> <p>Lægen er tovholder</p> <p>Kvinden skal tage ligeligt ansvar</p> <p>Lægen er ansvarlig for at henvise til sygehuset ved GDM</p> <p>Patienten er ansvarlig</p> <p>Lægen som tovholder og ansvarlig for planlægning af forløb</p> <p>Lægen er tovholder</p> <p>Lægen selv som tovholder</p> <p>Kvinden som ligelig ansvarlig</p>	
---	--	--

<p><b>Læge 3</b>  “[...] fordi der synes jeg det er svært, der er det mest os der sidder med dem”.</p> <p>“Det er det, der kommer de jo ikke til obstetrisk afdeling med mindre der kommer en ny graviditet. Så det er faktisk mest her i praksis”.</p> <p>“Jamen vi er jo som regel tovholder for dem og de fleste... Så det er jeg bevidst om”.</p> <p>“[...] Det fylder ikke ret meget (at inddrage forebyggelse af T2DM som opgave red.), og vi tager den jo også (rollen som tovholder red.)”.</p> <p>“Ja, jeg er i tvivl om, om der er ret mange, der har lavet en opfølgende, de skal jo også lave en bagefter... er det efter tre måneder. Jeg tror ikke, at der er ret mange, der får lavet en, jeg tror det er sjældent [...]”.</p>	<p>Lægen er hovedansvarlig /tovholder</p> <p>Lægen som overordnede ansvarlig</p> <p>Lægen er tovholder</p> <p>Lægen som tovholder</p> <p>Viden om at screening skal foretages postpartum</p> <p>Viden om at GDM er en risikofaktor for udvikling af T2DM</p>	
---	--	--

### 11.8.3 Tema 3: Sundhedsprofessionelle ressourcer som faktor for et sammenhængende patientforløb

#### Undertema 1: Mulighed for et sammenhængende patientforløb

#### Undertema 2: Sundhedsplejersken som sundheds-professionel ressource

#### Undertema 3: Sygeplejersken i almen praksis som sundheds-professionel ressource

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b>  “[...] via vores journalsystem de har et lokationsnummer og så sender vi en elektronisk henvisning til dem og det er nyt at vi har gjort det ... vi har egentlig i lange tider sagt til kvinderne at: ”vi har jo de her tilbud hos noget som hedder sundhedscentret og der kan I jo ringe til her skal I se her er hjemmesiden” men det får rigtigt mange af dem ikke gjort og derfor har vi lavet. Ja vi sender en elektronisk henvisning til sundhedscentret og har en aftale om at hvis de ikke hører noget inden for en given tid så tager de kontakt til kvinderne”.</p> <p>“[...] jeg er jo med i den styregruppe, så jeg ved jo også hvad der sker og kan være med til at præge og vi kan få fagligheden til at spille sammen ... så sundhedscenteret kan nemt have et tilbud eller de kan nemt etablere det hvis der er brug for det [...]”.</p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b>  “[...] jeg har jo været i Holstebro og der havde vi jo tilfældigvis en folder”.</p>	<p>Automatiske notifikationer som hjælpemiddel</p> <p>Kvinderne skal tage kontakt, hvilket ikke virker</p> <p>Sundhedscenteret tager kontakt</p> <p>Eksisterende muligheder for forebyggelse og skabelse af tilbud til kvinderne</p> <p>Information om forebyggelse af T2DM gennem folder</p>	<p><b>Eksisterende muligheder for forebyggelse</b></p>

<p>“[...] jeg er fuldstændig overbevist om at hvis vi sagde det (at få information om GDM red.) til dem (jordemødrene red.) at det var et ønske vi havde ... så fik vi det”.</p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p>“[...] Altså der er jo Sundhedsaftalerne, men det der var gældende i x (x mindre by i nordjysk kommune red.), i hvert fald til 31.12.2017, det var, at når gravide har et BMI over en vis størrelse, så bliver de allerede i graviditeten, spurgt ind til deres vaner, og kan også komme på forskellige livsstilting allerede der. Så man forsøger, synes jeg, rigtig meget, ”at putte det ned i graviditeten”, fordi alene det med overvægten er ikke specielt godt for fødslen, de har meget større fødselskomplikationer. Så der synes jeg faktisk allerede, at man gør det der. Jordemødrene gør jo det, vejer dem, stix'er deres urin og alle de her ting, og jeg er jo vant til at jeg kommer på graviditetsbesøg ved alle førstegangsfødende, og der er det også noget af det vi snakker om [...]”.</p> <p>“[...] men vi kan også henvise dem, hvis de vil have hjælp til væggtab, rygestop og sådan nogle ting, og det er gratis”.</p> <p>“Der vil de sagtens kunne gå ind under (forebyggende tilbud rettet mod overvægtige red.)”.</p> <p>“[...] Der er altså også nogen, hvor det at blive mor, gør at man gerne vil ændre nogle ting. Jeg tænker, at fx, når jeg kostvejleder, så gør jeg altid et stort nummer ud af, at spørge til, hvordan er jeres kost, hvordan er jeres vaner, hvordan vil I være en familie. Det kan være et par, der fortæller mig, at de altid spiser foran fjernsynet i sofaen, er det så sådan, når nu I har fået et barn, at I vil gøre det. Det her med at koble lidt klogt og få det koblet, her hvor det er relevant. Det ligger tit en kæmpe motivation i, at gerne ville ændre på noget, når man er blevet mor og far. Det er en ny start, og det er en god rollemodel. Det vil de fleste forældre”.</p> <p>“Jeg tror ikke, at jeg vil tænke på det som aktivt at forebygge type-2 diabetes, det ville jeg ikke. Jeg ville tænke, ”den mere brede pensel”, med at lave nogle mere hensigtsmæssige livsstilsændringer... Sådan ville jeg mere tænke fordi, om det er en der er stærkt overvægtig eller det er en der faktisk har en diabetes, det vil i mit felt faktisk være lidt lige meget, fordi vi skal jo bare have dem til at tænke anderledes”.</p> <p>“Jeg tror nogen gange, at det at få et barn, kan være så skelsættende, at man kigger på sig selv på en anden måde, og man gerne vil noget andet, så jeg tænker godt at der kan være en motivation i det”.</p> <p>“Man kigger meget på sig selv på en ny måde og kan man få folk til at have den her refleksion omkring, hvor vi vil være familie, hvad vil vi spise, hvordan vil vi gøre de her ting, så er det i en periode, hvor de virkelig, virkelig gerne vil ændre. Fordi det hele er ændret alligevel. Rigtig mange siger, at hvis du har den dårlige baggrund, altså en svær social baggrund og ikke har haft nogen god barndom, ”det skal ikke være ligesom hjemme ved mig”. Så nogen gange så er den der</p>	<p>Muligheder for samarbejde mellem sundhedsprofessionelle</p> <p>Muligheder og information omkring forebyggelse eksisterer allerede under graviditeten</p> <p>Forebyggelse af overvægt ift. Fødsels som en faktor for eksisterende tiltag til forebyggelse af T2DM</p> <p>Der er fokus på forebyggelse</p> <p>Graviditetsbesøg som mulighed for samtale omkring overvægt</p> <p>Eksisterer mulighed for at henvise til tilbud</p> <p>Forebyggelse af T2DM kan gå ind under forebyggelse af T2DM</p> <p>Når man bliver mor medfører motivation for forandring</p> <p>Sundhedsplejersken bidrager allerede til forebyggelse ift. Vejledning om kost.</p> <p>At koble tingene klogt ift. Forebyggelse</p> <p>Motivation for forandring som nybagte forældre</p> <p>Ikke kun forebyggelse af T2DM men generelle livsstilsforandringer</p> <p>Forebyggelse af T2DM hos kvinder med tidligere GDM er det samme som forebyggelse af overvægt.</p> <p>Skelsættende ting giver motivation for forandring.</p> <p>At blive mor, giver motivation til forandring.</p> <p>Sundhedsplejerskens fornemmelse af muligheder for forandring</p>	
---	---	--

<p><i>motivation der, og nogen gange ser vi jo nogen, ej hvordan skal det gå her, jeg er frygtelig nervøs, så er der tit, at der er noget ressourceopbygning ved en mor. Virkelig. Hvis der bliver gødet, både bliver gødet, men også hvis de har succes med det, så kan de blomstre på en anden måde og få et andet overskud, end de havde før”.</i></p> <p><i>“Og, det at være i transformationen, det giver jo både mulighed for udvikling, ikke også – hvis man vokser af forældreskabet. Så kan det også være det her med, at man tænker, at ”jeg skal blive gammel, jeg skal virkelig være mor resten af mit liv, nu tager jeg mig sammen – jeg vil heller ikke være sådan en tyk mor” – hvad det nu er, man pludselig har gang i. Det kan være den ene vej at gå, og så er der dem, hvor det ikke falder så nemt, og hvor det er rigtig slidsomt, og hvor man føler, at man sidder meget alene derhjemme, og så er det meget svært at bryde vaner, for man skal have overskud, når man skal bryde vaner”.</i></p> <p><i>“Ja, de er motiverede, men det er jo lidt sjovt, fordi jeg har jo arbejdet et lille sted, hvor jeg ikke tror, at vi ville kunne lave et specialtilbud, men jeg oplever heller ikke, at det er nødvendigt, for det kan puttes ind under det andet”.</i></p> <p><b>Sygeplejerske</b></p> <p><i>“[...] vi diskutere meget i afsnittet om kvinderne skal være på hold, eller hvordan man kunne gøre det sådan, at dem som havde mest brug for at få hjælp... at de så også får den hjælp, og hvordan dem, som næsten er selvkørende ... hvordan vi kan differentierer dem, fordi der er jo ikke nogen grund til, at der er nogen, som er selvkørende... at de skal sidde herinde i flere timer ... de skal have den hjælp, som de efterspørger, og den information, som vi finder de mest har brug for, og så er der en gruppe, som så virkelig godt kunne profitere af et tættere forløb og blive støttet og fulgt tættere”.</i></p> <p><i>“ja og så får de oppe på barselsgangen udleveret en folder, og jeg tænker, at hvis vi siger de samme ting rigtig mange gange... fra forskellige vinkler... på forskellig vis... fordi vi siger til dem hervede, når vi ser dem til den afsluttende kontrol, at de skal huske den der kontrol hos egen læge, og vi siger det også i forbindelse med, at vi starter dem op... det bliver sagt til dem... det ved jeg, inden de går hjem oppe fra barselsgangen ”nu skal du huske den kontrol 3 måneder efter du har født” [...]”.</i></p> <p><i>“[...] jeg tænker egentligt at sammenhængen er fin nok. De får, det de skal have. De har i hvert fald mulighed for det [...]”.</i></p> <p><b>Jordemoder</b></p> <p><i>“[...] Så dem sidder jeg jo med (kvinderne red.), og også har dem ret tidligt i forløbet, hvor, at man så kan begynde at tale med dem om, hvordan kan de ændre levevis eller fastholde den levevis, de er blevet vejledt i under den første graviditet. Så det synes jeg egentlig, jeg kender til i forvejen, og også bruger aktivt, specielt i min jordemoderkonsultation”</i></p>	<p>Sundhedsplejerskens kendskab til kvinde</p> <p>Fornemmelsen af kvinden</p> <p>Barnet som motivationsfaktor</p> <p>Sundhedsplejerskens fornemmelse af kvinderne</p> <p>Kvinderne er motiverede</p> <p>Kvinderne har ikke brug for noget særligt tilbud</p> <p>Refleksioner omkring kvindernes behov</p> <p>Differentierede behov</p> <p>Sygeplejerskens fornemmelse af kvinderne</p> <p>Nogle kvinder har større behov for at blive støttet</p> <p>Information omkring forebyggelse gennem foldere</p> <p>Mange informationer som mulighed</p> <p>Deltager aktivt i patientforløbet</p> <p>Der er mulighed for at kvinden får det hun skal have, hvis hun tager imod.</p> <p>Jordemoderens kontakt til kvinden og fornemmelse af hende</p>	
--	--	--

<p>"[...] Det synes jeg faktisk godt de er bevidste om, og egentlig også har oplevet at det er en forskrækkelse, at have haft det, og det vil de gerne passe på, at de ikke ligesom bliver ved med at have, og at det stopper, når de har født".</p> <p>"[...] Så jeg tænker, at det jo er et rigtig vigtigt tidspunkt, at kunne fange folk, og hvor der er rigtig god motivation for ændring af levevis, det ved vi også med rygning, alkohol, sådan nogle ting. Der er det tit graviditeten, der bliver der, hvor at man for alvor kan få taget hul på en livsstilsændring, så jeg tænker, at hvis man kunne fastholde det efterfølgende, om det så er med mere information efter fødslen eller noget opfølgning via lægen eller opfølgning i gruppeforløb med dem der har diabetes, som man egentlig også føler, at der bliver taget hånd om det, og at det også bliver taget alvorligt efterfølgende, det vil jeg da synes var rigtig fint [...]".</p> <p>"[...] Så har vi jo også i forbindelse med "Hånd om Barnet", det fødselsforberedelsestilbud, der er, haft samarbejde med fysioterapeuter ift. motion og bevægelse. Det tænker jeg også kan være rigtig brugbart, netop for nogen af de kvinder, der måske ikke er dem, der dyrker en masse motion eller går i fitness, men at de får blik for, at det kan være små ting, der kan være fine at gøre, også selvom man har bækkenløsning og har nogle udfordringer med at kunne bevæge sig en hel masse. At man kan bevæge sig på en anden måde. Der kunne i hvert fald fysioterapeuterne bidrage rigtig godt. Jeg har haft et samarbejde med to fysioterapeuter ifm. "Hånd om Barnet", og det har været helt vildt godt. Hvor at de fik bevægelse ind på nogen måde, hvor alle kunne være med. Det tænker jeg også er relevant i den her gruppe. Fordi de ved, at bevægelse også er så vigtigt ift. diabetes. Så det var også en mulighed i hvert fald".</p> <p>"[...] Det er jo de førstegangsfødende, der er med på "hånd om barnet", men hvor sundhedsplejersken er med, og hvor jordemødrene er med allerede før fødslen og så slipper vi dem som jordemødre, når de har født men så har sundhedsplejersken i et forløb efterfølgende, faktisk frem til barnet er næsten halvandet år. Så de har jo et forløb med dem, kan man sige, hvor man vil kunne følge dem også på den måde".</p> <p>"Ja, og jeg oplevede jo, at nogle af de kvinder, som egentlig havde givet lidt op på motionen, at de ligesom fik mod på at komme i gang, fordi de fik øjnene op for, at også små ting, ligesom også virkede, eller at man godt kunne lave nogle øvelser, selvom man havde ondt i bækkenet, eller selvom måske er overvægtig eller hvad det nu kunne være. Så jeg oplevede jo i hvert fald, at det gjorde noget rigtig positivt for de hold, hvor de var med på, og også netop at få italesat, at det har en effekt, også selvom man ikke tidligere har været rigtig fysisk aktiv, jamen så er det ikke for sent at begynde. Man kan have de her gode effekter, selvom man ikke tidligere har trænet eller været aktiv".</p> <p><b>Læge 1</b></p>	<p>Udnyttelse af relationen til kvinden mhp. Forebyggelse</p> <p>Tæt kontakt til kvinden og bidrager til forebyggelse</p> <p>Oplevelse af at kvinden er motiveret</p> <p>Kvinden er motiveret</p> <p>Muligheder for at skabe bedre sammenhæng</p> <p>Jordemoder som en ressource gennem tilt af som "hånd om barnet"</p> <p>Kendskab til kvinderne</p> <p>Der er muligheder at finde i "hånd om barnet".</p> <p>Eksisterende mulighed i et tiltag som allerede er i gang</p> <p>Kendskab til kvinderne</p> <p>Oplevelsen af hvad der virker ift. Kvinderne</p> <p>Mulighed for inddragelse af</p>	
--	---	--

<p>“Jamen det tænker jeg da også helt klar, at det (screening red.) skulle indgå, som en del af den der otte ugers undersøgelse efter fødslen. Der hvor vi primært snakker om prævention og laver underlivsundersøgelse”.</p> <p>[...] der er sådan et livsstilstilbud nede i sundhedscentret, hvor jeg ved, at der er en diætist tilknyttet også, så tror jeg måske, jeg ville tage kontakt til dem og høre, om de havde et eller andet, de kunne byde ind med. Det tror jeg”.</p> <p><b>Læge 2</b></p> <p><b>Læge 3</b></p> <p>“Det er oplagt, at tage det op til otte ugers undersøgelse, det håber vi også, at de fleste de gør. Jeg kan ikke huske, at jeg har set nogen med det, hvor man har lavet den efterfølgende”.</p>	<p>screening som standard i otte-ugers undersøgelse</p> <p>Eksisterende muligheder for forebyggende tilbud</p> <p>Screening som en del af otte-ugers undersøgelsen</p>	
---	--	--

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b></p> <p>“[...] men jeg kan jo ikke sidde her og sig hvad sundhedscentret kunne gøre men i givet fald ville det være sundhedscentret der skulle have et tilbud til dem og hvis de synes at det var inden for deres ramme af hvad de skal tilbyde så ville vi jo sagtens kunne lave en aftale om at bede om at få den oplysning for så har vi reelt noget at bruge oplysningen til”.</p> <p>“Altså punkt 1 at vi får informationen og punkt 2 at vi har en standard for hvad vi så gør når og det kræver selvfølgelig at vi har en aftale med sundhedscentret fordi det er ikke ... altså vi er generalister [...]”</p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b></p> <p>“[...] hvis man kunne gøre noget øh så vi simpelthen fik opmærksomheden på det her ... så hvis man fik en direkte henvendelse fra jordemoderen når det (GDM red.) var konstateret for eksempel ... det er i hvert fald den første indgangsport ... så er det ikke sværere end ligge det ind som en fuldstændig ... i vores elektroniske journalsystem ... så det bare er noget der er bare bonner op ... vi spørger jo for eksempel også forældrene om på det første besøg vi er ude ... hvordan bruger de alkohol i dagligdagen ... for nogen er det grænseoverskridende men det øvede vi os i da jeg var i x (større midtjysk by red.) så vi fik knyttet nogle bestemte ord til”.</p>	<p>Sundhedscenteret skal lave et tilbud til kvinderne</p> <p>Anvende information om GDM til at henvise kvinder til forebyggende tilbud</p> <p>Mangler et tilbud at henvise til</p> <p>Information som forudsætning for at henvise</p> <p>Skabe et tilbud at henvise til</p> <p>Øge opmærksomheden mod GDM og forebyggelse</p> <p>Øge samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle</p> <p>Øge informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle</p> <p>Sundhedsplejersken som katalysator til forbedring af forebyggelse af T2DM og forbedring af patientforløb</p>	<p><b>Ideer til Forbedring af forebyggelsesindsats og patientforløb</b></p>

<p><i>“Der kan jeg godt sige dig at sådan en ting det er lige som det der og var det noget som man ligesom kunne ... arbejde ind”.</i></p> <p><i>“altsååå ehh der kunne sagtens skrues på det i forhold til de ting som jeg allerede har sagt ... fordi jeg vil da sige at ehh... der er jo nok noget med at ... altså for vores faggruppe i hvert fald ... noget som passere lidt forbi”.</i></p> <p><i>“Nej altså vi bruger noget som hedder Novax journalsystem og det er egentlig det de fleste sundhedsplejer er begyndt at kører på og egentlig er ideen med det at vist ... fordi Novax det ligger i Århus ... de har vist også planer om at vi skal kunne sammenkører det ... det har nemlig også et lægesystem men indtil videre kan de ikke snakke sammen ... altså vi kan godt sende korrespondance elektronisk til hinanden men vi kan ikke trække informationer fra hinanden ... hvis jeg f eks. ... og der er der flere og flere læger der er begyndt at gøre efter vi har opfordret dem til det .. hvis de har et barn til 5 års undersøgelsen det er jo egentlig sidste gang og så overtager vi dem i skolen ... der er det nogen gange de er begyndt at sende en lille kort korrespondance omkring Barnet vejede og målte det og det ... barnet har astma eller hvad der ellers kunne være relevant ... så det kan vi godt gøre ... så så korrespondancen kunne også komme fra egen læge”.</i></p> <p><i>“Men jeg vil da sige at det ville da også være nærliggende at det var jordemoderen ... man kan selvfølgelig sige at jordemoderen sender jo en OBS GDM til egen læge”.</i></p> <p><i>“Jo men der ligger nemlig flere ting i det... jeg kan også godt tænke at ehh nogen gange når vi har de her tværfaglige møder med jordemødrene”.</i></p> <p><i>“nej det er der ikke ... det er bare ... at det gør man ikke og det får man ikke af vide ... altså jeg skal ikke kunne sige det ... jeg tro da i ganske få tilfælde har jeg da måske fået det af vide men det hører da til tilfældighederne spil og det kunne der sagtens blive strammet op om ... også i forhold til andre ting ... for lige at nævne et fuldstændig ekstrem tilfælde så fordi jeg har jo terminsletter her i kommunen så jeg der får jeg jo af vide hvem der har født ... og der hvor jeg arbejde før der havde vi jo forældrekurser hvor vi underviste de kommende forældre inden fødslen. så der ja der havde det været ekstremt relevant og meget nærliggende at få besked når vi nu sad side om side med jordemødrene”.</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p><i>“For det første synes jeg, at man er nødt til lige at have lidt respekt for, at når man nu er helt ny mor, så er der rigtig mange ting man er optaget af, og man har måske ikke det største overskud, og ikke det</i></p>	<p>Forebyggelse af T2DM kan arbejdes ind i praksisfeltet</p> <p>Øge opmærksomheden mod forebyggelse indenfor feltet</p> <p>At forbedre kommunikations- og informationsvejen</p> <p>Kommunikation og information mellem faggrupper som en faktor for forbedring</p> <p>Forbedring af samarbejde mere med lægen</p> <p>Forbedring af samarbejde mellem sundhedsplejerske og jordemoder</p> <p>At samarbejde på tværs af fagområde</p> <p>Manglende deling af information som faktor for manglende sammenhæng</p> <p>Relevant at dele informationer mhp. Forbedring af patientforløb.</p> <p>Forbedring skal rettes mod respekt for kvinden og familien</p>	
---	--	--

<p><i>største fokus på en selv. Det går fortrinsvist til barnet, og på at være den nye familie, nye mor og alle de her nye ting. Der ligger et kæmpestort fokus [...]”.</i></p> <p><i>“De fleste mødregrupper vil gerne have, at det er lokalt funderet, fordi det er netværksskabende, men lige der sidder jeg på x-by, og de flytter. De har det første barn her, og så flytter de med nummer to. Så de er ikke så bundet af et område, som man er i så mange andre steder, og sådan nogle steder kan man sagtens gøre det. Have lidt mere, hvor man måske spejler sig i det, at det også var noget man kunne blive visiteret til”.</i></p> <p><i>“Jeg synes jo det er genialt, hvis man kan kombinere at de både oplever, at der er noget på det at være mor, og så koble det her på, for det er det de er optaget af. Det er at være mor. Så et sted, hvor man mødes, og hvor man mødes med børnene, tænker jeg. Og så laver ting sammen med børnene. Om det er at gå med barnevognen en lidt længere tur end man ellers ville have gjort. Det kan være nede i at man er i svømmehallen, har noget babysvømning, og så bliver børnene trætte, og så kunne det jo være, at man kunne få lov at svømme videre mens de sov. Mange af de her ting, hvor du tænker det ind, og der er jo rigtig mange gode ting, der er jo gymnastikinstruktører, der kan noget på den måde, hvor man ”bruger børnene som håndvægte og hvad ved jeg”. Jeg tænker, det er vigtigt, at de ikke skal føle, at det går fra det med børnene, for så magter de det ikke. Så det er noget man gør sammen med sine børn. Det vil være nummer 1, hvis man kan lave sådan et forløb”</i></p> <p><i>“Men også fordi, at når du har barsel, går du jo ikke fra et lille barn, og hvem skal passe det. Jeg tror det er meget motiverende, at det kan være noget man gør sammen med sit barn, men også sammen med andre mødre. Og der er jo sådan nogle hold, ikke for den her gruppe, for de er ikke ret meget på de her hold, men for de velfungerende mødre, der er jo masser af sådanne tilbud og masser af kurser de melder sig til. Og jeg tror faktisk det er noget af den her idé man skal tage, men bare lidt langsommere, for det er jo ikke folk der er i form på samme måde. Så det er jo små skridt”.</i></p> <p><i>“Nåh... jeg har jo ja-hatten på, så... det må jeg jo få det bedste ud af. Det, der faktisk er lidt sjovt, er, at hvis jeg er heldig, nu har jeg haft det i dag faktisk, at der også er nogen flergangsfødende, der har erfaringerne, så kan jeg jo brede den snak her meget mere ud. Den kan få nogle andre aspekter, end at jeg sidder i alle de der besøg, jeg synes jeg har sådan et varieret arbejde, men det keder mig faktisk lidt at sætte den der plade på, selvom jeg godt ved, at det hver gang er lidt forskelligt, så er det altså rigtig meget det samme. Der kan man godt i sådan et åbent hus have nogle andre dynamikker, og nogen byder ind med noget og supplerer og gør</i></p>	<p>Fleksibilitet ift. At skabe forbedringer</p> <p>At kunne spejle sig i andre som en mulighed for at skabe forbedring i forebyggelse</p> <p>Kombination mellem det at være mor og forebyggelse</p> <p>Inddragelse af børn</p> <p>At tilpasse forebyggelsen efter målgruppen</p> <p>Sundhedsplejersken som deltagende i forbedringer</p> <p>Mødregrupper som forbedring af forløb</p>	
--	---	--



<p>det lidt bredere, og det har du så tid til derfor der skal du ikke gøre en hel masse andet samtidig".</p> <p><b>Sygeplejerske</b></p> <p>"Det kunne være fedt hvis vi selv måtte se dem... ja så de kom forbi her".</p> <p>"Det kunne sagtens indebære at de havde fået taget et langtidsblodsukker, et fastebloodsukker og at vi så får talt om "hvordan går det?", "hvor er din vægt henne i det her?", fordi det var nogle af de ting, de kunne flytte på, også uden at vi ville slå dem oven i hovedet men i stedet "hvordan når nu du snart skal til at på arbejde igen, hvordan tænker du tingene kan komme til at hænge sammen for jer både med indkøb og børnepasning?" og det motion vi efterspørger til mor "hvordan tænker du, har du gjort dig nogle overvejelser?" og så skub lidt med dem ad den vej".</p> <p>"[...] så i stedet for skal der være en eller anden flow-ting af informationerne".</p> <p>"[...] men at man kunne lave nogle telefonkonsultationer, at man simpelthen havde en eller anden funktion i afdelingen, hvor man på bestemte dage sat sig ned og ringede til den liste af patienter man så har, der skal have støtte".</p> <p>"Jeg tænker jo at lige nu ligger det hos egen læge... det der med at de skal følges op, og de skal selv henvende sig og sådan nogen ting... og der kan man sige dem vi ser, dem har vi selv indkaldt ud fra en vurdering, så man kunne jo godt på den måde ligesom holde fast i dem og skrive dem på nogle lister, og sige at dem her de skal ses igen om et år... Hvis man nu skal drømme... så når de har født, så kunne jeg jo godt tænke mig, at man så afhængigt af deres blodprøver og urinprøver og deres ting ved første kontrol kunne selektere dem i to grupper, nogen som bliver set en gang om året, og nogle som bliver set hvert andet år, og at man ud fra det, i de grupper, også har de tilbud med vægt og kost og motion, sådan at det lige som kommer tæt på dem, og at de bliver indkaldt, og at vi lige som forsøger at holde fast i dem, fordi så det ikke bliver overladt til dem selv... fordi det er den der overladt-til-sig-selv-hed der ligesom .. det er det som taber dem ... fordi så smutter det lige ... der er noget andet som er blevet vigtigere ... der var en i radioen nu her om det var i går eller ... en af gynækologerne som har lavet et eftermiddags-aften ambulatorie til at få lavet celleskrab ... fordi som hun siger, de unge mennesker, de får indkaldelsen og så hænger den på køleskabet, så kommer man for sent, og så får man ikke lige gjort noget ved det, så flytter man indkaldelsen over i en bunke, og til sidst efter et halvt år så bliver den kasseret, og jeg tænker at det er lidt på samme måde det her, at man bliver pirket til og så sker der ikke mere ved det ... du skal selv bestille</p>	<p>Sygeplejersken som ressource til forbedring</p> <p>Hvordan sygeplejersken kan bidrage til forbedring Sygeplejersken som en ressource i forløbet mhp. Forbedring</p> <p>Et bedre flow af informationer mhp. Forbedring</p> <p>Ideer til hvordan sygeplejerske og graviditetsambulatoriet kan bidrage</p> <p>Sygeplejersken som ressource til opsøgende arbejde ift. Forebyggelse</p> <p>Graviditetsambulatoriet som et bidrag til forbedring af forebyggelse og patientforløb</p> <p>Ideer til forbedringer</p> <p>Optølgning og opsøgning som faktor for forbedring</p>	
--	--	--

<p>en tid... jamen men hvis tiden kommer til dig så er min erfaring også at de møder altså".</p>	<p>Mere opfølgning som forbedring</p>	
<p><b>Jordemoder</b></p>		
<p>"Ja, jeg synes jo, at der skulle være noget mere opfølgning, blandt andet på diætist områder. De har en snak, tror jeg nok det er, med en sygeplejerske eller diætist, der når de får det erkendt, og er inde til første kontrol i ODA (obstetrisk dagafsnit red.) i forhold til GDM. Der tænker jeg, at noget opfølgning kunne være relevant, altså jeg snakker selvfølgelig med dem i graviditeten i konsultationen omkring deres kost og omkring deres vægtøgning, omkring motion, og har fokus sammen med dem på den måde, men jeg tænker, at det kunne være relevant, at der blev inddraget måske noget fokus på det i løbet af graviditeten, så det ikke bare bliver målingerne og tallene, der bliver så meget fokus på, men mere, hvordan er det så, at vi opretholder at værdierne ligger inden for de normale områder med kost og motion. Det synes jeg godt, at der kunne være lidt mere opfølgning på igennem graviditeten, og måske også efterfølgende, så vi kan fastholde den levevis, de har fået iværksat når det er velreguleret. Så de også undgår, at skulle til at have insulin".</p>	<p>ODA kan bidrage</p> <p>Jordemoderens rolle</p> <p>Vigtigheden af opfølgning fra sundhedsprofessionelle som faktor for forbedring</p>	
<p>"[...] Jeg tror også måske noget mere information om, jamen hvad er det egentlig det betyder, at have den her gestationelle diabetes, fordi det er altså ikke alle der helt fanger, hvad det er, at det egentlig betyder for deres krop, og for deres liv videre frem, så der tror jeg også kunne hjælpe med, at de får bedre erkendelse af, hvad der er, og hvor vigtigt det er, at de også lever efter de råd de bliver givet. Det tror jeg kunne være nogen af tingene, i hvert fald".</p>	<p>Mere information</p> <p>Kommunikation og samarbejde på tværs af fag felt</p>	
<p>"Ja, hvordan kan vi gøre det? Altså, jeg tænker i hvert fald, at vi har i hvert fald "Clinical", som bliver noget fælles kommunikation journal-mæssigt, hvor egen læge jo ikke kan koble sig på, på samme måde, det kan jeg nogle gange opleve, er en udfordring, hvor det bliver den gravide med vandrejournal eller papirer i hånden ligesom kommer og fortæller, hvordan deres blodsukker værdier ligger. Der tænker jeg godt, at man kunne lave noget smartere, hvor man bruger det virtuelle noget mere, kan logge på og se værdier sammen og kan vejlede ud fra det og så tænker jeg også noget mere opfølgning på kost og motion for den gravide, så det netop bliver mere det, der er i fokus end værdierne. Nu viser jeg, hvordan mine værdier ligger, og det er fint, og så kan de skrive, at der kom de lige til at spise noget hvidt brød, fordi de var til børnefødselsdag eller hvad det nu kan være, men at de mere bliver mødt med vejledning i stedet for, at det er et skema de skal putte nogle værdier ind i. Så mere forståelse for, hvad er det så, at min levevis påvirker de værdier, og der synes jeg, at der skal noget mere opfølgning på de her vejledningssamtaler".</p>	<p>elektronisk deling af information</p> <p>Mere vejledning i stedet for information</p> <p>Mere kontakt til kvinderne</p> <p>Bedre rådgivning</p>	

<p>“[...] Altså jeg tænker i hvert fald godt, at man på en eller anden måde kunne rådgive noget bedre i forhold til, det vi siger nu er, at nu har du født, nu er det i princippet overstået med at du har den her graviditetssukkersyge, vi skal lige holde øje med barnet to timer og fire timer efter fødslen, og hvis det er fint, jamen så er der i princippet ikke noget sukkersyge mere og så er du egentlig dig selv, sådan frit lejde igen på en eller anden måde. Der tænker jeg godt, at man kunne have mere fokus på videreførelse af den livsstil man allerede har iværksat i graviditeten fordi vi jo også ved, at det ofte er kvinder, der er overvægtige i forvejen og som kan videregive den livsstil til børnene også [...] Vi har selvfølgelig nogle læger, inde på sygehuset, der er specialister og eksperter i det, om det var i det regi, man kunne lave nogle opfølgingsgange, hver tredje måned eller et eller andet med dem der har født og har haft gestationel diabetes, fordi vi ved jo også, at de bliver gravide igen, og hvor de har øget risiko. Det tænker jeg da kunne være en rigtig god idé”.</p> <p>“Altså egen læge, sundhedsplejerskerne kunne være relevante at få ind over også, altså som dem der følger familien videre i den nye tid, og så tænker jeg diætister, som de har en samtale med, enten en sygeplejerske eller en diætist nede på dagafsnittet (for gravide red.), at det var en relevant faggruppe også at have noget mere med ind over [...]”.</p> <p>“Altså det ville ikke være en umulighed, der er jo allerede forløb, hvor de er sammen, men der danner de jo så mødregrupper ud fra de hold de er på i ”Hånd om Barnet”, hvor de jo så typisk er 12 par, og hvor man så bliver delt i to, og så har mødregrupper der. Så skulle man jo så i løbet af graviditeten dele det op efter at man så samler dem, der har gestationel diabetes eller hvad det nu kunne være. Altså det kunne man jo gøre, man kunne lave nogle forløb i det Ja, det ville ikke være umuligt”.</p> <p><b>Læge 1</b></p> <p>“Der har vi jo nogle patienter, indenfor andre specialer, hvor de efter et stykke tid, der bliver de afsluttet til egen læge, men så vil der typisk i epikrisen, altså det afsluttende notat være en ”køreplan” for, hvor tit vi skal se dem, om hvad det er, vi skal holde øje med, og hvornår vi skal henvise. Så det kunne man jo godt overveje”.</p> <p>“Jamen, få en eller anden kontakt til sygehuset og så få lavet en eller anden fælles agenda for, hvad gør vi lige her, så de netop ikke bliver ”tabt” i efterforløbet”.</p> <p>“[...] og så skal det køre i praksis, og der var det måske bedre med noget kommunalt”.</p> <p>“Jamen det kunne godt være et isoleret forløb for den type kvinder, så de ikke bliver blandet sammen</p>	<p>Sundhedsprofessionel støtte</p> <p>Mere fokus på forebyggelse</p> <p>Inddragelse af flere faggrupper</p> <p>Mere inddragelse af sundhedsplejersker og praktiserende læger</p> <p>Tværfaglig indsats</p> <p>Hånd om barnet målrettet kvinder med GDM som forbedring af forløb</p> <p>Bedre informationsdeling mellem faggrupper</p> <p>Forbedring af struktur</p> <p>Forbedring af forløb</p> <p>Forbedring af samarbejde mellem sektorer og sundhedsprofessionelle</p> <p>Forbedring af indsatsen</p>	
--	--	--

<p>med alle mulige andre diabetikere, fordi det jo vil være nogle andre ting, de skal have fokus på, tænker jeg [...]”.</p> <p>“[...] generelt, om der var nogen ansatte, simpelthen der, som epikriserne fra sygehuset også gik til, så de sådan kunne være lidt proaktive også på de her kvinder. Det kunne man måske godt have sådan et lille team, som måske også havde nogle andre opgaver, fordi det kunne godt være ... Ja det kunne også godt være, at det var stort nok i sig selv til at tage sig af”.</p> <p>“Ja og så måske et eller andet tilbud, hvor der var nogen der greb dem. Altså som automatisk fik epikrisen fra sygehuset, når de blev afsluttet, som ligesom var obs. på, om de her kvinder nu fik lavet et opfølgingsforløb”.</p> <p>“Ja, det kunne måske være kvindernes arbejdsplads, jeg ved ikke det er jo også forskelligt selvfølgelig, men der ville jo være nogen steder, hvor der ville være nogle sundhedstilbud i relation til arbejde, som de ville kunne gøre brug af”.</p>	<p>Et målrettet forløb</p> <p>En gennemgående sundhedsprofessionel som faktor for at skabe sammenhæng</p> <p>Et team som faktor for at skabe bedre sammenhæng</p> <p>Samarbejde faggrupper imellem</p> <p>Et automatisk tilbud som greb kvinderne</p> <p>Deling af information og automatisk inkludering i særligt forløb</p> <p>Arbejdspladsen som samarbejdspartner</p>	
<p><b>Læge 2</b></p> <p>“Der tænker jeg et eller andet sted, at det kunne være rart, at der i epikrisen, at der står til den her post partum undersøgelse, vi undersøger kvinderne ved otte ugers undersøgelsen, at de også er informerede om, at der er lige den her – og så er det ligesom vores opgave, at tage den derfra, og så lave en plan for, efterfølgende om det skal være årligt eller hvert andet år screeninger for dem [...]”.</p> <p>“Jamen, det hvor vi kan bidrage, det er jo der, hvor de kommer ud til os første gang, efterfølgende, om det så er fem ugers undersøgelse, for den lille eller det er jo primært otte ugers undersøgelsen, at det handler om dem, så der tænker jeg jo, at det ligesom er vores opgave, at skulle arrangere, hvordan det skal være efterfølgende ift. kontroller. Det skal vi jo også, fordi vi skal jo sikre os, at tallene er normale efter fødslen og de stille og roligt, også alt afhængig af, hvad der ellers har været [...]”.</p> <p>“Men der kunne da egentlig være en rigtig god idé, at fange de kvinder, som har haft det under graviditeten og så lave et efterforløb for dem. Jeg ved godt det ramler ind i alt det her med at være nybagt mor og alle mulige andre ting, og jo længere tid der går, jo mindre er interessen nok fra dem, men man kunne da godt lave nogle forløbsbeskrivelser for dem, ift. om det skal være under deres graviditet eller efter ift. at man bliver tilmeldt et hold. Lidt ligesom man gør med knogleskørhed eller KOL patienten, hjerte/kar rehabilitering ikke. Så får man de her oplysninger man skal bruge, så bliver man gjort opmærksom på, at de her kontroller faktisk er</p>	<p>Forbedring af deling af informationer</p> <p>Tydighed omkring forløb</p> <p>Planer for forløb</p> <p>Struktur og retning</p> <p>Lægens rolle som faktor for forbedring</p> <p>Planlægning af forløb</p> <p>Fokus på at skabe et efterforløb for kvinder med tidligere GDM</p> <p>Forløbsbeskrivelse som forbedring</p> <p>Sammenligning med forløb rettet</p>	

<p>vigtige. Jeg tror faktisk et langt stykke hen ad vejen, at når nogen af de gravide har født, og deres graviditetssukkersyge forsvinder, så er det sådan lidt "syne ude af sind", og så glemmer man lidt om det ikke også [...]"</p> <p><b>Læge 3</b></p> <p>"Jamen det er jo det, jeg synes det er svært at sige, hvad er årsagen til, hvad deres utryghed er omkring det, det ved jeg ikke, hvad det skyldes, men man skal bare måske presse lidt mere på i forhold til at få en opfølgning med dem, og have det som en agenda. Jeg ved ikke, hvordan de føler det, det kunne egentlig være meget rart at vide mere om".</p> <p>"Jeg tænker, at det man kan gøre herfra, det er selvfølgelig at tage den op til otte ugers undersøgelse, og husk nu, nu her om halvanden månedstid lige at komme igen og få lavet det. Ellers så tænker jeg, at det kunne være rigtig relevant, også at tage den op samtidig med, at de skal have lavet det cytologi, altså deres livmoderhals undersøgelse, og det passer jo meget godt med intervallet ikke også, og det er kvinder i den fødedygtige alder, og der kunne man godt have det som en ekstra note. Når man skal op og have taget det skrab, jamen så kunne man også få lavet en HBA1C, lige få taget en blodprøve".</p> <p>"Ja det gør jeg, for det går jo hurtigt, hvis de så endelig får lavet den der efter tre måneder, jamen hvad så de næste ti år, hvor der stadigvæk er øget risiko, det er jo lang tid, der kommer de jo faktisk til cervix undersøgelse. Det vil være oplagt, synes jeg".</p> <p>"Det fede ved det, at det kunne kombineres på den måde, det var jo, hvis der var nogen der sendte noget ud til patienterne. Ligesom de får sendt noget ud fra patologerne, altså nu skal de komme til deres praktiserende læge, for at få lavet deres undersøgelse, og hvis ikke de får set gjort, så får de et nyt brev. Så det vil da være oplagt, at de fik en lille skrivelse, en påmindelse".</p> <p>"Men ellers så ser jeg også et eller andet for IT-system, som set up, som kunne sørge for at holde dem ved ilden, altså et IT program, der kører, altså der skal selvfølgelig nogen til at sætte det op".</p> <p>"Nemt, det vil være nemt (at integrere mere kontakt i det eksisterende forløb red.). Der er ikke ret meget i det, der skal nogle åbne spørgsmål til, og hvordan synes du det har været med det her sukkersyge, og under graviditeten og ved jo godt at det kan vi følge op på [...]"</p> <p>"Det kunne være mega fedt, at få sendt sådan en eller anden reminder ud i deres e-Boks eller et eller andet, så ville man da kunne fange en hel del [...]"</p>	<p>mod KOL og andre kroniske lidelser</p> <p>Øget opmærksomhed mod risiko for T2DM</p> <p>Mere fokus på opfølgning</p> <p>At have forebyggelse som en agenda</p> <p>At anvende otte-ugers undersøgelsen som fokus på opfølgning</p> <p>At anvende cervix undersøgelsen hvert 3 år som rettesnor på opfølgning som faktor for forbedring</p> <p>Øget opmærksomhed</p> <p>Cervix undersøgelsen som reminder for screening ift. Forebyggelse af T2DM</p> <p>At være proaktiv for at få kvinderne til at få foretaget screening ved at sende reminder f.eks. Sammen med indkaldelse til cervix undersøgelse</p> <p>Integrering af screeningsforløb</p> <p>Udsendelse af påmindelser</p> <p>IT som værktøj til forbedring</p> <p>Lægen som faktor for forbedring vha. Mere fokus på forebyggelse af T2DM</p>	
---	---	--

<p><i>“Jamen der kan man selvfølgelig søge nogle ekstra penge i forhold til at få lov til, at se dem lidt hyppigere måske i starten fire gange om året, og efterfølgende en gang om året eller sådan noget. Der kunne man da håbe på og drømme om, at kunne få en eller anden form for forløbsydelse eller et eller andet, som ville være godt gjort af, at hvis man så kunne forhindre, at nogen ville udvikle diabetes, så ville det være rigtig gunstigt”.</i></p>	<p>Remindere til kvinder som faktor for forbedring</p> <p>Øget fokus på opfølgende forløb</p> <p>At søge forløbsydelse som værktøj til at forbedre praksis omkring opfølgning</p>	
---	---	--

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b></p> <p><i>“Ja og der er meget man som sundhedsplejerske skal de første besøg men vi har jo også lidt et hjerte for og en hypotese om at det jo også kan have betydning for barnet om mor har haft GDM”</i></p> <p><i>“[...] vi kan jo ikke gå ind og varetage indsatsen som sådan som sundhedsplejersker men vi har en ret stor mulighed for at være visiterende og opfølgende”.</i></p> <p>.</p> <p><i>“Vi ved at de kan have sværere ved at få etableret en amning og det er vigtigt da vi ved at amning beskytter mod diabetes og overvægt osv.”.</i></p> <p><i>“Så derfor tænker vi at det ligger inden for vores ramme”.</i></p> <p><i>“Det er nok egentligt vores dilemma at vi har rigtig meget viden men ikke så mange handlemuligheder”.</i></p> <p><i>“[...] men jeg tror det vil være mere bæredygtigt at en anden gruppe varetager det også fordi vi er godt nok generalister men og bevæger os vidt omkring og kan tage mange ting ind i hjemmebesøgene men vi er også nødt til at slippe hvad vi har i hænderne når der lige pludselig kommer mange fødsler”.</i></p> <p><i>“Så der en meget stor elastik i forhold til at det at få tilrettelagt sin tid og hvor vi hele tiden prioritere i skal-opgaver og kan-opgaver og kan-opgaverne som det her jo ville være... den vil meget ofte blive skubbet hvis der er mange skal-opgaver”.</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b></p> <p><i>“[...] lige fra amning og graviditet og op til ungdomskulturen (derfor kan de rumme GDM forløbet red.) [...]”.</i></p>	<p>Sundhedsplejersken som en mulig ressource</p> <p>Mulighed for at visitere og være opfølgende = ressource</p> <p>Sundhedsplejerskens motivationsfaktor for at forebygge T2DM hos kvinder med tidligere GDM</p> <p>Sundhedsplejerskens oplevelse af egen rolle ift. Forebyggelse og forbedring af patientforløbet</p> <p>Besidder viden men mangler handlemuligheder - Professionen som ressource</p> <p>En ressource men mangler tid</p> <p>Modstand mod forandring</p> <p>Tid som faktor for at tage del i ansvaret</p> <p>Kan og skal opgaver</p> <p>Ressourcer tilgængelige</p> <p>Modstand mod forandring</p> <p>Sundhedsplejen kan rumme forebyggelsen af T2DM og at</p>	<p><b>Sundhedsprofessionelle som katalysator/ressource i patientforløbet for og imod</b></p>

<p>“[...] men jeg tror at når man ser det fra begge sider (sundhedsplejerskernes og dem der vil implementere nyt red.) så de sidder og tænker at sundhedsplejerskerne skal vi nu også til at gøre det?”.</p> <p>“[...] det er hvis man kommer og serverer for sundhedsplejerskerne at I har så en opgave mere ... det er totalt en kulturændring hvis vi skulle til at ud ... men jeg vil synes at det var totalt nærliggende”.</p> <p>“ Men man kan sige at lige så vel som ... altså på den måde har vi jo meget en konsulentfunktion og lige så vel som dagplejen gerne vil have at vi formidler at på det første hjemmebesøg vi er på, at de får sig skrevet op på den digitale venteliste og så meget andet kan man sige”.</p> <p>“Så jeg tænker at det er nærliggende også fordi at jeg tænker at vi er jo forholdsvis i antal en lille faggruppe trods alt så hvis vi skal blive ved at holde vores kappe så er vi nødt til ... det lyder forkert men at tænke kreativt ... vi er nødt til at tænke ud af boksen”.</p> <p>“Så siger jeg til dem (kollegerne red.) jamen ehh det er jeg dybt uenig i og det er hun jo sådan set også fordi ehh for det første kommer vi på skolerne og hvis de her unge piger de ikke kommer til lægen tilfældigvis så får de da ingen info ... jeg mener det er vores pligt og ved du hvad lidt Ala det her med GDM så det jeg har gjort er at de her to skoler hvor jeg kommer som sundhedsplejerske på der har jeg på 6. 7. og 8. klasse sendt en skrivelse rundt hvor jeg henviser til Stop-HPV hjemmesiden og skriver ganske enkelt kort altså imødekommer det her med at der har været enorm meget frygt og hvordan er det .. og hvad har man set og man har kun set bivirkninger i Danmark... så det arbejder man faktisk ... og så har jeg de foldere med ud og så har jeg selvfølgelig lagt op til forældrene hvis de er i tvivl så er de velkomne til at ringe eller snakke med deres egen læge ... det er det jeg har gjort”.</p> <p>“så ser jeg da det som en fornem opgave (at arbejde forebyggende red.) “.</p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p>“Altså, jeg synes jo, at det ville være rigtig rimeligt, når vi sidder over for folk, og spørger til, hvordan de har haft, og hvad de har af udfordringer lige nu, at vi følger op på det. Det giver kun mening at følge op på det, hvis man har noget at tilbyde dem, og det er jo forskelligt fra kommune til kommune”.</p> <p>“Ja, det tror jeg (muligt at opnå føling med hvornår kvinderne er motiverede red.). F.eks.</p>	<p>tage del i at skabe sammenhæng i forløb</p> <p>Modstand mod forandring</p> <p>Modstand mod forandringer og nye opgaver</p> <p>Sundhedsplejersken er en mulig ressource</p> <p>Sundhedsplejersken som konsulentfunktion</p> <p>Sundhedsplejerskerne er en mulig ressource til at skabe sammenhæng og til at indgå i forebyggelsen af T2DM</p> <p>At være omstillingsparat At værne om sit speciale/fagområde</p> <p>Sammenligner den forebyggende indsats omkring T2DM med forebyggelsen af livmoderhalskræft, hvor sundhedsplejerskerne har modstand mod at deltage i</p> <p>Modstand mod forandring</p> <p>Sundhedsplejersken er en ressource i det forebyggende arbejde</p>	
--	--	--

<p>synes jeg, at det er oplagt deromkring fire måneder, hvor man taler om kost. Jeg synes det er så oplagt et tidspunkt, at putte det ind. Så tænker jeg også og spørge dem, hvis det er der lige efter fødslen, hvordan har de det, når de ammer. Hvis ikke diabetesen er slut endnu, så er der også en ret stor påvirkning af blodsukkeret, når man lige ammer og sådan nogle ting, hvad gør man der. Altså prøver at spørger ind til, om de mærker det eller ikke mærker det. Alt efter hvad de siger der, for det er jo det der med at koble på det man får.</p> <p>Så tænker jeg lidt, nogen gange, der kan det være rigtigt at snakke med dem lidt fra starten, hvis moren har et rigtigt godt overskud, er at sige, "noget af det, der er rigtigt godt for dig, nu sover du jo heller ikke så meget, og sådan nogle ting, det er at komme ud og gå en tur med barnevognen hver dag", "kan du lide det", "gør du det?", "kommer du ud?". Det er der faktisk rigtig mange, der faktisk har lyst til, for de har måske ikke lavet ret meget før, men de kan ikke holde ud bare at sidde derhjemme, fordi de går ikke på arbejde mere. Så det med at få snakket med dem om at have sådan nogle små dagligt rutiner, hvor man kommer ud i lyset og får rørt sig lidt, det er utroligt godt, også når man ikke får sovet så meget. Der er mange små steder, hvor man kan putte de der små ting ind, og det er jo det sundhedsfremmende i vores arbejde.</p> <p>Så den er der, og der kan den være helt fra en start, og så tænker jeg også ved to måneders besøget, der laver vi det vi hedder en "EPDS". Det er egentlig en screening for depressioner, men vi bruger det meget til at tale mental sundhed og de her ting hænger jo sammen. Så der er også nogle muligheder, og så synes jeg der er ved fire måneder.</p> <p>Så har jeg også brugt rigtig meget de senere år, hvor vi er blevet meget mere stillesiddende og selv små børn har jo iPads, at jeg faktisk snakker med dem ved otte måneders besøget, hvor jeg er på gulvet med barnet, "det bevæger sig, og det udviklet sig, og nu begynder arbejdslivet snart, og hvordan har i mulighed for at tænke bevægelse her hos jer, hvordan vil I få det ind i jeres hverdag?" Snakker lidt med dem om de ting der, og om, hvad det betyder ikke at tænde for fjernsynet efter aftensmaden, men at gå lidt ud og gå en tur, eller cykle en tur med børnene, hoppe i trampolin eller hvad man nu gør. Jeg synes, der er mange steder, hvor det altid har givet mening for mig, at koble de der ting på".</p> <p>"Ja det vil jeg mene. Altså jeg har ikke oplevet, at jeg ikke har fået det at vide (at det har GDM red.). Så jeg har den særlige opmærksomhed. Det synes jeg".</p> <p>"Nej, det tænker jeg egentlig ikke. Jeg tænker, at det er noget med, hvad det er man bruger tiden</p>	<p>Sundhedsplejersken som en ressource</p> <p>Sundhedsplejerskens fornemmelse af kvinderne som ressource i patientforløbet og den forebyggende indsats</p> <p>Sundhedsplejersken er en ressource idet hun har en særlig relation</p> <p>Fornemmelsen af kvinden</p> <p>Forebyggelse af T2DM kan indgå på lige fod med screening af depression</p> <p>Sundhedsplejersken kan koble forebyggelse af T2DM på</p>	
---	---	--



<p><i>på, når man er der. Jeg vil godt kunne klare, den problematik i den ramme jeg har. Fordi jeg går rigtig meget ind for den her måde at koble, når folk giver mig åbningerne. For det altså det der virker”.</i></p> <p><i>“Det tænker jeg egentligt, at det burde man gøre, ja, det synes jeg. Men ja, man kan også godt blive udfordret af, at nu har jeg jo lang erfaring i en kommune, og nu er jeg kommet til en anden kommune, der har nogen væsentlig dårligere tilbud, og det er også en udfordring, fordi det her med at man skal lave menneskearbejde, før man laver fagarbejde. Jo mere tillid, og jo mere de kender en jo nemmere er det også at sige noget til folk, som er noget af det der går meget nært på. Altså, man kan sige, hvor mange kvinder, siger deres vægt højt, uanset om man er normalvægtig eller ej. Det er faktisk næsten lige så hemmeligt som hvad man tjener i løn. Det er noget af det, der kan være forfærdeligt sårende, hvis man ikke er budt ind i den butik at være i. Det der med at tillid, tænker jeg, at vi er ret hurtige til at skabe, det ligger der jo også noget træning i, men hvis ikke du ser folk ret meget, så er der altså en begrænsning”.</i></p> <p><i>“Ja... og det tror jeg nemlig ikke helt, at det kommet til at ske, altså det ville være hensigtsmæssigt, men det går den anden vej i de her år. Nu har jeg været vant til i rigtig mange år, at lave fire måneders besøg til alle, og her, der kan man få kostvejledning i et åbent hus”.</i></p> <p><i>“[...] Men jeg tror, og det er intuitivt, jeg tror på, at det der virker, det er at bruge de åbninger, folk giver for der er de motiverede. Sådan synes jeg, at jeg har bedst resultater med at praktisere”.</i></p> <p><i>“Ja det synes jeg (at det er en god ide at der er en person som er gennemgående i patientforløbet red.)”.</i></p> <p><i>“[...] Jeg snakker også nogen gange med dem om, at man hver dag skal vælge, at man ikke vil komme til at veje for meget, det er et valg man tager, hver evige eneste dag. Man skal faktisk være meget reguleret. Det at give folk sådan en bevidsthed. Det er ikke sikkert man har tænkt over. Hvis ikke man vil være overvægtig, så skal man tænke over det hver evig eneste dag ved at sige nej tak til alt det, vi bliver budt hele tiden [...]”.</i></p> <p><b>Sygeplejerske</b></p> <p><i>“Vores funktion er at vejlede dem i at i forhold til at hvad betydning har det for resten af deres graviditet men også i forhold til deres kontroller men også i forhold til hvad er det de skal gå hjem</i></p>	<p>Særlig opmærksomhed = ressource</p> <p>Ingen begrænsninger - sundhedsplejersken er en ressource</p> <p>Fornemmelsen for kvinden</p> <p>Vigtigheden af relationen</p> <p>Relation som faktor for at skabe forandring</p> <p>Tillid</p> <p>Sundhedsplejersken som ressource</p> <p>Ressource som barriere for sundhedsplejersken som ressource</p> <p>Intuition</p> <p>En sundhedsprofessionel støtte i forløbet</p> <p>Relationen</p> <p>Fornemmelse for kvinden</p> <p>Sygeplejersken som ressource</p>	
---	--	--

<p><i>og gøre. Og nogen af dem, fordi vi simpelthen ikke har diætist tider nok, der laver vi en kostvejledning".</i></p> <p><i>"Så skulle det være sundhedsplejersken som kommer i hjemmet".</i></p> <p><i>"At der ligesom var nogen som var tovholder på det... også fordi vi jo godt ved, at det er en stor risiko, så jeg synes også et eller andet sted er det måske, når man ser på hvor mange af dem som egentligt så får en opfølgning, så er det jo egentligt lidt uansvarligt af systemet, at vi bare lader stå til ik... når man ser på hvor få der så egentligt bliver kontrolleret [...]".</i></p> <p><i>"[...] hvis der var en som holdt faklen så for dem og sagde det er den her vej I skal og hvis du kommer med så går vi her over".</i></p> <p><i>"Ja og det er jo ikke noget med at tage ansvaret fra folk (kvinderne, i så fald der er mere sundhedsprofessionel støtte red.) ... det er ikke det, det handler om ... for det handler om at de får den hjælp de har brug for i den periode i deres liv hvor de er max pressede som småbørnsfamilie i dagens Danmark".</i></p> <p><b>Jordemoder</b></p> <p><i>"Jeg oplever i hvert fald, at de har bliver fulgt inde i vores ambulatorium i løbet af graviditeten, og skal indsende de her blodsukre, og det er jo egentlig tit på den måde, at jeg snakker med dem om det. De forsøger jo at leve efter de her råd, de nu har fået, med hyppige måltider, og lidt anderledes måltider, og motionen. Jeg spørger jo ind til det og prøver at få dem til at sådan forklare, hvordan de lever efter de råd og så fortæller vi, at så skal de sende de der blodsukre ind, og de viser mig tit deres skemaer, og jeg kan se, om de ligger inden for de her referenceområder, så på den måde har jeg med dem at gøre, kan man sige [...]".</i></p> <p><i>"Ja, altså det tænker jeg gerne, at vi vil, altså byde ind med mere i den del også, så det ikke kun bliver graviditet og fødsel, men også bliver den nye tid efter, at vi vil kunne bidrage med noget. Det tænker jeg gerne vi ville, men igen er det de der rammer, der skal brydes lidt op for det, og at der skal åbnes op for det på den måde fordi, det vil jo fint være i tråd med at kunne få en ny god start på det nye familieliv også".</i></p> <p><b>Læge 1</b></p> <p><i>"Altså der tænker jeg, jeg ved ikke om sundhedsplejerskerne, de ville kunne byde ind</i></p>	<p>Sundhedsplejersken som mulig ressource</p> <p>Mangel på sundhedsprofessionel støtte</p> <p>Systemet er ansvarligt</p> <p>Sundhedsprofessionel støtte er væsentlig</p> <p>Sundhedsprofessionel støtte</p> <p>Jordemoder er en ressource</p> <p>Jordemoderen vil gerne bidrage mere i forløbet efter fødslen</p>	
--	---	--

<p>med noget der, men det er jo en af dem, kvinderne har tæt kontakt med der umiddelbart efter fødslen, så de vil måske også kunne være behjælpelige med et eller andet. Altså jeg ved ikke, om det skulle være fra sådan et eller andet sundhedsteam også generelt, om der var nogen ansatte, simpelthen der, som epikriserne fra sygehuset også gik til [...]”.</p> <p>“Nej, ikke udover, det her med, hvis der kunne sidde en eller anden gruppe på et sundhedscenter, som ligesom havde til opgave at følge op på de her ting. Ja, så sundhedsplejersker, egen læge og så kunne det måske også være noget med, at når kvinden så kommer til de der børneundersøgelser og vaccination inden for det første år, hvor hun jo kommer til lægen nogle gange, at man så lavede en kombination med at man så også så kvinden”.</p> <p><b>Læge 2</b></p> <p>“Altså man kan sige, jordmoderen slipper jo forløbet, når først barnet er forløst, så er det lidt ovre for dem, og så har I også nævnt med sundhedsplejersken, det ville faktisk være rigtig fint, men der er jo også tit primært barnet de fokuserer på, og knapt så meget moderen, det gør de jo selvfølgelig også, men deres funktion i det ikke, nej jeg kan ikke så lige... nej pas”.</p> <p>“[...] Men det kræver selvfølgelig også nogle fagpersoner, der gider at høre på, at de skal sidde og snakke om, at det bliver sådan lidt en hyggesnak ift. noget mødregruppe-agtigt, og man skal info omkring deres sukkersyge risiko”.</p> <p><b>Læge 3</b></p> <p>“Der er selvfølgelig sygeplejerskerne her i praksis, som nok ville udføre testen, men også kunne være opsøgende i et vist omfang [...]”.</p> <p>“Jamen det kunne jo være en diætist eller en eller anden, jeg tænker, at kommunen også har nogle kurser i forhold til bevægelse og kost, så nogen af de ressourcer de trækker på i den forbindelse kunne være rigtig fine, tænker jeg”.</p> <p>“Det kunne man jo fint nok (skabe samarbejde mellem læge og sundhedsplejerske red.), og de kommer selvfølgelig også ud og undersøger børnene, og laver div. barselstest og lignende, og er der alligevel, når barnet er lidt større”.</p> <p>“Altså jeg synes det kunne være sjovt nok, det der med at have sundhedsplejerskerne med ind i det bagefter og så måske også koble det op til nogle af de undersøgelser, som der kører i forvejen, for ligesom at have en udsigt og et perspektiv i det efter nogle år”.</p>	<p>Sundhedsplejersken som en mulig ressource</p> <p>Et sundhedsteam som støtte</p> <p>Der skal være sundhedsprofessionel støtte</p> <p>Sundhedsplejersker som ressource Praktiserende læge er ressourcer</p> <p>Kombination af forskellige sundhedsprofessionelle på tværs af felt</p> <p>Sundhedsplejersken som mulig ressource</p> <p>Tvivl om sundhedsplejersken som ressource ift. Fagområde</p> <p>Der skal være sundhedsprofessionel støtte</p> <p>Praksissygeplejersken som en ressource</p> <p>Tværfagligt samarbejde</p> <p>Inddrage forskellige ressourcer</p> <p>Samarbejde mellem</p>	
---	---	--

<p>“[...] Men det kunne også være fedt at have nogen ind over til at guide dem igennem i forhold til kosten, også det gerne, Hvis nu både hendes og manden har et problem i forhold til deres livsstil, så kunne det være rigtig fedt at få en eller anden ind over der”.</p> <p>“De kan helt sikkert godt tage meget af det her, som jeg snakker om, selvfølgelig både blodprøverne, men de kan også informere om de risici, der er forbundet med at have en gestationel diabetes, og selvfølgelig informere om forløbet fremadrettet”.</p> <p>“De (sygeplejersken i praksis red.) kan jo sagtens også lave nogle samtaler i forløbet, hvor de spørger om kost og motion og så på længere sigt”.</p>	<p>sundhedsplejersken og praktiserende læge</p> <p>Samarbejde på tværs af faggrupper</p> <p>Sundhedsplejersken som mulig ressource</p> <p>Sundhedsprofessionel støtte er væsentligt</p> <p>Praksissygeplejersken som ressource</p> <p>Praksissygeplejerske som ressource</p>	
---	--	--

#### 11.8.4 Tema 4: Barrierer for forandring af patientforløbet

##### Undertema 1: Modstand mod forandringer

##### Undertema 2: Manglende tværfagligt samarbejde

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b></p> <p>“[...] i vores ramme har vi ikke særlig stor mulighed for at selv at arbejde med for eksempel med overvægtige børn eller rygere der gerne vil stoppe og hvad det ellers kan være... så alle de her ting inden for KRAM regi dem henviser vi til sundhedscentret via vores journalsystem”.</p> <p>“Men ikke når det er af behandlende karakter eller hvad skal jeg sige så er det noget for nogle andre ... vi laver ikke behandling”.</p> <p>“[...] vi kan jo ikke gå ind og varetage indsatsen som sådan som sundhedsplejersker men vi har en ret stor mulighed for at være visiterende og opfølgende”.</p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b></p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p>“Nej det kan jeg altså ikke (se begrænsninger red.), så de er dækket ind”.</p>	<p>Sundhedsplejerskens begrænsning i det forebyggende arbejde</p> <p>Sundhedsplejersken yder ikke behandling</p> <p>Vil ikke varetage indsatsen alene</p> <p>Oplever ingen begrænsninger</p>	<p>Begrænsninger i forebyggelsesarbejdet og patientforløbet.</p>

<p>“Det kan der jo godt være (begrænsninger i at skulle deltage i overvægtsgupper red.).</p> <p>“Det at møde op, hvis man også skal følge et forløb, det er jo fremmende, hvis man har nogle mennesker, der ligner nogen som man kan spejle sig i. Det er der ingen tvivl om [...] Så der kan jo også nogen gange opstå nogle fællesskaber, selvom der er 20 års forskel, fordi vi faktisk er sammen om det her med, at der er noget vi laver om på. Der er både fordele og ulemper ved altid kun at omgås dem, der er lige præcis det samme sted som en selv. Men overvejende tænker jeg, det at kunne spejle sig direkte er motiverende”.</p> <p>“Men man må nogle gange nøjes med det der er, og få det ud af det”</p> <p>“Mange af de tilbud, der er, det er jo noget, hvor der er projekter på andre menneskers vegne, men de er der ikke selv. Så hjælper det ikke, for der er også masser af de her, der har fået tilbuddet i graviditeten, men de har ikke taget imod det [...]”.</p> <p>“Bare fortælle dem, hvad der er, altså der er jo også nogen af de her mennesker, som jo har en økonomi, hvor bare det at finde kontingenter og sådan noget kan være en udfordring. Rigtig mange af de her tilbud, de er jo faktisk gratis, men man har ikke øje på dem”.</p> <p>“[...] En ting er at have tilbuddet, noget andet er om folk vil følge det, og noget tredje er, om vi egentlig giver folk det rigtige tilbud [...]”.</p> <p>“Ja, og nogen gange, og nogen gange så tænker jeg, og det er der så nogen, der siger, det er det, der vil gøre det, og selvom der kom en sundhedsplejerske og tog dem med hver gang, så er det ikke sikkert, at de ville komme alligevel, altså det er virkelig så specielt. Det er 3-4 år siden, at der kom hele den undersøgelse af overvægtsområdet, som dybt konkluderede, at vi har bare ikke knækket den. Vi har gjort de bedste intentioner i hele min fagtid og det bliver værre og værre. Så den udfordring, tænker jeg, som jo er den største trussel for verdens sundhed, så det er virkelige skidt [...]”.</p> <p><b>Sygeplejerske</b></p> <p>“Jeg oplever at de bliver bombarderet med information. Vi havde noget undervisning på et tidspunkt, fordi jeg jo også har skrevet det her i min sundhedsfaglige diplom, og der fik vi inviteret komiteen for sundhedsfremmende et eller andet, hvor de var her en dag, og hvor de ligesom også opfordret os til, at ligesom lade være med at springe hele informationsbomben på en gang, men i stedet lave en totrinsraket, det er bare rigtig svært at komme</p>	<p>En begrænsning i at tilbud ikke er målrettede</p> <p>Manglende mulighed for at spejle sig i andre er en begrænsning ift. Forebyggende tilbud</p> <p>Manglende ressourcer, så må man nøjes</p> <p>En begrænsning at lave noget for andre, hvor de ikke selv er delagtiggjort skabe begrænsninger</p> <p>Manglende viden om gratis tilbud er en begrænsning</p> <p>Manglende deltagelse er en begrænsning</p> <p>Selvom der var sundhedsprofessionel støtte vil det ikke være en garanti for deltagelse</p> <p>Informationsbombardering som årsag til manglende deltagelse</p> <p>Store mængder af information som begrænsning</p>	
---	---	--

<p><i>igennem med, når man står her og har så mange vejledninger om ugen, at man næsten ikke kan være her for dem [...]”.</i></p> <p><i>“[...] Så vi siger det til dem, og til sidst så tænker jeg, at man måske også bliver lidt resistent over for alt det ”husken-på”, og der tænker jeg også sådan lidt, at kan man ordne det her på en eller anden måde, sådan at dén her information, den ligger dér... og dén her information, dén ligger så hér... sådan at man ikke nødvendigvis behøver at sige det samme alle sammen hele tiden... ja”.</i></p> <p><i>“Ja fordi det tænker jeg... også fordi hvis de hører den samme ting blive nævnt så mange gange, så til sidst så tænker de ”det har jeg da hørt det der ik” [...]”</i></p> <p><i>“[...] Men jeg tænker at tid er en faktor, og jeg tænker, at dem som du kan se, når du sender dem ud af døren at ... det er jo ikke sikkert, at du kan se det i papirerne, når du sidder med dem, men at du ligesom i samtalen prøver at få den her fornemmelse af, at enten så pleaser hun mig, og så går hun hjem, og gør som det passer hende, eller også så siger hun ”du skal ikke rører ved min kost”, og godt så skal vi ikke det, og så er det en hel anden vej vi skal med det her, og ”så vil jeg gerne at du måler de her dage, og at vi så snakkes ved igen om en uge”, og så må vi finde ud af hvordan vi så handler, og den tid .. om det så skal være en telefonopringning, fordi de jo i forvejen er udfordret på økonomi, det kan være kontanthjælpsmodtagere, som intet har at rutte med, så vil det være en belastning for deres økonomi, at de skulle kører derind igen, men at man kunne lave nogle telefonkonsultationer, at man simpelthen havde en eller anden funktion i afdelingen, hvor man på bestemte dage sat sig ned og ringede til den liste af patienter man så har, der skal have støtte “.</i></p> <p><i>“Ja jeg tænker, at vi er jo heller ikke helt fleksible på, hvornår vi gerne vi se patienterne, fordi det skal jo passer i vores kram, det skal være morgen tider og det skal være dut dutdu”.</i></p> <p><i>“Så kan jeg godt se at, så bliver det jo alt efter hvad kvinden har lyst til at fortælle om hvordan graviditeten har været (når sundhedsplejerskerne ikke får information om GDM red.), og så er det måske ikke lige det som fylder, fordi nu er det jo ovre ... det har de jo selv sagt der inde ... det er jo færdigt ... så er det jo ikke det som fylder ... men i stedet om babyen trives og tager på, og så kan man sige at det er jo også en begrænset tid at de er i hjemmet”</i></p> <p><i>“[...] jeg tænker at over et år, så dem der kommer igen, og har haft det før, så kan det tælles på to hænder, hvor mange der er blevet tjekket i mellem de to graviditeter”.</i></p> <p><i>“Det er frygteligt lidt (kvinder der deltager red.)”.</i></p>	<p>Manglende tid og ressourcer som begrænsning</p> <p>Resistens mod informationer</p> <p>Informationsbomben som begrænsning</p> <p>Tid som begrænsning</p> <p>Økonomi som en begrænsende faktor</p> <p>Manglende fleksibilitet som begrænsning</p> <p>Manglende informationsdeling som begrænsning</p> <p>Manglende deltagelse i screeninger</p> <p>Manglende deltagelse</p>	
---	--	--

<p><i>“Øh fysisk rum og hænder ... også det at få nogen til at se at det her det er altså alvor og få lov til at have opgaven ... fordi at barriererne er jo at det tilbud kan jeg ikke få lov til at have fordi det ligger jo ude i kommunerne i forvejen og der må man bare sige at det er patienten selv der skal tage initiativ ergo og det gør hun ikke ergo sker der ikke en fis vel og så kunne man godt herinde tage over og sige at det er en stor risiko de har med sig og de gør ikke noget selv så vi hjælper dem ... man kunne endda differentiere det ... men sådan som jeg ser det så er det høj som lav som ikke bliver tjekket så umiddelbart så er der ikke nogen grund til at differentiere fra starten men det kunne man måske overveje senere ja ... fordi dem som kræver meget støtte de det var jo dem som jeg ville pege på først men de andre de får jo heller ikke.. dem som egentligt var selvkørende i forløbet de bliver jo heller ikke tjekket”.</i></p> <p><i>“Jeg læste en undersøgelse, jeg tror det var Herlev der for mange år siden havde forsøgt at lave sådan noget kostundervisning, altså praktisk kostundervisning i et skolekøkken for patienter med gestational diabetes, altså man havde virkelig forsøgt at få dem til at ændre livsstil og de havde lavet mad og de havde motioneret og de havde grinet og de havde hygget sig og så kom babyen og så faldt hele møget til jorden ... de tabte fuldstændigt snoren ... så man kan sige at det var et rigtig fint initiativ ... de fik guld udgaven men det hjalp ikke for der var ikke nogen opfølgning bagefter ... det blev overladt til dem selv og de står bare der og de har bare mange andre ting de skal i deres liv og så bliver det her for stort og så sker der ingenting [...]”.</i></p> <p><i>“Jeg tænker at når de første gang er ved lægen efter fødslen, hvor det handler om dem selv, at man får talt med dem dér om den risiko de så nu har i deres liv, at man taler med dem om hvad hjælpe man kan få gennem kommunen og gennem egen læge, både i henhold til motion og i henhold til kost og støtte i vægtreduktion, for der er jo noget at få i forhold til de forskellige kommuner og på forskellig vis men man skal godt nok være en skarp kniv i skuffen for at kunne finde det”.</i></p> <p><i>“Og man skal godt nok stå på sin ret når man er nede ved lægen for ellers bliver man bare fejlet af bordet”.</i></p> <p><i>“ I sygehus regi ... nej ... det er der simpelthen ikke (tilbud til kvinderne red.)”.</i></p> <p><b>Jordemoder</b></p> <p><i>“Jeg tænker da, at der selvfølgelig er noget økonomi i nogle rammer på den måde, der vil skulle ændres i forhold til det, og så er der jo altid det her med at forebyggelse er svært at dokumentere effekten af på samme måde, så der tænker jeg da, at det meget vil være de rammer, der vil skulle brydes lidt op, altså med økonomi, altså hvordan skulle det lige</i></p>	<p>Manglende fysisk rum og hænder er en begrænsning</p> <p>Manglende fokus på patientgruppen og risikoen</p> <p>Frustration over systemet</p> <p>Kvinden som ansvarlig skaber begrænsninger</p> <p>Et barn som en begrænsning for kvinderne</p> <p>Begrænsninger i at finde frem til hvilke tilgængelige forebyggende som findes</p> <p>Forskel på kommunale tilbud</p> <p>Manglende samarbejdsvilje fra lægen</p> <p>Ingen forebyggende tilbud via sygehus</p> <p>Økonomi som begrænsende faktor</p>	
---	---	--

<p><i>arrangeres, hvordan skulle det gøres, men ellers tænker jeg det ville være oplagt at lave en kobling der".</i></p> <p><i>"Ja det tænker jeg jo lidt (at det er ressourcerne red.), og igen, at det er jo måske på den lange bane er godt givet ud, men at det måske i øjeblikket er svært at få overbevist de relevante mennesker om, at det skal til".</i></p> <p><b>Læge 1</b></p> <p><i>"Altså jeg tænker da umiddelbart det, at tingene ikke sådan er sat i system, og at vi ikke har sådan en drejebog, som vi har ved mange andre kronikere, og det kan man jo sådan set også godt sige, at de er de her, netop fordi der er så stor risiko for, at de udvikler sukkersyge. De kendte kronikere, altså dem der har type-2 sukkersyge eller KOL eller et eller andet. Der er jo et skema for, hvordan vi skal se dem, og hvordan vi håndterer dem og de udfordringer, der måtte være der, men det har vi ikke for de her kvinder. Så det er da en udfordring, synes jeg. Så bliver det jo sådan lidt "spredt fægtning", og hvad den enkelte klinik og måske også, den enkelt læge i den enkelte klinik, ligesom synes, der skal være af opfølgning".</i></p> <p><i>"Nej, ikke sådan jeg har oplevet (at der er meget fokus på screening ved otte ugers undersøgelsen red.), nej".</i></p> <p><i>"Jeg har ikke lige nogen frisk i erindring, altså det er ikke sådan noget... Altså man kan sige, prævention, det har de fleste næsten brug for, når de kommer, så den er vi næsten altid omkring, men det andet her, nej, der er ikke sådan nogen køreplan for det".</i></p> <p><i>"[...] og så er der selvfølgelig også noget økonomi i det, som måske så skulle være ude i kommunen, det findes jo ikke rigtig. Så der er jo heller ikke rigtig noget at sende videre til [...]"</i></p> <p><i>"[...] Ja, der vil jo være noget økonomi der, og så er det måske også et eller andet sted, man kan jo sige, hjertepatienterne de er jo meget "hypedede", og også cancerpatienterne, de mangler jo aldrig bevågenhed eller økonomi og man kan sige, der er måske lidt en udsat gruppe de her kvinder, de er måske ikke sådan "så hot" eller hvad man skal sige".</i></p> <p><i>"[...] Nej jeg ville ikke vide, hvor jeg skulle sende dem hen? Nej, jeg tror måske, jeg ville... altså det man kan sige, det jeg kender til, som jeg har brugt nogle gange, men ikke lige ved den her type patienter, men ved andre type patienter, der er sådan et livsstilstilbud nede i sundhedscentret [...]"</i></p>	<p>Dokumentation af effekten af primær forebyggelse som begrænsning</p> <p>Mangel på ressourcer som begrænsning</p> <p>Mangel på forløbsplan for patientforløb som begrænsning</p> <p>Begrænsning at opgaverne ikke er sat i system</p> <p>Opfølgning som den enkelte læges ansvar</p> <p>Manglende fokus på screening Ved kontrol</p> <p>Manglende køreplan som begrænsning</p> <p>Økonomi som begrænsning</p> <p>Manglende relevante forebyggende tilbud at henvise kvinderne til</p> <p>Økonomi som begrænsning</p> <p>Manglende opmærksomhed på patientgruppen</p> <p>ikke så "hot" en patientgruppe</p> <p>Manglende relevante forebyggende tilbud at henvise kvinderne til</p>	
---	--	--



<p><i>“Nej ikke sådan et (tilbud red.) der er skræddersyet til den her gruppe”.</i></p> <p><b>Læge 2</b></p> <p><i>“Pas... Jeg ved det ikke, fordi jeg ved ikke, hvordan vi gør ude i den nye klinik, som sagt, og jeg har faktisk ikke snakket med min kompagnon om, hvordan vi skal lave det”.</i></p> <p><i>“Jeg synes ligesom, at der er divergens ud fra, nu sagde du lige før, at hvordan de sådan burde skulle screenes efterfølgende, ikke også, men jeg synes det har det heddet sig, at de har sagt ”med 3-5 års mellemrum”, andre steder hedder det 1-2 års mellemrum. Jeg synes 1-2 års mellemrum, det er sådan hyppigt ift. en 23-årig frisk, ung kvinde, som egentligt måske kun har nogle få risikofaktorer, men nej, ikke sådan ud fra det er kun, hvad jeg kan huske, at jeg har læst mig til, at der er de der forskellige retningslinjer, at man skal screene dem efterfølgende, men hvad man egentlig gør eller burde gøre, det ved jeg faktisk ikke”.</i></p> <p><i>“Ja det kunne jeg forestille mig, og det er igen sagt, uden at jeg har snakket med nogen af dem efterfølgende ikke også, men det kunne jeg da forestille mig. Man står der som nybagt mor, og nogen af dem som førstegangs- og andre som flere-gangs-mor, og de er rigtig mange ting, de står i, kvinderne skal amme, og kvinderne sover ikke og alle de her ting, der følger med at være nybagt mor. Så kommer man til en otte ugers undersøgelse, hvor man, hvis praktiserende læge har hånd om det, får at vide, at nu skal vi også lige snakke om det her, og fra sygehuset måske har fået nogle oplysninger om, at så skal hun også gøre sådan og sådan. Det tror jeg et eller andet sted, at det her ikke vægter så højt i efterforløbet, hvor man har rigtig mange andre ting at se til, kunne jeg forestille mig. Så jeg tænker, at det er sådan lige her de er sådan lidt belastede”.</i></p> <p><i>“Der ser jeg jo, at der godt kan være mange (barrierer red.), for jeg tror simpelthen ikke at de nybagte mødre sådan lige synes, at det er det de vil bruge ressourcer på, når nu de også skal alt muligt andet, og at man flere-gangs-mor, og man har to eller tre små rollinger, derhjemme og samtidig med det skal rende til et eller udover, hvad man gør af børneundersøgelser og sine egne undersøgelser og de andre børneundersøgelser, skolearrangementer, og hvad har man ellers. Så tænker jeg lidt, og det kender vi jo alle sammen, der har født, at alt andet, en selv bliver skubbet i baggrunden ikke også, og sådan er det lidt at være nybagt mor, og så går tiden, tror jeg og så glemmer man det. Hvordan hulen, at man ligesom skal komme over det... Så skal det jo foregå lidt som en, fordi man kan jo sige, at nu har man i hvert fald i dette område fjernet det der med mødregrupper, så</i></p>	<p>Mangel på relevante forebyggende tilbud</p> <p>Mangel på kendskab til retningslinjer som begrænsning for forebyggelse af T2DM</p> <p>Oplevelse af divergens ift. Retningslinjer for screening</p> <p>Manglende viden om GDM og forforståelse af den videre forebyggelse af T2DM som begrænsning</p> <p>Kvindens nye rolle som begrænsning</p> <p>Kvindens mange opgaver ift. Barnet som begrænsning</p> <p>Forebyggelse af T2DM vægtes ikke så højt af den nybagte mor</p> <p>Kvindens rolle som nybagt mor som begrænsning</p> <p>Nedprioritering af screening og forebyggelse med baggrund i de mange forpligtelser i familien</p>	
--	---	--

<p>skulle man lave det som sådan en slags mødregruppe/café i stedet for, det er der jo mange, der ikke rønder til, fordi det ikke eksisterer i hvert fald i dette område. Så er det noget man selv arrangerer”.</p> <p><b>Læge 3</b>  “Jeg tror, at det er meget forskelligt. Der er nogen, der kræver en tæt kontakt, ikke så meget til praksis måske, måske skal de have taget en eller måske to glukosebelastningstests, og hvis de har noget, så kører det jo via obstetrisk afsnit, og så kører de en tæt dialog med dem. Det er ikke meget de kommer i praksis, nødvendigvis, det synes jeg ikke”.</p> <p>“Der er da mange kontakter, i hvert fald flere kontakter for kvinderne, så de har da lidt mere travlt end, hvad gennemsnitlige gravide har, og også påvirker nok mere af eventuel medicin og måske også bekymringer omkring. Der er da mange, der er bange for at få et ret stort barn, og et forløb, der også kan være et problem for børnene”.</p> <p>“[...] det synes jeg og det er ikke altid de kommer, det er det altså ikke”.</p> <p>“Jamen det jo mest patienter med fedme og diabetes, så det er ikke sådan præ-diabetes (som tilbuddene er rettet mod red.)”.</p> <p>“Ikke til .... Det kan jeg faktisk ikke huske, om det gør (kræver henvisning red.). Det mener jeg ikke, at det gør, men der er nogle ting, på Nordkraft der henvisning, og der er nogen der ikke gør ... Jo diabetes det gør måske, fordi kan der skal man skrive et HBA1C, så det tror jeg faktisk at det gør”.</p>	<p>Det ryger ud i glemslen</p> <p>Manglende etablering af mødregrupper som barriere</p> <p>Stor forskel på tilknytningen til praksis i GDM forløb for kvinderne</p> <p>Mange kontakter for kvinden med GDM</p> <p>Flere bekymringer end hos kvinder uden GDM</p> <p>Tilbud ikke rettet mod kvinder med GDM som målgruppe</p> <p>Forebyggende tilbud som kræver en henvisning som en begrænsning</p>	
---	---	--

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Sundhedsplejerske 1</b></p> <p>“Ja der er meget didaktik i deres ... men der er bare den her grundlæggende forståelse som grundlæggende anatomi og fysiologi som spiller sammen... det kunne der godt være en gevinst ved at få mere af ... men nu skal man jo passe på ikke at rode i andres butikker (omkring lærernes rolle i forebyggelse red.)”.</p> <p>“De har sygeplejersker det har de, men de har ingen sundhedsplejersker”.</p>	<p>modstand mod at skulle varetage funktioner eller samarbejde med andre faggrupper</p>	<p>Fagidentitet / professionskamp og hvis ansvar er forebyggelse af GDM</p>

<p><i>“ Ja jeg skal ikke sige noget om hvad der vil være godt for dem ... jeg ville nok heller ikke være så tilfreds hvis de begyndte at kloge i.”</i></p> <p><i>“Men vi har det tætte samarbejde med både jordemødre og sundhedscentret og det gode samarbejde opvejer jo nok det ... Vi er langt fremme ... vi er en god kommunestørrelse og der er en rimelig stabilitet i medarbejdergruppen ... man har navn og ansigter på rigtig mange i andre afdelinger og en kultur hvor det er ok at ringe og spørge lidt dumt ind imellem og det er jo sådan man lærer”.</i></p> <p><i>“Ja men også netop også fordi vi har den baggrund som sygeplejersker men der er noget der som handler om... for at snakke videre ind i det ... et meget spændende felt faktisk som næsten er værd at undersøge ... som det der ... med fagidentitet ... jeg har simpelthen hørt sundhedsplejersker sige at det der med at være sygeplejerske... at det har de kastet væk og det er de ikke mere ... men sådan føler jeg det ikke... jeg føler at jeg er en videreuddannet sundhedsplejerske”.</i></p> <p><i>“Ja og jeg synes også at nogen gange hvis jeg skal være ærlig har jeg kunnet knække halsen i vores faggruppe netop på grund af det der ... fordi nogle sundhedsplejersker kan jeg godt opleve at du ved ... der er jo lidt det hvis man gik ud og interviewede dem og spurgte dem hvad handler det her om så har vi simpelthen så bredt et arbejdsområde”.</i></p> <p><i>“Men hvor man kan sige at jeg har tit stillet spørgsmål til mig selv om hvad er vores opgave egentlig”.</i></p> <p><i>“Jeg kunne faktisk hører at for nyligt i november måned der var jeg nemlig på en temadag i X-kommune omkring noget med astma som hedder astmanaut og til børn og hvad man kan bruge og det var folk nede fra børneambulatoriet en astma specialist læge og en sygeplejerske osv. som kom dernede fra og der sad en flok sundhedsplejersker og de meldt faktisk også tilbage til os... altså på evalueringen... at de var skuffede over den måde som sundhedsplejerskerne havde modtaget det på”.</i></p> <p><i>“Jeg vænnede mig simpelthen til at sige til forældrene... det var nemlig så godt ”I ved godt at... og når jeg spurgte sådan så ved i godt at for år tilbage så var der rigtig mange som røg og man havde slet ikke så meget fokus på det men det har man jo faktisk formået at ændre ... lidt kultur ... og derfor nu arbejder man faktisk på at ... og så spørger jeg om det der med alkohol ... sådan for at gøre det spiseligt for forældrene ... der brug for at få en snak om det ... mange gange er det vores egne barriere som gør det svært ... Så på den måde har vi jo i forvejen mange ting ... men jeg vil sige det på den måde i også at jeg tit har tænkt på at vi skal tænke os som en børnesygeplejerske sådan lidt”.</i></p> <p><i>“Også fordi jordemødrene står i kulissen og vil rigtig gerne overtage flere ting på vores fagområde også</i></p>	<p>Utidig indblanding i andres fagområde</p> <p>Godt tværfagligt samarbejde i primærsektor</p> <p>Oplevelse af at skifte faglig identitet fra sygeplejerske til sundhedsplejerske som begrænsning</p> <p>Et fagligt bredt arbejdsområde Et allerede mættet fagområde</p> <p>Usikkerhed som modstand mod forandring</p> <p>Nye opgaver mødes med modstand mod forandring</p> <p>Forebyggelsestankegangen som en kulturændring</p> <p>Kamp for at bevare af eget fagområde</p>	
---	--	--

<p>nogen hvor vi tænker når vi ser med vores briller ... er det en god ide fordi f.eks. En sectio patient (kejsersniits patient, red.) er jo en kirurgisk patient og det de er gode til det er ... de er rigtig gode til deres arbejde det er der slet ingen tvivl om... det er slet ikke det ... men der var jo f.eks. noget klinch omkring de der tidlige barselsbesøg på 4-5 dagen ... der var jo meget stor diskussion omkring hvem skulle egentligt have dem og jeg skrev selv et debatindlæg til svar til Lillian Bondo i JP".</p> <p>"Fordi at ja men ja hun gik jo direkte efter os ... hun mente simpelthen ikke at vi var kvalificeret til det nej ... og der skal man jo ... vi skal simpelthen holde på det og hvor jeg tænker at det sådan nogle ting at vi kan... arbejde forebyggende og sundhedsfremmende, men som jordemødre ikke kan".</p> <p>"Så kommer jeg jo her til og jeg har jo mega meget viden også igennem mit interesseområde for det kulturelle og sociale felt... i forhold til det der med social smitte og hvordan er det her ... og så meddeler jeg til kollegerne her i gruppen at jamen rundt på mail at jeg er tovholder og stopHPV.dk og jeg har nogle slides som jeg gerne vil præsentere dem for og jeg har lige bestilt en kasse med foldere og plakater osv. fra sundhedsstyrelsen som de kan tage med ud på deres skoler ... så kommer en af mine kollegaer og siger til mig "held og lykke med det " for jeg har prøvet og det Ehm det mener de ikke at der er vores arbejdsområde men at det må være egen læge siger sundhedsplejerskerne her".</p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p><b>Sygeplejerske</b></p> <p>"Ja jeg tænker at det kunne man sikkert godt (lave en kommunikationsvej mellem graviditetsambulatoriet og sundhedsplejen red.), men et eller andet sted så tænker jeg også, at sådan som det er i dag, så går de jo ind i det hjem som en åben bog, og så må de jo spørge til det tænker jeg ... et eller andet sted ... så må de jo spørge til "hvordan gik det for dig med det" ... "var det svært"... og jeg tænker hvis ikke de besidder den viden de skal have til at kunne det, så ved jeg sørme snart ikke, hvad jeg skal sige altså".</p> <p><b>Jordemoder</b></p> <p>"Altså egen læge har også har en funktion, fordi at egen læge jo er den, der kommer til at følge gravide eller den nybagte mor og barnet, med børneundersøgelse og hvad der ellers kommer til. Det er jo dem, der bliver den sammenhængende person i kvindens forløb, men jeg tænker da også, at vi som jordemødre kunne byde ind, og sundhedsplejersker kunne byde ind, som nogen af dem, der kunne fastholde den her livsstil".</p> <p><b>Læge 1</b></p>	<p>Ekstern kamp mellem professionerne</p> <p>Social smitte</p> <p>Begrænsninger i forhold til at ikke at mene at det hører under eget fagområde</p> <p>Mangel på kommunikationsvej mellem sektorer</p> <p>Lægen som sammenhængende funktion</p> <p>Optimering af samarbejde mellem sektorer</p>	
---	---	--

<p>“Ja, altså det må jo igen være noget med, at nu bliver det måske lidt sporadisk og lidt tilfældigt, hvem der lige spørger ind til det, fordi mig bekendt, så har sygehusene eller sundhedsplejerskerne heller ikke, ja jeg ved faktisk ikke, om sygehusene, hvis de har haft nogen i et forløb, så tænker jeg da, at de ser dem igen efter fødslen, men det er ikke noget jeg ved”.</p> <p>“Nej (om der er kommunikeret mellem faggrupper red.), ikke sådan lige jeg har været opmærksom på i hvert fald”.</p> <p>“Altså man kan sige, tænker jo nok sådan noget med, at nu har hun født, så nu er det ikke ”vores problem mere”, i citationstegn, og at det så må være egen læge, der skal følge op. Man kan sige, at egen læge, har jo mange bolde i luften også med den her kvinde, så for at man skal være sikker på, at egen læge griber det hver gang, så bliver der nødt til at være sådan en eller anden køreplan [...]”.</p> <p><b>Læge 2</b></p> <p><b>Læge 3</b></p>	<p>Manglende viden om hvilken information bliver overgivet af andre sektorer</p> <p>Manglende kommunikation mellem sektorer</p> <p>kommunikation mellem faggrupper i overgangen mellem sektorer mangelfuld</p> <p>Mangel på køreplan</p>	
--	--	--

**Nedenstående meningsbærende enheder indgår ikke i analysen:**

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed
<p><b>Jordemoder</b></p> <p>“Jeg tror nogen gange, de oplever, at det her med at indsende de her værdier, og skal måle de her blodsukre, at de føler sig mere sygeliggjorte end de er, det er i hvert fald den oplevelse, jeg godt nogen gange kan få. At de sådan tænker; ”ahrr, er det ikke lidt voldsomt?” og min værdi var kun 9,1, har jeg nu reelt det her sukkersyge. Så nogen gange en sådan afstandtagen fra det, sådan ”hvor slemt er det nu lige”, men hvor vi jo også får en snak om, at værdien skal være et sted, og selvfølgelig, lige så snart den der over de der 9,0, jamen så har man sukkersyge, selvom man måske ikke selv føler, at der er ændret en hel masse. Jeg synes nogen gange godt, at de kan have en sygdomserkendelse, der er måske er lidt svær, fordi jo egentlig føler sig ligesom de gjorde dagen inden de fik en værdi, der gjorde, at de havde diabetes”.</p>	<p>Oplever at kvinderne føler sig sygeliggjort</p> <p>Oplevelse af at kvinderne tager afstand til GDM</p> <p>Sygdomserkendelse</p>	<p>Utilsigtede konsekvenser</p>

Citater	Kategorier	Meningsbærende enhed

<p><b>Sundhedsplejerske 1</b></p> <p><i>“Jeg kunne forestille mig at det ville appellere til dem hvis der også var en vinkel på børnene så de ikke bare var nogen som var med og stod i en autostol i hjørnet... men at det er hele vejen rundt om det at være en familie som har et eller andet sted et diabetespølgelse i hjørnet”.</i></p> <p><i>“Ja ja Sundhedscentret har et projekt lige nu i et lille område af kommunen hvor de kører på tværs af alle ... brugsen har måltidspakker med sunde opskrifter i osv. ... sundhedscentret er sådan nogen som knopskyder og laver om på tingene hele tiden hvis der er behov for det ... de er enormt hurtige til at ... og det er nok der det er godt at have en skolelærer med ind over”.</i></p> <p><i>“[...] noget familierettet hvor det ikke kun er kosten men også motion eller rettere også glæden ved også at røre sig. Vi har på et tidspunkt haft det vi kaldte aktive mødregrupper”.</i></p> <p><i>“[...] men det var sådan en mødregruppe hvor vi lagde op til bevægelse i samværet på en helt anden måde og havde det her med at med at man går med en barnevogn på en helt speciel måde og bolde og konkurrencer ... så det var det at være sammen som en mødregruppe og de var rigtig glade for det ... så derfor holdt vi op med det (ironi red.)... men jeg tænker at vi holdt mest op med det fordi vi ikke havde de oplysninger som vi havde brug for til at rekruttere ud fra”.</i></p> <p><i>“Vi havde ikke svært ved at rekruttere kvinder til den aktive mødregruppe og så ved jeg ikke om i har været inde i den der ”hvordan har du det” og det viser sig at vi har rigtig mange overvægtige ... det er ikke så godt i dette område... Dette område ligger ret skidt... det de sagde da vi den udleveret der et at man ofte ser en bowlerhat i forhold til de sogne som ligger ... og det har vi ikke ... vi har en tyngde i denne ende så der er vi anderledes men det den gav det var netop afsættet for at lave noget for den tunge gruppe fordi vi har så mange af dem”.</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 2</b></p> <p><i>“Ja, det skulle nok være noget som medtænker familien ... noget med at lægge det på et tidspunkt som tager højde for hvis familien skal det ... måske noget med at barnet også kan være en del af det og ikke bare skal sove mens Ehm”.</i></p> <p><b>Sundhedsplejerske 3</b></p> <p><i>“Og så undrer jeg mig over, at når der nu er så flot et tilbud, så ved jeg godt, at en ting er tilbuddet – og det kan også være I skal kigge på det – hvor mange tager så imod tilbuddet?”.</i></p> <p><i>“F.eks. til at få vægttab, kostvejledning, motionsvejledning – alle de der ting, som faktisk ligger inden også, og der er da mange, der ikke tager imod”.</i></p> <p><i>“Det gør de (tilbud ligger postpartum red.) i X- Kommune”.</i></p>	<p>Indtænkning af børnene</p> <p>Familieinddragelse</p> <p>Inddragelse af lokalsamfundet som faktor på tværs</p> <p>Familierettet tiltag omkring kost og motion</p> <p>Aktive mødregrupper</p> <p>Bevægelse på en anden måde</p> <p>Samvær som mødregruppe</p> <p>Stort behov for forebyggende tilbud</p> <p>Stor tilslutning til aktiv mødregruppe</p> <p>Anderledes tilgang til forebyggelse</p> <p>Medtænkning af hele familien i tilbud</p> <p>Mangel på tilslutning fra kvinder med tidligere GDM til de eksisterende ikke-målrrettede forebyggende tilbud</p> <p>Fordelen ved tilbud som gruppetiltag hvor Gruppe dynamik kan fungere som</p>	<p>Ideer til forebyggelse-tilbud</p>
---	---	--------------------------------------

<p><i>“Og den vinkel har jeg altid haft, jeg har altid villet det der sociokulturelle med, omkring hvad vil I være for en familie. Det er simpelthen så spændende, når de sidder der og siger, vi er altså godt nok holdt op med at sidde i sofaen og spise, og så er der nogen andre der reflekterer over det. Hvis man kan få den gruppedynamik i gang, så er der jo rigtig fint, og det kan man som regel godt”.</i></p> <p><b>Sygeplejerske</b></p> <p><i>“Så må man ... så skal man lave nogle grupper hvor man er sådan cirka lige langt i graviditeten fordi jeg tænker at de har for det første forskellige ressourcer og for det andet så er det så kortvarigt at for mange af dem, at det kan man jo ikke blive ved med sige fordi nogen af dem komme jo allerede i uge 20, så for dem er det mange uger alligevel, men normalt vil det jo blive opdaget der omkring uge 30 og så er det begrænset hvad tid der er tilbage til at de ligesom også kan nå at danne sig nogle holdbare relationer fordi de har jo egentligt nok at løbe til og nok at passe ind som småbørnsfamilie ik”.</i></p> <p><b>Jordemoder</b>  <b>Læge 1</b>  <b>Læge 2</b>  <b>Læge 3</b></p>	<p>faktor for forandring - social smitte</p> <p>Graviditetsgrupper for kvinder med GDM</p> <p>Opbygning af relationer kvinderne imellem gennem graviditeten</p>	
--	---	--

## 12. Tabel- og figuroversigt

Tabel 1: PI(CO) – anvendte kernebegreber.....	s.31
Tabel 2: Eksempel på søgning i Embase s.32.....	s.32
Tabel 3: In- og eksklusionskriterier for udvælgelse af studier.....	s.34
Tabel 4: Kvalitetsvurdering af studier.....	s.37
Tabel 5: In- og eksklusionskriterier for informanter.....	s.41
Tabel 6: Resultatmatrix.....	s.55
Tabel 7: Skema med præsentation af informanter.....	s.65
Tabel 8: Eksempel på operationalisering til temaet: "Manglende informantionsdeling mellem sektorer og sundhedsprofessionelle".....	s.67
Figur 1: Afsøgning af Holstebro kommunes hjemmeside.....	s.5
Figur 2: Afsøgning af Aalborg kommunes hjemmeside.....	s.5
Figur 3: Den hermeneutiske spiral.....	s.23
Figur 4: Illustration af opbygningen af facet 1.....	s.33
Figur 5: Flowchart af udvælgelse af litteratur.....	s.35
Figur 6: Tematisering af forskningsspørgsmål 2.....	s.45
Figur 7: Kodetræ.....	s.66