

Kandidat speciale - Deltagelse i follow-up screening efter gestationel diabetes - et forløbsperspektiv



School of Medicine and Health.

Aalborg Universitet.

3-4. semester kandidat i Folkesundhedsvidenskab.

Projektperiode: 02. September 2013 til 2. juni 2014

Udarbejdet af gr. 1060:

Christinna Rebecca Olesen og Jane Hyldgård Nielsen

Vejledere: Charlotte Overgaard og Christian Torp-Pedersen

Konsulentvejleder: Vibeke Just Andersen

Antal sider:132

Antal anslag: 329.640

Forord

Dette speciale er et lang afgangsspeciale udarbejdet af Jane Hyldgård Nielsen og Christinna Rebecca Olesen, studerende på kandidaten i folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet i perioden september 2013 til juni 2014. Dermed er de to semestres projektarbejde tæt relateret og indeholdt i denne samlede rapport. Specialet er bearbejdet inden for rammerne for kandidat uddannelsen i folkesundhedsvidenskab 3. semesters projekt og 4. semesters speciale. Uddannelses rammer og krav indbefatter læringsmål, som har fungeret som udgangspunkt for specialets indhold og udarbejdelsen heraf. At identificere og dokumentere behovet, samt viden om baggrunden, for en konkret sundhedsfremmede- eller forebyggende indsats var den overordnede ramme for specialet. Specialet kan fungere som inspiration til fremtidig forskning, og kan endvidere fungere som grundlag for fremtidige beslutninger inden for området. Et fastlagt mål om kombination af kvalitative og kvantitative forskningsmetnologiske tilgange i belysningen af specialets problemstilling har styrende for specialets bearbejdelse af empiri og problemstilling. Herunder er udvikling af en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats ift. det valgte område en af målsætningerne. Udarbejdelse af specialet som lang afgangsspeciale er blevet godkendt af studienævnet for sundhed, teknologi og idræt på baggrund af at ovenstående krav og mål er indbefattet i det samlede speciale. Vi ønsker at takke vores to vejledere adjunkt Charlotte Overgaard og professor Christian Torp-Pedersen for deres vejledning, støtte og store engagement igennem forløbet. Ydermere ønsker vi at takke vores konsulentvejleder ph.d. studerende Vibeke Just Andersen for hendes interesse og bidrag til specialet. Herudover vil vi gerne takke øvrige medlemmer af faggruppen for folkesundhedsvidenskab og epidemiologi ved Aalborg Universitet for deres faglige input til specialet. Ligeledes rettes en tak til obstetrisk- gynækologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital for deres samarbejde, og ikke mindst de kvinder med tidligere GDM, der herigennem har bidraget til specialet. Afslutningsvis rettes en tak til ansatte i Danmarks statistik for hjælp og rådgivning i forbindelse med benyttelse af data.

Jane Hyldgård Nielsen og Christinna Rebecca Olesen, stud. scient. san. publ.

Juni 2014

Resume

Introduktion: Et dansk follow-up studie viser, at 40 % af kvinder med tidligere GDM mellitus (GDM) udvikler type 2 diabetes inden for en ti-årige periode. Kvinderne anbefales at få foretaget follow-up screening 1-2 år fremadrettet efter fødsel. På baggrund af en registerundersøgelse blev der fundet lav deltagelse i den anbefalede follow-up screening blandt kvinder med tidligere GDM i region Nordjylland. Registerundersøgelsen viser, at kvinder der deltog i follow-up screeningen havde en større mulighed for diagnosticering af diabetes og initiering af behandling med antidiabetika. Deltagende kvinder havde ydermere en øget mulighed for tidlig opsporing både ift. tidligere diagnose og behandling. I forbindelse hermed er der således et uudnyttet forebyggelsespotentiale, hvilket kan betragtes som utilfredsstillende, da dette kan medføre helbredsmæssige konsekvenser for de ikke deltagende kvinder.

Mål: At opnå indsigt i de forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening, blandt kvinder med tidligere GDM i region Nordjylland. Således at en udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening tager udgangspunkt i kvindernes oplevelser, for her at være en del af den fremtidige håndtering, implementering og organisering af follow-up screening efter GDM i Danmark.

Metode: Et single case "embedded" design til undersøgelse af forløb med GDM på Klinik kvinde-barn og urinvejskirurgi, gynækologisk-obstetrisk afdeling, Aalborg Universitets hospital – der undersøges igennem kvinders oplevelser af deres forløb. Til indsamling af empiri anvendes semistrukturerede forskningsinterview som metode. I samarbejde med gynækologisk-obstetrisk afdeling på Aalborg sygehus Nord blev 40 kvinder med tidligere GDM inviteret til deltagelse i undersøgelsen. Heraf deltog 7 informanter i den endelige undersøgelse.

Resultat: Kvinderne oplevede manglende sammenhæng ved overgange hvilket tilskrives tab af information og manglende koordinering samt tvivl om ansvaret for follow-up screening. Ydermere gav kvinderne udtryk for manglende fokus, afklaring og inddragelse af deres individuelle behov og præferencer i deres forløb, hvilket medførte at kun få af kvinderne oplevede uddybende information, "shared decision making" og patientcentrering. Kvinderne anser follow-up screeningen som vigtigt og ønsker deltagelse heri, men der er mulighed for at indholdet i information om deltagelse i follow-up screening ikke medvirker til at kvinderne tilslutter sig hertil. Kvinderne udtrykte ønske om at blive mødt med udgangspunkt i deres individuelle situation samt at blive påmindet om follow-up screeningen, da det mentes at kunne bidrage til ro og tryghed.

Diskussion: Ud fra et systemperspektiv på kvindernes forløb imødekommer procedurerne ikke i tilstrækkelig grad kontinuitet og dermed sammenhæng for kvinderne, hvilket kan skyldes at de kliniske procedurer ikke sikrer informationsoverlevering ved overgangene i de sårbare og sociale processer der forekommer her. Dette kan resultere i, at kvinderne ikke informeres om den videre forløb på de forskellige afdelinger og hos praktiserende læge. Med udgangspunkt i en patientcenteret tilgang kan kvindernes behov og ønsker om mere mening og sammenhæng i det forløb imødekommes og kvinderne kan i højere grad inddrages i forbindelse med informationen i deres forløb.

Konklusion: En udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening kan tage udgangspunkt i organisering af påmindelse til kvinderne igennem brevremindere, hvilket kan øge deltagelse i follow-up screening, og fungere som en barrier for den mangelfulde information. Øget patientcentrering i kvindernes samlede forløb, herunder beslutningsstøtte, kan bidrage til øget meningsfuldheden i kvindernes forløb. Styrkes kvindernes oplevelser af sammenhæng og meningsfuldhed i deres forløb, igennem inddragelse i beslutningsprocesser, er der mulighed for at det på sigt kan medvirke til øget deltagelse i follow-up screening.

Abstract

Introduction: A Danish follow-up study, shows that 40% of women with a history GDM mellitus (GDM) develops type 2 diabetes mellitus within a ten-year period. The women are recommend follow-up screening every 1-2 years after birth. Low participation in the recommended follow-up screening among women with previous GDM, was found in the region of North Jutland. Women who participated in the follow-up screening had a greater possibility of diagnosis with diabetes and initiation of treatment with glucose lowering agents. Participating women furthermore had an increased possibility of early detection in relation to both earlier diagnosis and treatment. In this context, there is an unexploited potential in prevention of diabetes among the women, which is unsatisfying with regard to the health consequences among the non-participating women.

Aim: To gain insight into reasons for the low participation in the follow -up screening related to treatment and care among women with previous GDM in the region of North Jutland. The women's experiences can be the offset for the development of an intervention to increase the participation in follow-up that can be a part of the future management, implementation and organization of follow -up screening for GDM in the region and possibly Denmark.

Method: A single case " embedded " design to investigate women with previous GDM experiences with their treatment and care at the clinic of women- child and urinary surgery the department of gynecology and obstetrics at Aalborg University Hospital examined through women experiences of patient care. The data collection method was semi-structured research interviews. In cooperation with the department at Aalborg Hospital University Hospital North 40 women with previous GDM, was invited to participate in the study. Seven informants participated in the final study.

Result: The women experienced inconsistency in transitions, which was cause by insufficient information and lack of coordination and clear responsibility for follow-up screening. Furthermore, the women expressed a lack of focus, clarity and inclusion of their individual needs and preferences of patient care and general lack of "shared decision- making", including lack of patient centeredness. The women consider follow-up screening as important and want to participate, but is a possibility that the content of information on participation in follow-up screening is not adapted to their own behavior. The women expressed needs regarding consideration of their individual situation and to be reminded of follow-up screening, as it was believed to contribute to peace and comfort for the women.

Discussion: From a system perspective on the women's experiences of patient care the procedures are not sufficiently contributing to continuity of care for the women, which can be related to the clinical procedures that does not ensure the transfer of information in vulnerable and social processes that occurs in transitions. This can result in women not being informed about their treatment and care at the various departments and at their general practitioner. The women's experiences shows grounds for a patient centered approach to ensure focus on and consideration of the women's needs and desires for more meaning and continuity in treatment and care.

Conclusion: A development effort or intervention to increase participation in follow-up screening can be based on the postal reminders to women, which can increase the participation in follow-up screening, and act as a barrier for the insufficient information. Increased patient centeredness in the women's overall patient care, including support in decision making can contribute to increased meaningfulness in the women's experience of patient care. Involvement of the women's experiences of continuity and meaning in patient care are involved it can strengthened their decision-making process, which eventually can contribute to increased participation in follow-up screening.

Indhold

Læsevejledning	7
Initierende problem – del 1	7
1. Artikel	8
Initierende problem – del 2	1
2. Problemanalyse	1
2.1 Follow-up screening – i et folkesundhedsperspektiv	1
2.2 Årsager til lav deltagelse i follow-up screening	3
2.2.1 Overgange og manglende sammenhæng i kvindernes forløb som årsag til lav deltagelse – et tværsektorielt/organisatorisk perspektiv	3
2.2.2 Kvinders forståelse for GDM og fremtidig risiko som årsager til lav deltagelse i follow-up screening	7
2.2.3 De sundhedsprofessionelles rolle i den lave deltagelse i follow-up screening	9
2.3 Problematisering af effekten af follow-up screening	10
2.4 Utilsligtede konsekvenser og etiske overvejelser forbundet med follow-up screening	11
2.5 Opsamling og argumentation for relevante perspektiver	12
2.6 Afgrænsning	13
3. Problemformulering	13
4. Metode og teori	13
4.1 Litteratursøgning	14
4.1.1 Usystematisk søgning	14
4.1.2 Systematisk søgning	14
4.1.3 Kritisk vurdering af undersøgelser	16
4.2 Valg af teori/teoretisk referenceramme til bearbejdelse af empiri	16
4.2.1 Forståelse og fremme af patientcentreret behandling – af Margaret Gerteis et. al.	16
4.2.2 James Reason	17
4.2.3 Niklas Luhmann's kommunikationsbegreb	18
4.3 Metode til bearbejdning	20
4.3.1 Overordnet videnskabsteoretisk grundlag	20
4.3.2 Den overordnede metodiske positionering og forskningstype	21
4.3.3 Teoretikernes videnskabsteoretiske positioneringer	21
4.3.4 Videnskabsteoretisk tilgang	22
4.4 Undersøgelsens design	23
4.4.1 Casens indhold	26
4.4.2 Interview	27

4.5 Forskningsproces	28
4.5.1 Udvælgelse af informanter.....	28
4.5.2 Forskningsetiske overvejelser.....	29
4.5.3 Lokaltet for gennemførelse af interviews	30
4.5.4 Forskerens rolle	30
4.5.5 Indsamling og bearbejdning af interviewdata.....	31
4.5.6 Kodning og analyse af data.....	32
5. Bearbejdelse	34
5.1 Præsentation af informanter.....	34
5.2 Eksempel på anvendelse af analyseredskabet og præsentation af temaer.....	37
5.3 Analyse af fund	39
5.3.1 "Sammenhæng"	39
5.3.2 "Information"	48
5.3.3 "Fokus på kvinden"	61
5.3.4 "Deltagelse og risiko"	72
6. Diskussion	82
6.1 Samlet diskussion af temaer.....	82
6.1.1 Manglende inddragelse af kvinderne og deres kontekst – <i>respekt for værdier, præferencer og udtrykte behov samt følelsesmæssig støtte og lindring af frygt og angst</i>	82
6.1.2 Manglende forståelseskontrol og "shared-decision making" – <i>Information og kommunikation</i> .	84
6.1.3 Manglende sammenhæng i kvindernes forløb - <i>Information og kommunikations betydning ift. overgange og kontinuitet heri</i>	86
6.2 Udviklingsindsats- beslutningsgrundlag	89
6.2.1 Implementering og evaluering	91
6.2.2 Evaluering	93
6.2.3 Utsigtede konsekvenser.....	94
6.3 Metodekritik.....	95
6.3.1 Case studiet	95
6.3.2 Samlet vurdering	97
7. Konklusion	98
8. Perspektivering.....	99
Referenceliste.....	100

Læsevejledning

Specialets er inddelt i to dele omhandlende; 1) At generere ny viden om deltagelse i follow-up screening gestationel diabetes mellitus (GDM) i region Nordjylland (RN). 2) Forståelse for de bagvedliggende årsager til den lave deltagelse, som fundet i RN, med henblik på udvikling af indsatser der har til formål at øge deltagelsen. **1. del:** Består af en registerundersøgelse, hvor formålet var at undersøge graden af deltagelse i follow-up screening i RN, samt vurdering af mulige konsekvenser af manglende deltagelse i follow-up screening. I specialets 1. del er der udarbejdet en forskningsprotokol (bilag 10) og en artikel (afsnit 1), som er indsendt til BMC public health. Status på artiklen er at der er modtaget review kommentarer d. 21 maj, kommentarerne er vedlagt som bilag (bilag 11). Efter disse er imødekommet skal den sendes tilbage til BMC som så træffer beslutninger ift. publicering. **2. del:** Specialets 2.del er en undersøgelse af de bagvedliggende årsager til den lave deltagelse i follow-up screening, med henblik på udviklingen af en indsatser, der kan øge deltagelsen i heri. Specialets 2. del er et projekt formidlet i denne rapport.

Grundet det at rapporten indeholder to delprojekter, vil der efter hver del følge en separat referenceliste. Rapportens opbygning/struktur tydeliggøres i indholdsfortegnelsen. Specialet og delene heri er udarbejdet med udgangspunkt i "Aalborg modellen" hvor der arbejdes problembaseret. Forud for undersøgelsen af de to dele er der identificeret to initierende problemer, som danner baggrunden for hvert af specialets dele der præsenteres i det følgende. Endvidere er der separate abstracts for både artiklen og selve rapporten.

Initierende problem – del 1

Kvinder med GDM er i kontakt med adskillige sundhedsprofessionelle igennem deres patientforløb (forløb), og overgår til opfølgning, betegnet som follow-up screening i primær sektoren (Damm, Ovesen et al. s. 10). Follow-up screening anbefales, da kvinderne har ca. 7 gange højere risiko for udvikling af type 2 diabetes mellitus (diabetes), end kvinder med normoglykæmisk graviditet, og en dansk undersøgelse viser at 40 % af kvinderne udvikler diabetes inden for en 10-årig periode (Lauenborg, Hansen et al., Bellamy, Casas et al.). Follow-up screening er et selektivt screeningstilbud, som anbefales første gang ca. 2 måneder efter fødsel, og herefter med 1-2 års intervaller (Sundhedsstyrelsen s. 135, Damm, Ovesen et al. 2009). Deltagelse i follow-up screening muliggør tidlig opsporing og behandling af diabetes, eller hyperglykæmi, hvorved udviklingen af senkomplikationer, og evt. diabetes kan forebygges (Bellamy, Casas et al., Nolan, Damm, Ovesen et al.). Deltagelse i follow-up screening er i flere internationale undersøgelser fundet lav (Kwong, Mitchell et al., Vesco, Dietz et al.). Det har ikke været muligt, at identificere tidligere undersøgelser, der belyser deltagelse i follow-up screening i Danmark, det mulige uudnyttede potentiale heri, er utilfredsstillende da lav deltagelse kan medføre helbredsmæssige konsekvenser for kvinderne.

1. Artikel

Herunder er den version af manuskriptet til artiklen som blev indsendt til BMC public Health d. 31-01-2014 (status se læsevejledning). Outputtet fra den kvantitative analyse, herunder programmering, i statistisk programmet SAS er vedlagt som bilag (bilag 9).

Associations between follow-up screening after gestational diabetes and early detection of diabetes – a register based study

Christinna Rebecca Olesen^{1*} (christinnaolesen@gmail.com)

Jane Hyldgaard Nielsen¹ (janenielsen@outlook.dk)

Rikke Nørmark Mortensen¹ (rnm@hst.aau.dk)

Henrik Bøggild¹ (boggild@hst.aau.dk)

Christian Torp-Pedersen¹ (ctp@hst.aau.dk)

Charlotte Overgaard¹ (co@hst.aau.dk)

1: Public Health and Epidemiology Group, Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

*Corresponding author: Christinna Rebecca Olesen

Abstract

Background: Women whose pregnancy was complicated by gestational diabetes have a 7-fold higher risk of developing diabetes, primarily type 2. Early detection can prevent or delay the onset of late complications, for which follow-up screening is important. This study investigated the extent of participation in follow-up screening and the possible consequences of nonattendance.

Method: In Danish national registers covering the years 1994-2011 we identified 2171 birthing women whose pregnancy was complicated by first-time gestational diabetes. Control visits to general practitioners and biochemical departments after giving birth were charted. Following national guidelines we defined four intervals for assessment of participation in follow-up screening. Diagnosis of diabetes or treatment with glucose-lowering agents after giving birth were also identified. Participation in follow-up screening and risk of diabetes was calculated. Time to obtaining diagnosis of diabetes or initiating treatment was analysed by Cox regression models. All models were adjusted for age, ethnicity and income.

Results: High attendance was found during the first control interval, after which attendance decreased with time after giving birth for both controls at general practitioners and biochemical departments. All differences in proportions were statistically significant. Women attending controls at general practitioners had a significantly higher risk of diabetes diagnosis and treatment after gestational diabetes than women not attending. The results for women attending testing at biochemical departments also showed an increased risk of initiation of treatment. Women attending at least one general practitioners control had a significantly higher risk of early diabetes diagnosis or treatment. Time to initiation of treatment was significantly higher for testing at biochemical departments. Women with high incomes had a significantly lower risk of diabetes diagnosis or initiation of treatment compared to low-income women.

Conclusion: Participation in follow-up screening after gestational diabetes is low. Follow-up screening ensures early detection of diabetes and initiation of treatment. Our results emphasize the importance of stimulating participation for early detection and prevention of diabetes after gestational diabetes.

Keywords: Follow-up screening, gestational diabetes mellitus, diabetes mellitus, risk, early detection

Background

Women affected by gestational diabetes have a 7-fold higher risk of diabetes compared to women with normoglycaemic pregnancies, with the most rapid increase in type 2 diabetes found during the first five years after giving birth [1,2]. Diabetes can have serious health implications [3], such as retinopathy, neuropathy and cardiovascular heart disease [4]. Early detection of type 2 diabetes can prevent or delay the onset of late complications [1,3]. International as well as national guidelines recommend follow-up screening with either oral glucose tolerance tests or fasting plasma glucose tests after pregnancy complicated by gestational diabetes [5,6]. The participation levels for follow-up screenings reported in the literature, ranging from 14 to 61 %, are unsatisfying [7]. Various reasons for nonattendance have been found, such as clinicians' unawareness of the screening offer and women's own choice [8-10]. Cross-national differences in the organization of healthcare systems complicate the applicability of international strategies to increase follow-up screening after gestational diabetes to other healthcare contexts [11]. Public health is compromised by the existence of the pathway from gestational diabetes to type 2 diabetes, which accounts for considerable costs in the healthcare sector [4]. Gestational diabetes may be one of the factors underlying the increasing prevalence of type 2 diabetes worldwide, of which it is considered a valid indicator [3]. Even though the incidence of gestational diabetes is low in Denmark and the other Scandinavian countries, affecting 2-3 % of all pregnancies, the preventive potentials of follow-up screening for type 2 diabetes are considerable [1]. A better understanding of the association between screening after gestational diabetes and the subsequent risk of type 2 diabetes is necessary to determine the importance of the screening. The aim of this study was to examine the extent of participation in follow-up screening in the Danish Region of North Jutland, and the possible consequences of nonattendance.

Methods

Design and setting

A register-based study of gestational diabetes among inhabitants in the Region of North Jutland Denmark, from 1 January 1994 to 31 December 2011 was conducted. The administrative Region encompasses around 580.886 inhabitants [12], and as in the rest of Denmark, the health care system is centred around general practitioners [13]. The access to the health care system is free of charge [13]. Denmark's permanent and

unique civil registration number enabled the linkage of individual data across multiple nation-wide registers, known to encompass virtually all inhabitants [14].

Data sources

The data registers were linked in Statistics Denmark based on the civil registration number. The National Patient Register holds data on all hospital admissions in Denmark [15]. The classification system contains codes that allows the tracing of data associated to specific health care services or diagnoses, which enabled us to obtain the data relevant for our purposes (International Classification of Diseases, ICD-10) [16]. The study population was selected on the basis of the coincidence of birth (ICD-10 codes: D080-D084) [16] and first-time gestational diabetes diagnosis (ICD-10 code: D0244) [16] and/or other diabetes diagnosis (ICD-10 codes: DE10-14) [16] before, during and after pregnancy and birth. Data regarding population characteristics were obtained from the same register. General practitioners are not obliged to register diagnoses in their clinics. Income data were obtained from the Danish Income Statistics Register [14]. The Danish National Prescriptions Registry contains data on all claimed prescriptions from Danish pharmacies [14], and might thus serve as a proxy measure of diabetes. The identification of all claimed prescriptions on glucose-lowering agents (ATC-code: MA10) was enabled by WHO's ATC classification (Anatomical therapeutic chemical classifications system) [17]. Data from the National Health Service Register [13] enabled the monitoring of the follow-up screening of women whose pregnancy was complicated by first-time gestational diabetes, as general practitioners can perform and analyse oral glucose tolerance tests [18], which are paid by the Health Service. The code for general practitioners testing of blood glucose and/or oral glucose tolerance is the same and was used to identify women who had received follow-up screening (Code: 7136) [18,19]. Data on all blood samples examined at biochemical departments in the region were obtained to identify women with first-time gestational diabetes who had been tested for glucose tolerance or fasting plasma glucose since 2006 (Codes: NPU21530; NPU02195) respectively [20]. Both tests are used in the follow-up screening of women with prior gestational diabetes [5]. The NPU terminology (Nomenclature for Properties and Units terminology) is an international coding system that makes it possible to identify and communicate the results from clinical laboratories in the health sector [21].

Data and measurement

For verification of the gestational diabetes (ICD-10 code: DO244) diagnosis, all collected data regarding other diabetes diagnosis (ICD-10 codes: DE10-14) and claimed prescriptions on glucose-lowering agents (ATC-code: MA10) were divided into three subgroups: prior to pregnancy, during pregnancy and after pregnancy. We thus excluded women who had been diagnosed with any type of diabetes and/or treated with glucose-lowering agents prior to pregnancy. Furthermore, exclusion was performed due to the suspicion of

underlying unregistered diabetes prior to pregnancy. Claimed prescriptions or a diagnosis within a year after giving birth is known to be related to gestational diabetes and did not lead to exclusion. This approach has been validated in the literature [22]. Women with gestational diabetes who required diet and/or medical treatment were included in the study, despite of their different risk of diabetes after gestational diabetes [6]. International and national guidelines recommend that all women with gestational diabetes-complicated pregnancies participate in follow-up screening 6-8 weeks after giving birth and thereafter at least biannually [5,6]. Time to control and testing by general practitioners and at biochemical departments were divided into four intervals, defined in accordance with national guidelines [5]. The time ranges for the intervals of follow-up screening at general practitioners and biochemical departments were two years; however, for the last control at biochemical departments a range of approximately four years was adopted. The interval for the first control at general practitioner was 0-3 months after giving birth, for the first control at biochemical departments 0-5 months after giving birth. From this point on the controls will be described as Control 1,2,3,4 for participation at both general practitioners and biochemical departments. Inclusion in the four controls was not conditioned by attendance in any of the other follow-up screening controls. Broad intervals for biochemical department testing were adopted to ensure that all women referred from their general practitioner to testing at biochemical departments were detected. The referrals were necessitated by the fact that not all general practitioners perform oral glucose tolerance testing at their clinic.

From one year after giving birth we investigated associations between participation in follow-up screening and diabetes diagnosis/treatment with glucose-lowering agents. A time variable was created to analyse associations between attending at least one control and time to diabetes diagnosis or treatment. The variable was time from giving birth to obtaining a diagnosis of diabetes or initiation of treatment, until the time limit of the register available or censoring due to next pregnancy/birth or death, whichever occurred first. Tertiles were used for dividing data on age and income. To allow for differences in the risk of developing type 2 diabetes, three ethnicity categories were created: Caucasian (Danish/other), Asian/Middle Eastern, and African [6,23]. Income was consumer-indexed (2009), and determined on the basis of data for the year before birth, to ensure the best possible representativity of the women's socioeconomic status.

Outcomes

The primary outcome was attendance in follow-up screening at general practitioners or biochemical departments after gestational diabetes in each of the defined time intervals. The outcome was defined by coding of an oral glucose tolerance test or a fasting plasma glucose test. The secondary outcome was the risk of and time to diabetes diagnosis or treatment with glucose-lowering agents among participants and non-participants. Outcomes were predefined.

Statistical analyses

The study applied descriptive statistics (N/%) to illustrate the distribution of age, income and ethnicity. All models were adjusted for these variables. Participation in follow-up screening was analysed using chi-squared tests (Table 2). Women appearing as missing in the tables were either excluded or censored by death, second birth or end of registration. To determine the association between participation in follow-up screening and diabetes-related outcomes, we applied logistic regression models presented with odds ratios (OR), 95 % confidence intervals (CI). We furthermore examined possible confounding by age, income and ethnicity and interactions between ethnicity and income, and between age and income. Cox's proportional hazard models were used to investigate the hazard ratio (HR) of diabetes related outcomes, depending on participation in at least one general practitioner or biochemical department control. All Cox proportional hazard models met the proportional hazard assumption. The SAS statistical software package for Windows, version 9.2, was used (SAS Institute, Cary, NC, USA).

Ethics

Register based observational studies do not require ethical approval in Denmark [24]. The Danish Data Protection Agency approved the study (No. 2007-41-1667).

Results

Participant characteristics

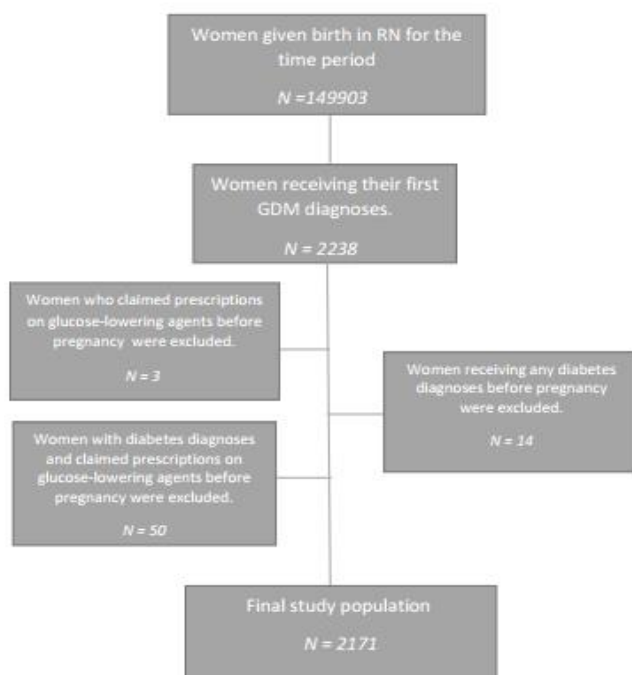


Figure 1. Flowchart

Table 1. Population characteristics

Variables	N (%)
Women	2171 (100)
Age*	
Young	717 (33)
Middle	716 (33)
Older	738 (34)
Income**	
Low	715 (33)
Middle	714 (33)
High	715 (34)
Ethnicity	
Caucasian (Danish/other)	1981 (92.3)
Asian/middle eastern	128 (5.9)
African	61 (2.8)
Mean	SD
Birth of diagnosis 1.6	0.8
Age 30.9	5.0

*Age categorized as tertiles: Young: <=29.7 Middle: >29.7
<=33.9 and older>33.9

**Income categorized as tertiles (Dk.kr.) Low: <=292.872
Middle: >292.872 and <=395.691 High: >395.691

A total of 149.903 women in the Region of North Jutland gave birth in the study period, 2238 of whom had a diagnose of first-time gestational diabetes. Diagnosis of diabetes and/or treatment with glucose-lowering agents prior to pregnancy lead to the exclusion of 67 women. The final study population included 2171 women (Figure 1). As shown in Table 1 the study population had a mean age of 30.9 years and the mean number of birth at the time of first gestational diabetes diagnosis was 1.6. Baseline characteristics on income, ethnicity and age are also listed in Table 1. Among women in the Region 1.4 % had first-time gestational diabetes during the time period.

Participation in follow-up screening

Table 2. Follow-up screening participation after gestational diabetes in the Region in the period 1994-2011

Follow-up screening					Diabetes women (N=124)			Treatment women (N=229)		
	Control + N (%)	Control - N (%)	Missing N (%)*	p	Control + N	Control - N	p	Control+ N	Control - N	p
General practitioner (N=2171)										
Control 1: Within 3 months after birth	1744(80.5)	423 (19.5)	41 (0.2)	<0.001	112	12	0.0045	205	24	0.0002
Control 2: 3 months to 2 years	852 (47.3)	950 (52.7)	369 (17.0)	0.0210	108	16	<0.0001	188	37	<0.0001
Control 3: 2 years to 4 years	526 (29.1)	1281(70.9)	364 (16.8)	<0.001	94	27	<0.0001	152	62	<0.0001
Control 4: 4 years to 6 years	333 (17.7)	1551(82.3)	287 (12.8)	<0.001	75	37	<0.0001	116	89	<0.0001
Biochemical unit** (N=1218)										
Control 1: Within 6 months after birth	111 (10.2)	979 (89.8)	128 (10.5)	<0.001	113	10	0.4932	181	40	<0.0001
Control 2: 6 months to 2.4 years	69 (6.4)	1013 (93.6)	136 (11.2)	<0.001	113	10	0.8829	184	36	<0.0001
Control 3: 2.4 years to 4.5 years	29 (2.5)	1116 (97.5)	73 (6.0)	<0.001	113	9	0.3085	192	28	<0.0001
Control 4: 4.5 years to 8.2 years	6 (0.5)	1190 (99.5)	22 (1.8)	<0.001	115	5	0.7766	198	22	<0.0001

*Women appearing as missing were censored by either new pregnancy/birth, death or end of registration in the Danish National register (31.12.2011)

** Data on blood samples are only available for women giving birth after 2006

Table 2 shows the participation in follow-up screening. Participation decreased with time after giving birth. The proportion of women attending Control 1 at their general practitioner after giving birth was 80.5 %, 47.3 % attended Control 2, 29.1 % Control 3 while 17.7 % attended Control 4. For controls conducted at biochemical departments, the proportion of women attending decreased from 10.2 % at Control 1 to 0.5 % at Control 4. Significant differences were found for all proportions regarding attendance and non-attendance, with p-values under the 5 % significance level (Table 2). The number of women categorized as missing increased primarily due to the occurrence of a subsequent pregnancy. Of the 2171 women in the study, 88 (4.1 %) had treatment-requiring gestational diabetes. One-hundred and twenty-four (5.8 %) were subsequently diagnosed with diabetes and 229 (11 %) claimed prescriptions on glucose-lowering agents after giving birth. To estimate undiagnosed diabetes among non-participants, we applied the mean number of diabetes diagnosis among the participants; yielding an estimated 119 non-attenders to general practitioner controls and 509 non-attenders to biochemical departments with undiagnosed diabetes.

Table 3. Association between participation in follow-up screening and diabetes diagnosis

	Crude OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)
General practitioner		
Control 1: Within 3 months after birth	2.4(1.3-4.3)	2.4 (1.3-4.4)
Control 2: 3 months to 2 years	8.6 (5.1-14.7)	8.3 (4.8-14.1)
Control 3: 2 years to 4 years	10.1 (6.5-15.7)	9.8 (6.2-15.3)
Control 4: 4 years to 6 years	11.9 (7.9-18.0)	11.8 (7.7-18.0)
Biochemical unit**		
Control 1: Within 6 months after birth	1.4 (0.4-4.9)	0.9 (0.2-4.1)
Control 2: 6 months to 2.4 years	2.4(0.7-8.2)	1.5 (0.3-6.9)
Control 3: 2.4 years to 4.5 years	4.3(0.9-19.2)	1.7 (0.2-14)
Control 4: 4.5 years to 8.2 years***	-	-

Women with onset of new pregnancy/birth or occurrence of death were excluded from the analysis

*Adjusted for income, age and ethnicity

**Data on blood samples are only available for women giving birth after 2006

***Unmeasurable, to few events

Table 4. Associations between participation in follow-up screening and treatment with glucose lowering agents

	Crude OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)
General practitioner		
Control 1: Within 3 months after birth	2.2 (1.5-3.5)	2.3 (1.5-3.5)
Control 2: 3 months to 2 years	7.4 (5.1-10.6)	7.1 (4.9-10.3)
Control 3: 2 years to 4 years	8.1 (5.9-11.2)	8.1 (5.9-11.3)
Control 4: 4 years to 6 years	8.8 (6.5-12.1)	8.9 (6.5-12.2)
Biochemical unit**		
Control 1: Within 6 months after birth	3.1 (1.7-5.5)	2.9 (1.6-5.3)
Control 2: 6 months to 2.4 years	3.8 (2.0-7.3)	3.5 (1.8-6.9)
Control 3: 2.4 years to 4.5 years	3.3 (1.2-8.9)	2.5 (0.8-7.4)
Control 4: 4.5 years to 8.2 years	7.9 (1.4-43.8)	8.7 (1.5-49.4)

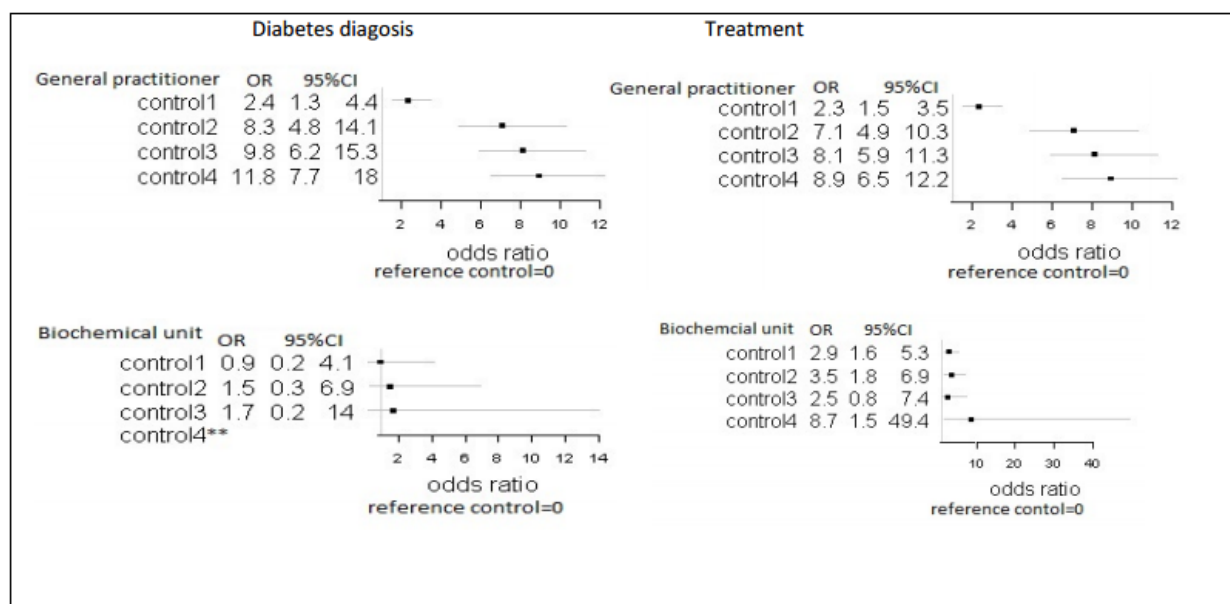
Women with onset of new pregnancy/birth or occurrence of death were excluded from the analysis

*Adjusted for income, age and ethnicity

**Data on blood samples are only available for women giving birth after 2006

Logistic regression analysis results showed a statistical significant positive association between attendance at general practitioner controls and receiving a diagnosis of diabetes and initiation of treatment with glucose-lowering agents after gestational diabetes (Tables 3-4). The lowest risk applied to Control 1 for both diabetes diagnosis (OR 2.4; 95 % CI 1.3-4.3) and treatment outcomes (OR 2.3; 95 % CI 1.5-3.5) the highest risk applied to Control 4 for both diabetes diagnosis (OR 11.8; 95 % CI 7.7-18.0) and treatment (OR 8.9; CI 95 % 6.5-12.2) (Tables 3-4). A significant positive association between testing at a biochemical department and treatment with glucose-lowering agent was also detected, with the lowest values applying for Control 1 (OR 2.9; 95 % CI 1.6-5.3) and the highest for Control 4 (OR 8.7; 95 % CI 1.5-49.4). However, the association was insignificant for Control 3 (Table 4). Associations between diagnosis of diabetes and follow-up screening at biochemical departments were insignificant for all controls (Table 3). Confidence intervals (Tables 3-4) widely increased with time, due to the decreasing attendance at either type of testing place.

Figure 2. Risk of diabetes diagnosis or treatment for control at general practitioner or biochemical unit*



*Adjusted for income, age and ethnicity. Data on blood samples are only available for women giving birth after 2006

**Unmeasurable, to few events

Women with onset of new pregnancy/birth or occurrence of death were excluded from the analysis.

The forest plots in Figure 2 illustrate the risk of diabetes diagnosis or the initiation of treatment. Income was a confounding factor, with a negative association between income and diagnosis of diabetes (not shown in tables). Women with the highest incomes had a statistical significantly lower risk of being diagnosed with diabetes (OR 0.6; 95 % CI 0.4-0.9) or of being treated with glucose-lowering agents (OR 0.6; 95 % CI 0.5-0.9)

compared to women with the lowest income. No interaction between ethnicity and income, or between ethnicity and age, was detected.

Table 5. Association between risk-time to diabetes diagnosis or treatment at minimum one control

	Diabetes			Treatment		
	N	Crude HR (95%CI)	Adjusted HR (95%CI)*	N	Crude HR (95%CI)	Adjusted HR (95%CI)*
Min. 1 control at general practitioner (n=2123)	124/2123	2.6 (1.15-5.9)	2.7(1.1-5.9)	229/2089	2.1 (1.2-3.5)	2.1 (1.2-3.5)
Min. 1 control at a biochemical unit**	22/1211	1.1 (0.3-3.9)	0.8(0.1-3.3)	77/1202	2.2 (1.3-3.8)	2.1 (1.2-3.6)

Women with onset of new pregnancy/birth or occurrence of death were excluded from the analysis

*Adjusted for income, age and ethnicity

**Data on blood samples are only available for women giving birth after 2006

Results of the Cox regression analysis showed statistically significant positive associations between attendance to at least one control at either a general practitioner or a biochemical department and time to receiving a diagnosis of diabetes or initiation of treatment (Table 5). Women attending at least one general practitioner control had a higher risk of diabetes diagnosis (HR 2.7; 95 % CI 1.1-5.9) or treatment with glucose-lowering agents (HR 2.1; 95 % CI 1.2-3.5) compared to women who did not attend either of the controls. The risk of treatment with glucose-lowering agents was also higher for women attending only one control at a biochemical department (HR 2.1; 95 % CI 1.2-3.6). Values for the risk of diabetes diagnosis for the women attending a biochemical department did not reach the significance level (Table 5). High-income women had a significantly shorter time to diabetes diagnosis (HR 0.6; 95 % CI 0.4-0.9) or treatment (HR 0.7; 95 % CI 0.5-0.9) compared to women with the lowest incomes (not shown in tables). The association between time to diabetes or treatment was not influenced by interaction.

Discussion

This study shows low participation in the follow-up screening after gestational diabetes that are recommended in international and national guidelines [5,6]. The studied 2171 women with first-time gestational diabetes showed significantly decreasing participation in follow-up screening, from 80.5 % at Control 1 to 17.7 % of the women visiting their general practitioner for Control 4. Even lower attendance was found for biochemical departments, with 10.2 % at Control 1 and 0.5 % attending Control 4. The risk of a diabetes diagnosis was strongly associated with participation in follow-up screening, with an 11.8-fold increased risk for women attending general practitioner Control 4. Attenders at Control 4 had an increased risk of initiation of treatment with glucose-lowering agents at 8.7-fold and 8.9-fold for general practitioner

and biochemical department controls, respectively. Women who attended at least one general practitioner control moreover had a 2.7-fold increased risk of shorter time to diabetes diagnosis. This also applied for the initiation of treatment, with a 2.1-fold increase in the risk for either type of control. The high risk of diabetes diagnosis and initiation of treatment among women attending the controls emphasizes that attendance enables early detection of diabetes, which can prevent the development of late complications [1,3].

Strengths and limitations

The strength of this study is its basis in the complete and comprehensive data held by the Danish national registers and the negligible risk of loss to follow-up [14,25]. The structure of the Danish health care system and the possibility to include both hospital and general practitioners, as well as both register based diagnosis and initiated treatment allows a full follow-up on a large cohort. The defined intervals were furthermore sufficiently broad to ensure the detection of women who participated in follow-up screenings, whether at their general practitioner or at biochemical departments. The limitations of the study relate to the validity problems in connection with the regionally based blood sample registration, since this serves purely administrative purposes. We are unaware of any validity studies of on the regional blood sample registration. Our results on the proportion of women having tests performed at Control 1 are considerably higher than those found in comparable studies [7,8,11,26,27]. However, data on blood sampling have only been available since 2006, which has limited the analysis of testing at biochemical departments to women giving birth after that time. The insignificant results obtained for a diagnosis of diabetes as outcome may be caused by the limited data. The problem of under-registration of diabetes diagnosis was caused by the fact that not all women in treatment with glucose-lowering agents had a diagnose registered. Inaccuracies in coding procedures may have led to the problematic validity of diabetes diagnosis registered in the National Patient Register [28]. The detailed information of the National Prescription Registry, however, enabled us to detect women in diabetes treatment who were not registered with a diabetes diagnosis [25]. As described earlier, type 2 diabetes is the more frequent diabetes type among women with previous gestational diabetes [23]. We expected that the majority of the diagnosed women had received a type 2 diabetes diagnosis. The diabetes outcome category contains all diagnosis of diabetes, which strengthens the validity of our study and prevented us from excluding women diagnosed with diabetes after gestational diabetes. The use of the National Health Service Register may also have caused validity problems, although we are unaware of any relevant studies. Despite the strong economic incentives, the misreporting of minor additional laboratory services in particular, may occur since fees for these services are small [13]. Whether the general practitioner performed oral glucose tolerance tests or blood glucose tests cannot be ascertained, as the codes used to detect follow-up screening are the same [18,19]. General practitioners who are unable to perform or analyse

oral glucose tolerance tests can refer the women or have the test performed by a biochemical department. However, 80.5 % of the women were registered as having a test performed at Control 1, which indicates a predominantly correct coding. A further limitation of this study concerns the possible demographic selection bias related to its basis in the relatively deprived Region of North Jutland [29]. A higher proportion of socioeconomically disadvantaged women may have led to an overestimated risk of diabetes related outcomes in relation to non-attendance in follow-up screening.

Interpretation

While we found high participation rates in the first control after gestational diabetes, other studies have reported rates varying from 14 to 61 % for this control. However, those studies were restricted to the first control [7,8,11,26,27]. Organisational differences between health care sectors may mean that our results are not fully comparable to results from other health care contexts [7,8,11,26,27]. Attendance varied greatly at first control testing, with 80.5 % and 10.2 % for general practitioners and biochemical departments, respectively. Women attending follow-up screening at a biochemical department had been referred from their general practitioner if the practitioner was unable to perform the recommended glucose tolerance test [5,6]. The majority of results retained significant levels, however the limited data on blood samples may have caused insignificant associations between controls at biochemical departments and diagnosis of diabetes and treatment at Control 3. A likely reason for the high participation in the first general practitioner control after giving birth is that this examination is part of a standard postpartum visit [30]. General practitioner controls had higher attendance than biochemical department controls, possibly because some of them are capable of performing the oral glucose tolerance test. However, other regions recommend that the tests are analysed or performed only by biochemical departments because of the varying quality of the general practitioners equipment [31]. The decreasing participation in later controls may have been caused by a number of factors, such as the women's lack of awareness of the risk of diabetes after gestational diabetes, the pressures related to caring for children, and general practitioner failure to perform the test or refer the women to biochemical departments [8-10,26]. The fragmentation of care may also account for low participation since this often leads to confusion about responsibility for follow-up screening [8-10,26]. Participation gives women a higher risk of diabetes diagnosis or treatment and an increased possibility of early detection of diabetes or initiation of treatment. The risk estimates were high at the last controls possibly due to the attendance of women who had been diagnosed or treated at earlier controls, although their attendance also decreased over time. The women who were not followed up were more likely to be diagnosed at a later point, when their diabetes may have progressed, since clinical diabetes can remain undiagnosed for years [22]. The high risk of a diabetes diagnosis among women attending controls and estimated undiagnosed diabetes among non-

attending women, lead us to believe that a considerable number of the non-attenders can be affected by diabetes after gestational diabetes. We found the diabetes risk to increase with successive controls, which is in accordance with findings from other studies that show an increasing risk of diabetes within the first five years after gestational diabetes [2]. Women with high income had a significantly lower risk of diabetes diagnosis or treatment. Socioeconomic factors are plausible reasons for this, since they are one of the determinants for diabetes [32]. In view of the limitations described in previous sections, our results should be interpreted with caution. The main result of this study is the finding of low participation in follow-up screening after gestational diabetes, except for the first control after giving birth. Women attending either their general practitioner or a biochemical department have a higher risk of diabetes diagnosis and treatment with glucose-lowering agents at an earlier point of time. Our study has demonstrated the importance of follow-up screening of women to ensure early detection and initiation of treatment for the prevention of late complications caused by diabetes. Follow-up screening of these women is a concern for public health as low participation impedes the detection of diabetes in women with previous gestational diabetes. This is further emphasized by previous results of a Danish study which found that two out of three diabetes cases in the general population were undiagnosed [34]. The low participation in follow-up screening after gestational diabetes may reflect an ignorance of the risk involved, or failure by health staff to refer the patient and unawareness of guidelines [8-10]. Fragmented care is another possible factor [8-10]. The results of this study further strengthen the importance of follow-up screening after gestational diabetes. The study provides clinicians with important knowledge of the risk of diabetes among non-attending women and the need for communicating the risk to the women in order to ensure follow-up screening.

What this study adds

In contrast to other studies examining participation in follow-up screening [7,8,11,26,27], this study followed women with previous gestational diabetes over several screening rounds and examined the consequences of non-attendance in follow-up screening. We document rapidly declining participation in follow-up screening with time and estimated that women not attending potentially can have undiagnosed diabetes. This study also shows that follow-up screening supports the early detection of diabetes. Our study furthermore demonstrates the great potential of monitoring the quality of health care sectors through national registers.

Suggestions for further research

Our study has documented the need for preventive health interventions to ensure stringent follow-up screening of women with prior gestational diabetes in order to ensure the early detection of diabetes and initiation of treatment. The general lack of interventions to ensure participation in follow-up screening is

described in other studies [7,8,11,26,27,35]. Our findings may furthermore help in developing interventions to enhance participation in follow-up screening. Possible interventions could concern reduction of fragmented care and facilitate other efforts to improve participation in follow-up screening.

Conclusion

In this study of women with prior first-time gestational diabetes we found low participation rates in follow-up screening programmes, except for the first control after which it decreased with time after giving birth. Women who did not attend follow-up screening had a lower risk of diabetes diagnosis or treatment and early detection of diabetes. Attenders also had an increased risk of diabetes diagnosis and earlier initiation of treatment, which enables early detection of diabetes after gestational diabetes, which reduces the women's risk of late complications. Contrary to national and international guidelines [5,6], the majority of women with gestational diabetes failed to return for follow-up screening, which emphasizes the importance of interventions to ensure early detection and prevention of diabetes after gestational diabetes.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Authors' contributions

Authors CRO, JHN, CO and CTP contributed to the initial design and concept. CTP, JHN, RNM, HB and CRO contributed to the data management process, the statistical analyses and the interpretation of results. JHN and CRO drafted the article and contributed equally to all aspects of the work. CO, CTP, RNM, JHN, HB and CRO revised the manuscript critically for important intellectual content. All authors have read and approved the final version and are accountable for all aspects of the work.

Authors' information

1: Public Health and Epidemiology Group, Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

Acknowledgements

The authors want to thank for support and help provided by employees at Statistics Denmark, and the research for Public Health and Epidemiology, Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

References

1. Bellamy L, Casas J, Hingorani AD, Williams D: Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2009, 373(9677):1773-1779.
2. Kim C, Newton KM, Knopp RH: Gestational Diabetes and the Incidence of Type 2 Diabetes A systematic review. *Diabetes Care* 2002, 25(10):1862-1868.
3. Nolan CJ: Controversies in gestational diabetes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2011, 25(1):37-49.
4. World Health Organization: Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Report of a WHO/IDF consultation, Geneva: World Health Organization 2006:1-50.
5. Wolff C, Knold B, Jensen BP, Møller M, Svare J, Bødker B, Ovesen P, Damm P, Renault K, Holm AM, Svare J, Jensen DM, Mathiesen E, Stage E: Behandling af gestationel diabetes mellitus.
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: Diabetes in pregnancy management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period: 2008.
7. Kwong S, Mitchell RS, Senior PA, Chik CL: Postpartum Diabetes Screening Adherence rate and the performance of fasting plasma glucose versus oral glucose tolerance test. *Diabetes Care* 2009, 32(12):2242-2244.
8. Lega IC, McLaughlin H, Coroneos M, Handley-Derry F, Donovan N, Lipscombe LL: A physician reminder to improve postpartum diabetes screening in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2012, 95(3):352-357.
9. Keely E, Clark H, Karovitch A, Graham I: Screening for type 2 diabetes following gestational diabetes Family physician and patient perspectives. *Canadian Family Physician* 2010, 56(6):558-563.
10. Kapustin JF: Postpartum management for gestational diabetes mellitus. policy and practice implications. *J Am Acad Nurse Pract* 2008, 20(11):547-554.
11. Vesco KK, Dietz PM, Bulkley J, Bruce FC, Callaghan WM, England L, Kimes T, Bachman DJ, Hartinger KJ, Hornbrook MC: A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes. *Obstet Gynecol* 2012.

12. Statistics Denmark. Population and Elections [<http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1366>].
13. Andersen JS, Olivarius NDF, Krasnik A: The danish national health service register. Scand J Public Health 2011, 39(7 suppl):34-37.
14. Thygesen LC, Daasnes C, Thaulow I, Brønnum-Hansen H: Introduction to Danish (nationwide) registers on health and social issues: structure, access, legislation, and archiving. Scand J Public Health 2011, 39(7 suppl):12-16.
15. Center for registerforskning [<http://ncrr.au.dk/>]
16. Statens serum institut ns. SKS-browser [<http://medinfo.dk/sks/brows.php>].
17. World Health Organization: The anatomical therapeutic chemical classification system with defined daily doses (ATC/DDD). Norway, WHO 2006.
18. Møller M, Jørgensen Hildburg. Diabetes, graviditetsbetinget (forløbsbeskrivelse) [<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/nordjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/diabetes-graviditetsbetinget/>]
19. Danske regioner: Overenskomst for praksissektoren. 1 april 2001.
20. Region Nordjyllands sundhedsvæsen Laboratorievejledning [<http://www.laboratorievejledning.dk/>]
21. Statens serum institut NPU Laboratory terminology [<http://www.ssi.dk/EnglishNPU>]
22. Carstensen B, Kristensen JK, Marcussen MM, Borch-Johnsen K: The national diabetes register. Scand J Public Health 2011, 39(7 suppl):58-61.
23. Lauenborg J, Hansen T, Jensen DM, Vestergaard H, Mølsted-Pedersen L, Hornnes P, Lochter H, Pedersen O, Damm P: Increasing Incidence of Diabetes After Gestational Diabetes A long-term follow-up in a Danish population. Diabetes Care 2004, 27(5):1194-1199.

24. Retsinformation. Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter - Lov nr. 593 af 14/06/2011. [<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=137674>]
25. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J: The Danish national prescription registry. *Scand J Public Health* 2011, 39(7 suppl):38-41.
26. Almario CV, Ecker T, Moroz LA, Bucovetsky L, Berghella V, Baxter JK: Obstetricians seldom provide postpartum diabetes screening for women with gestational diabetes. *Obstet Gynecol* 2008, 198(5):528. e1-528. e5.
27. Clark HD, Graham ID, Karovitch A, Keely EJ: Do postal reminders increase postpartum screening of diabetes mellitus in women with gestational diabetes mellitus? A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2009, 200(6):634. e1-634. e7.
28. Lyng E, Sandegaard JL, Rebolj M: The Danish national patient register. *Scand J Public Health* 2011, 39(7 suppl):30-33.
29. Meijer M, Engholm G, Gritter U, Bloomfield K. A: socioeconomic deprivation index for small areas in Denmark. *Scand J Public Health* 2013.
30. Center for forebyggelse - Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for svangreomsorgen. 1st ed. Copenhagen: Center for forebyggelse-Sundhedsstyrelsen 2009.
31. Aarhus universitetshospital, klinisk biokemisk afdeling: Glucose-tolerance-test udført i almen praksis [<http://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X4D73B3D35532823DC1257A300067F063&dbpath=/edok/editor/AAUHKE.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>]
32. Rabi DM, Edwards AL, Southern DA, Svenson LW, Sargious PM, Norton P, Larsen ET, Ghali WA: Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. *BMC Health Services Research* 2006, 6(1):124.
33. Kavanagh A, Bentley RJ, Turrell G, Shaw J, Dunstan D, Subramanian S: Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. *Soc Sci Med* 2010, 71(6):1150-1160.

34. Glümer C, Jørgensen T, Borch-Johnsen K: Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in a Danish Population The Inter99 study. *Diabetes Care* 2003, 26(8):2335-2340.
35. Hunt KJ, Logan SL, Conway DL, Korte JE: Postpartum screening following GDM: how well are we doing?. *Current diabetes reports* 2010, 10(3):235-241.

Initierende problem – del 2

Deltagelsen i den anbefalede follow-up screening (Sundhedsstyrelsen s. 135, Damm, Ovesen et al. 2009) efter GDM er igennem registerundersøgelsen fundet lav i RN. Ved praktiserende læger, fik en stor andel af kvinderne foretaget første kontrol efter fødsel, hvorefter deltagelsen var faldende ved de efterfølgende kontroller (afsnit 1). De kvinder der deltog i follow-up screeningen havde en større mulighed for diagnosticering af diabetes og initiering af behandling med antidiabetika. Deltagende kvinder havde ydermere en øget mulighed for tidlig opsporing både ift. tidligere diagnose og behandling (afsnit 1). Dermed er der i forbindelse med lav deltagelse i follow-up screening i RN et uudnyttet forebyggelsespotentiale, hvilket kan betragtes som utilfredsstillende, da dette kan medføre helbredsmæssige konsekvenser for de ikke deltagende kvinder. Det er uklart, hvilke årsager der kan være til den lave deltagelse i follow-up screening i RN, samt hvordan denne deltagelse vil kunne øges.

2. Problemanalyse

I problemanalysen belyses GDM og follow-up screening ud fra et folkesundhedsperspektiv. Ydermere uddybes, analyseres og belyses årsager samt generelle perspektiver på den lave deltagelse, og endvidere problematiseres effekten af follow-up screening samt de mulige utilsigtede konsekvenser forbundet hermed.

2.1 Follow-up screening – i et folkesundhedsperspektiv

Follow-up screening anbefales efter GDM (Sundhedsstyrelsen 2013s. 134, Region Nordjylland s. 6-7, Damm, Ovesen et al. s. 10) og kan defineres som sekundær forebyggelse, med tidlig opsporing som formål (Finn Kamper-Jørgensen, Gert Almind, Bjarne Bruun Jensen s. 23). Det begrænser sig dog til en anbefaling, og follow-up screening er dermed ikke et systematisk screeningsprogram på fod med screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen 2012 s. 11). Sundhedsstyrelsen (SST) har et ønsket mål om en tilslutningsrate på minimum 75 %, for et systematisk screeningsprogram, som programmet for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen 2012 s. 145). For kvinder med tidligere GDM anbefales første follow-up screenings test 8 uger efter fødslen i forbindelse med efterfødselsundersøgelsen, hos praktiserende læge (Region Nordjylland s. 6). Nogle praktiserende læger kan selv udføre tests for diabetes, ellers kan kvinden henvises til en klinisk biokemisk afdeling hvor disse også kan foretages (Møller 2013). Deltagelse ved første follow-up kontrol efter fødslen, for kvinder med graviditet kompliceret af GDM, er i RN 80.5 % (hos praktiserende læge) og 10.2 % (biokemisk afdeling) (tabel 1). Drages der parallel til SST's ønskede niveau for tilslutning til et systematisk screeningsprogram, opfyldes dette ved den første kontrol. Deltagelsesprocenten falder herefter, som tiden efter fødslen går og er hhv. 17.7 % (hos praktiserende læge) og 0.5 (på biokemisk afdeling) efter 4-8 år. Årsagen til høj deltagelse ved første kontrol, kan skyldes sammenhængen med

Tabel 2- Deltagelse i follow-up screening i RN	Control + N (%)	p
General practitionerer (N=2171)		
Control 1: Within 3 months after birth	1744(80.5)	<0.001
Control 2: 3 months to 2 years	852 (47.3)	0.0210
Control 3: 2 years to 4 years	526 (29.1)	<0.001
Control 4: 4 years to 6 years	333 (17.7)	<0.001
Biochemical unit** (N=1218)		
Control 1: Within 6 months after birth	111 (10.2)	<0.001
Control 2: 6 months to 2.4 years	69 (6.4)	<0.001
Control 3: 2.4 years to 4.5 years	29 (2.5)	<0.001
Control 4: 4.5 years to 8.2 years	6 (0.5)	<0.001

efterfødselsundersøgelsen 8 uger efter fødsel ved praktiserende læge, hvilket er en generel anbefaling til alle fødende kvinder (Sundhedsstyrelsen 2013 s. 60). Ift. at fastholde en høj og vedvarende tilslutning, kan der skelnes til deltagelsen ved første kontrol, da deltagelsen her var høj (artikel). Hvem der initierer udførelsen af glukose test ved 8 ugers kontrollen, og om kvinderne herefter fravælger follow-up screening eller om praktiserende læge ikke initierer denne, evt. som opportunistisk screening, er en viden kvinderne og de praktiserende læger besidder, og dermed anses

deres oplevelser vedr. opfølgning i almen praksis, som relevante. Der har dog ikke været muligt, at identificere specifik viden om hvorledes høj tilslutning til follow-up screening, kan opretholdes i en dansk kontekst. Folkesundhedsperspektivet i prioritering af follow-up screening kan umiddelbart synes begrænset taget den relativt lave incidens af GDM på 2-3 % (Sundhedsstyrelsen 2013 s. 134) i betragtning, dog danner kvindernes høje risiko for udvikling af diabetes grundlag for, at se den lave deltagelse som et folkesundhedsproblem. Kvinder med tidligere gestationel diabetes udgør en relativt lille gruppe, dog med en væsentligt højere risiko for udvikling af sygdom ved sammenligning med målgruppen for screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, som udgør 2 % af nye kræfttilfælde (incidens) hos kvinder (Sundhedsstyrelsen 2009 s. 11).

Da GDM er et væsentligt folkesundhedsproblem, hvor potentialet i den tidlige opsporing af diabetes i forbindelse med follow-up screening, understøtter yderligere vigtigheden i at kvinderne deltager. Dermed giver kvindernes risiko for udvikling af diabetes, samt den lave deltagelse i follow-up screening, anledning til bekymring. Kvinder med tidligere GDM defineres i en MTV (medicinsk teknologi vurdering), som en relevant gruppe for tidlig opsporing (Sundhedsstyrelsen-Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2003 s. 27). Som påvist i registerundersøgelsen, har kvinder der deltager i minimum en screenings kontrol, større chance for tidlig opsporing med en hazard ratio (HR) på op til 2.7 (CI 95%: 1.1-5.9) for tidligere diagnose og 2.1 (CI 95%: 1.2-3.5) for tidligere behandling (artikel). Dermed diagnosticeres og behandles deltagende kvinder i højere grad (artikel). Evidens fra epidemiologiske studier viser ydermere færre senkomplikationer, og dødelighed i forbindelse med tidlig opsporing af diabetes (Sundhedsstyrelsen-Center for Evaluering og

Medicinsk Teknologivurdering 2003 s. 28, 129). Opgørelser viser i tillæg hertil, at 30-50% af mennesker med ny diagnosticeret diabetes har et eller flere tegn på senkomplikationer, når de diagnosticeres. Komplikationer kan potentielt forebygges ved behandling igennem tidlig opsporing, da en latent periode på 5-11 år menes at gå forud for udvikling af senkomplikationer (Sundhedsstyrelsen-Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2003 s. 112). En dansk undersøgelse viser, at 2 ud af 3 diabetikere er udiagnosticerede, og symptomfri i en længere periode (Glümer, Jørgensen et al. s. 2335), hvilket i kombination med ovenstående tydeliggør nødvendigheden i et øget fokus på tidlig opsporing af diabetes. Det ovenstående potentiale i tidlig opsporing blandt kvinder med tidligere GDM, samt den lave deltagelse heri, tydeliggør behovet for en udviklingsindsats til øget deltagelse, da den lave deltagelse i follow-up screening i RN kan have konsekvenser for kvindernes helbred, og en evt. indsats til øget deltagelse heri kan dermed nedsætte kvindernes risiko for udvikling af senkomplikationer.

2.2 Årsager til lav deltagelse i follow-up screening

Forinden udviklingen af en indsats, bør kendskab til de bagvedliggende årsager til den lave deltagelse belyses og analyseres, således at udviklingen af en indsats tager udgangspunkt i netop disse.

2.2.1 Overgange og manglende sammenhæng i kvindernes forløb som årsag til lav deltagelse – et tværsektorielt/organisatorisk perspektiv

Fragmenteret pleje og behandling, som i dette projekt med udgangspunkt i en dansk kontekst, betegnes som manglende sammenhæng i forløb, fremhæves også som en mulig årsag til lav deltagelse i follow-up screening (Keely s. 314, Kapustin s. 551). Manglende sammenhæng i kvindernes forløb kan tilskrives utilstrækkelig organisering af deres pleje- og behandlingsforløb mellem sundhedsprofessionelle i forskellige sektorer (Keely s. 314). Overgangen kan medvirke til manglende sammenhæng i kvindernes forløb, da der opstår risiko for brud, hvilket kan skyldes at de praktiserende læger ikke er opmærksomme på kvindernes risiko for udvikling af diabetes og anbefalingerne for follow-up screening. Implementering af retningslinjer kan dermed have betydning for deltagelsen i follow-up screening. Ydemere kan overgangen til praktiserende læge medvirke til tvivl omkring hvem der har ansvaret herfor (Keely 2012).

2.2.1.1 Sammenhængende patientforløb – for kvinder med GDM

I sundhedsvæsenet er der stigende kompleksitet, da der er øget forekomst af standarder og retningslinjer for evidensbaseret praksis (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 25). Follow-up screening er en anbefaling, der har grundlag i evidensbaserede retningslinjer. Manglende efterlevelse af implementering af viden og retningslinjer/anbefalinger kan betegnes, som et "quality gap" eller et "knowing doing gap", hvilket er betegnelser for afstand mellem klinisk praksis og evidensbaseret praksis. Dermed kan den lave deltagelse i follow-up muligvis skyldes manglende implementering af

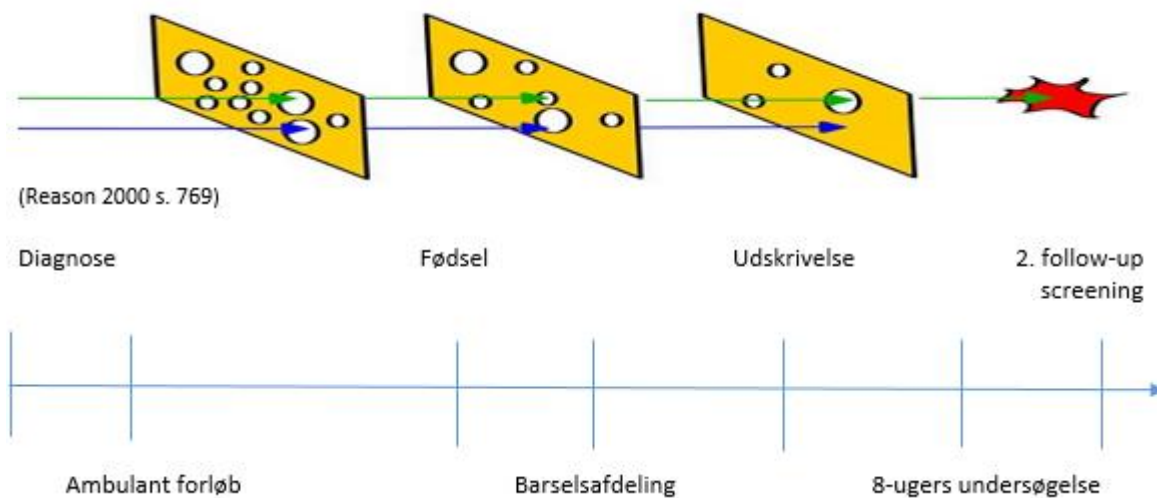
retningslinjerne (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 25, Timm 2010 s. 116). I RNs database indeholdende kliniske retningslinjer forefindes en retningslinje for forløb for kvinder med GDM, som tager udgangspunkt i sandbjerg guidelines, der stemmer overens med anbefalingerne for svangreomsorgen (Region Nordjylland s. 6). Den lave deltagelse i follow-up screening i RN viser dog, at beskrivelser af forløb, ud fra retningslinjer ikke alene medfører at de implementeres. Systematiske metoder til implementering og udvikling af praksis er derfor nødvendige (Mainz, Bartels et al. s. 334-335). En sådan metode er fx "plan – do - study – act" metoden (Mainz, Bartels et al. s. 49). Metoder til kvalitetsforbedring er dermed relevante ift. at øge deltagelsen i follow-up screening. I praksis kan det være problematisk, at navigere i mængden af evidens for pleje og behandling, hvilket kan være en underlæggende årsag til utilstrækkelig kvalitet. Utilstrækkelig kvalitet i sundhedsvæsenet skyldes ofte ikke modvilje, manglende viden- og ressourcer, men i højere grad mangler i organisering af pleje og behandling. De underlæggende systemer heri understøtter ikke det miljø og de ressourcer, som er nødvendige for øget kvalitet (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 25). Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser omfattes af hvorvidt mål i forbindelse med ydelser og egenskaber er opfyldt (Mainz, Bartels et al. s. 23). Der kan dermed være en væsentligt kvalitetsproblematik ift. den lave deltagelse i follow-up screening, da det er en anbefaling og dermed målsætning for forløbet efter fødsel. I relation hertil anses et forløbsperspektiv som væsentligt, da kvindernes forløb, som tidligere beskrevet (afsnit 2.2.1), kan være usammenhængende. Et patientforløb defineres som "*summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse*" (Mainz, Bartels et al. s. 23). Forløbsperspektivet kan bidrage med indblik i graden af sammenhæng i kvindernes samlede forløb, hvor manglende sammenhæng kan være en mulig årsag til den lave deltagelse i follow-up screening. Et væsentligt dilemma opstår mellem det generelle, gode og sammenhængende forløb for flertallet og det enkeltstående, gode og sammenhængende forløb for den enkelte (Timm 2010 s. 90). I ovenstående definition af patientforløb indgår begrebet "oplevelser" der i almindelig forstand tolkes, som subjektive, hvilket definitionen ifølge Helle Timm dårligt rummer. Forløbene bliver dermed generelle for en gruppe af patienter uden hensyntagen til den enkelte patients nuværende hverdagsliv (Timm 2010 s. 90). Patienters fortællinger kan, ifølge Helle Timm, bidrage med fortællinger om sammenhængskraft (Timm 2010 s. 84). Kvindernes fortællinger kan dermed være vigtige for, at opnå kendskab til oplevelser af sammenhæng i deres forløb. Inddragelse af kvindernes fortællinger om oplevelser i deres forløb kan fremmes igennem "*patient-centeredness*", der er indeholdt i den beskrevne målsætning for forbedring af sundhedsydelser af det amerikanske Institute of Medicine (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 25), og som her vil betegnes som en patientcenteret tilgang. I en patientcenteret tilgang inddrages patientens individuelle behov, værdier og præferencer, hvor

patientens ret til informeret beslutningstagning er bærende (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America 2001). Under en patientcentreret tilgang betones også vigtigheden af koordineret og sammenhængende pleje og behandling (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America 2001), s. 49). En patientcentreret tilgang, herunder inddragelse af patienternes fortællinger, kan have betydning ift. sammenhængen i kvindernes forløb. Ifølge Helle Timm er risikoen ved de gode intentioner, og måden patientinddragelse foregår på i kvalitetsarbejdet, at inddragelse af patienterne ikke er et mål i sig selv, men et middel til at udvikle kvalitet (Timm 1997 s. 35). Inddragelsen af patienterne foregår i praksis også kun i minimal grad (Timm 1997 s. 35-36). Hvilket kan anses som et problem, da kvindernes oplevelser således kan inddrages som et middel til kvalitetsudvikling.

Den øgede specialisering af sundhedsvæsenet har også medført fordele, som at patienterne tilbydes fagligt kompetent behandling i højere grad med flere kontakter med langt flere dele af sundhedsvæsenet med den ulempe, at patienter oplever flere skift og overgange (Mainz, Bartels et al. s. 100). Patientovergange defineres som situationer hvor *”ansvaret for en patients diagnose, behandling og pleje overgår - helt eller delvist, midlertidigt eller permanent - fra en sundhedsperson til en anden”* (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1412). Patientovergange er en af de mest risikofyldte procedurer i sundhedsvæsenet. Risikoen udgøres af tabt information, og uklarhed om ansvaret for patienten, og i forbindelse hermed kan der opstå nedsat effektivitet og kvalitet og i værste fald risiko for patientskade (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1412). Risikoen for tab kan tilskrives den stigende kompleksitet og det store omfang af de indlejrede processer i pleje- og behandling (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 28). I litteraturen ses de fundne problemstillinger vedr. manglende sammenhæng i kvindernes forløb forårsaget manglende information og tvivl om ansvaret for follow-up screening (afsnit 2.2.1) (Lega, McLaughlin et al. s. 335, Keely s. 314, Kapustin s. 551). At kvindernes forløb overgår fra obstetrisk regi til opfølgning hos praktiserende læge, kan muligvis have en betydning for sammenhængen i deres forløb, da der er risiko for tabt information, hvilket kan være en mulig årsag til den lave deltagelse i follow-up screening.

Sundhedsvæsenets kompleksitet kan ifølge James Reason anskues ud fra et systemperspektiv, hvor systemerne fejler i form af manglende barrierer for menneskelige fejl (Kohn, Corrigan et al. s. 52-54). Reason definerer en fejl som *”the failure of a planned sequence of mental or physical activities to achieve its intended outcome when these failures cannot be attributed to chance”* (Kohn, Corrigan et al. s. 54). Lav deltagelse i follow-up screening kan dermed anses, som en fejl ud fra et system perspektiv, da follow-up screening er intenderet og en anbefaling for kvindernes forløb efter fødsel og fremadrettet. Det er dog ikke muligt, at komme tættere på typen af fejl/svigt, som der kan være tale om i forbindelse med kvindernes forløb efter fødsel uden kendskab til hertil.

Figur 1: Kvindernes forløb – overgang af risiko for fejl ud fra et systemperspektiv på fejl



Under graviditeten har kvinderne kontakt med flere forskellige sektorer og afdelinger. Nogle kvinder følges dermed både i obstetrisk og endokrinologisk regi, og møder faggrupper som læger, jordemødre, sygeplejersker og diætister under deres forløb i graviditeten og efter fødsel overgår kvinderne til kontrol og follow-up screening hos praktiserende læge (Region Nordjylland , Damm, Ovesen et al. 2009). Som figur 1 illustrerer følges kvinderne under deres forløb med GDM ambulant i obstetrisk ambulatorium, og efter fødsel indlægges de på barselsafdeling (Damm, Ovesen et al. s. 6). Dermed er det i obstetrisk regi, at opgaven om information ift. kvindernes fremtidige risiko for diabetes, og anbefalingen om follow-up screening, må antages at befinde sig. De forskellige elementer/kontroller i kvindernes forløb, som punkterne på linjen indikerer (figur 1) kan, ud fra James Reason system perspektiv, anses som barrierer men det hovedformål, at sikre at kvindernes sygdom behandles i sammenhængende forløb. Dog må det antages, at der ved disse kontroller også informeres om tilstanden og dennes betydning for kvinderne. Hvis kvinderne ved kontrollerne ikke informeres er der mulighed for huller i det system, da forløbet foregår i en kompleks organisation som beskrevet ovenfor. Da størstedelen af kvindernes forløb foregår i obstetrisk regi, anses den største risiko for brist (figur 1), at forekomme her. Dermed bliver kvindernes forløb her særligt interessant ift. om der her forekommer fejl eller problematikker, som kan medføre lav deltagelse i follow-up screening.

2.2.1.2 Anbefalinger og retningslinjer til øget sammenhæng i forløb

I RN findes der en forløbsbeskrivelse for almen praksis, som beskriver tidlig opsporing af diabetes hos borgere i risiko herfor, som fx kvinder med tidligere GDM. I forløbsbeskrivelsen henvises der endvidere til Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), som beskriver at praktiserende læge har til opgave at overtage tovholder rollen ved kvindernes efterfødselsundersøgelse og at fastholde vigtigheden af sund livsstil blandt kvinderne (Dansk selskab for almen medicin). Fokus på at lægen er tovholder og ansvarlig for opfølgning ved

efterfødselsundersøgelsen, kan være en af årsagerne til at deltagelsen i follow-up screening ved denne kontrol, som registerundersøgelsen fandt, er høj. Ansvar for den patientrettede forebyggelse er, ifølge sundhedslovens § 119, delt mellem regioner og kommuner (De nordjyske kommuner og region Nordjylland KKR s. 110), og dermed er der en egentlig lovmæssig forpligtigelse ift. forebyggelse i kommuner og regioner. Det er dog uvist om der sker en øget forebyggende og koordinerende indsats, som i kvindernes tilfælde, eller om indsatserne i højere grad fungerer som videns grundlag og beskrivelser om hvordan forløb bør være samt som tilbud om forebyggelse. Hvorved det tidligere beskrevne "knowing doing gap" og "quality gap" igen kommer til udtryk.

2.2.1.3 Et kvalitetsperspektiv på sammenhæng i kvindernes forløb

Lav deltagelse i follow-up screening kan betragtes ud fra et kvalitetsperspektiv (Mainz, Bartels et al. s. 49). En problemstilling ift. et kvalitetsperspektiv på deltagelsen i follow-up screening er, at almen praksis ikke akkrediteres ud fra Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som er et samlet initiativ til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Indtil nu er DDKM kun pilottestet i almen praksis og afventer de praktiserende lægers overenskomst forhandlinger (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS 2013). DDKM har en standard for graviditet, fødsel og barsel som tager udgangspunkt i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis (DSOG) kliniske retningslinjer, sandbjerg guidelines og anbefalinger for svangre omsorgen (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS 2011). Dermed er det kun sygehusene, der akkrediteres på baggrund heraf, hvilket anses som problematisk, da ansvaret for follow-up screening ligger i almen praksis (Dansk selskab for almen medicin, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 2010, Region Nordjylland). Den forestående implementering af DDKM i almen praksis anses derfor som vigtig, da denne kan øge de praktiserende lægers opmærksomhed og forpligtigelse ift. at følge en standard som den for graviditet, fødsel og barsel der er en af mange standarder lægerne i så fald skal akkrediteres ud fra.

2.2.2 Kvinders forståelse for GDM og fremtidig risiko som årsager til lav deltagelse i follow-up screening

Undersøgelser har vist, at kvinder med tidligere GDM oplever deres graviditet som stressende (Kapustin s. 550, Devsam, Bogossian et al. s. 70). Kvinderne er ikke bevidste om deres risiko for udvikling af diabetes, og i nogen tilfælde opleves information om GDM som mangelfuld. Kvinderne oplyses, ifølge udenlandske undersøgelser, at GDM forsvinder efter fødsel (Kapustin s. 551, Keely 2012 s. 314, Devsam, Bogossian et al. s. 76). Et review primært bestående af kvalitative undersøgelser, omhandlende kvindernes opfattelser af GDM, viste at kvinderne et år efter fødsel ikke var særligt optagede af risikoen for diabetes. Nogle kvinder angav, at have kendskab til risikoen for diabetes, hvilket gav anledning til bekymring ift. fremtidig funktionsnedsættelse (Devsam, Bogossian et al. s. 74-75). Kvindernes opfattelse af deres risiko er vigtig for

deltagelse i follow-up screening, og dermed er der stort behov for øget opmærksomhed herpå (Keely 2012 s. 314). Årsager til lav deltagelse i follow-up screening kan også være undervurdering, fornægtelse af risikoen, frygt for blodprøvetagning og travlhed i forbindelse med at drage omsorg for mindre børn (Kapustin s. 551, Devsam, Bogossian et al. s. 75). Med udgangspunkt i ovenstående kan en årsag til den lave deltagelse i follow-up screening blandt kvinderne påvirkes af deres viden om fremtidig risiko for diabetes.

2.2.2.1 Kvindernes hverdagslivsperspektiv og deltagelse i follow-up screening

Kvindernes oplevelser og hverdagslivsorienterede perspektiv kan have betydning for den lave deltagelse i follow-up screening. Lægfolks forståelse af sygdom, og dermed som i dette tilfælde risikoen for diabetes, knytter sig til den subjektive og hverdagskulturelle betydning og mening med sygdommen (Wistoft s. 68), hvormed det er nødvendigt at integrere kvindernes hverdagslivsperspektiv, da dette kan have betydning for måden kvinderne forstår, håndterer og handler ift. risikoen for diabetes, hvilket kan have betydning for deltagelsen i follow-up screening. Hertil kan Kleinmans model omkring "et pluralistisk sundhedssystem" anvendes som forklaringsmodel, da den belyser hvorledes forskellige sygdomsforståelser kommer til udtryk. Således kan sundhedssystemet ses som bestående af tre sektorer; en professionel sektor, der udgør samfundets autoriserede og anerkendte behandlingssystem. Den alternative sektor, består af de alternative behandlere og til sidst den folkelige sektor, der repræsenterer lægfolks egen praksis for selvbehandling. De forskellige forståelser for sygdom i de tre sektorer, er baseret på bagvedliggende meningskabende processer. Patienternes hverdagsliv udspilles i den folkelige sektorer hvorved opfattelser, forståelserne og valg vedr. egen sundhed og sygdom i højere grad er uensartede og individuelle grundet hverdagslivets kompleksitet (Kleinman s. 50-70). Patienterne i sundhedssystemet befinder sig i vekslende grad mellem disse tre overnævnte sektorer, hvorved patienternes subjektive erfaringer, normer og værdier, som er præget af hverdagslivets kompleksitet, vil være indlejret i den enkelte patients meningskabende proces, når denne er i kontakt med de andre sektorer, hvilket kan have betydning for hvorledes patienten agerer i henholdsvis den alternative og professionelle sektorer (Kleinman s. 50-70). Sættes Kleinmans teori i relation til kvindernes kontakt med den professionelle sektorer, hvor informationen om risikoen for diabetes samt follow-up screening finder sted, har de enkelte kvinders subjektive erfaringer, normer og værdier, som er præget af hverdagslivets kompleksitet, betydning for forståelsen heraf samt måden kvinderne agerer i forbindelse hermed. Hvis dette er tilfældet kan det betyde, at kvinderne ikke tillægger risikoen samt nødvendigheden af follow-up screening samme betydning og vægt i den meningskabende proces. Manglende inddragelse af egne erfaringer, holdninger, værdier og forståelser for sundhed, som dannes på baggrund af meningskabende processer i hverdagslivet, kan medvirke til meningstab som kan have betydning for deltagelsen i follow-up screening. Dermed antages det, at være væsentligt at undersøge om den lave deltagelse kan skyldes at follow-up screening ikke forekommer meningsfuldt for kvinderne, der nu

befinder sig i en ny og krævende livssituation efter fødsel. Hvilket ydermere kan være en af årsagerne til at nogle kvinder fra de udenlandske studier (afsnit 2.2.2), angav fornægtelse samt undervurdering af risikoen som nogle af årsagerne til den lave deltagelse i follow-up screening, hvilket kan betyde at kvinderne fravælger follow-up screeningen, da andre begivenheder forekommer mere meningsgivende. Undersøgelser viser da også, at mennesker prioriterer deres hverdag ud fra orden, uforanderlighed og tryghed, hvor ændringer kan være forbundet med store anstrengelser (Carlsson, Simovska et al. s. 78). En for stor kløft mellem lægperspektivet og de professionelles perspektiv, kan give anledning til kommunikationsvanskeligheder i mødet mellem patient og behandler, da det der virker og giver mening i hverdagslivet danner rammerne for hvorledes patienten handler ift. egen sundhed (Carlsson, Simovska et al. s. 78).

2.2.2.2 Information med fokus på kvindernes perspektiv

Kirsten Lund problematiserer tilgangen til information, om sundhed og sygdom, som noget der kan gives og dermed et manglende fokus på meningsskabelse gennem kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter (Glasdam s. 76). Informationen forekommer herved som en materialitet, hvor denne antages at have samme betydning for både den sundhedsprofessionelle og patienten, hvor patienten gøres til autonom og rationel bruger der kan forstå den information som modtages (Glasdam s. 76). Forståelse af medicinsk information er afhængig af, at patienten kan sætte den ind i eget betydningsgivende netværk i relation til bl.a. tidligere erfaringer, hvormed informationen er en fortløbende bearbejdningsproces (Glasdam s. 77). Bevidsthed om at information, igennem dialog, er grundlag for en meningsskabende bearbejdningsproces, som er væsentlig hvis patienten skal have mulighed for at forstå informationen (Glasdam s. 77) understreger dermed vigtigheden i at inddrage kvindernes hverdagslivsorienterede lægperspektiv, som er konteksten hvori informationen om risiko for udvikling af diabetes skal forestås og integreres. Sundhedsloven beskriver patienternes ret til informeret samtykke, hvorfor information fra de sundhedsprofessionelle, forud for behandling, skal være fyldestgørende (Retsinformation). Dermed antages det, at den sundhedsprofessionelle ligeledes må tilstræbe forståelsen heraf da det, som beskrevet i ovenstående, er afhængig af om patienten kan integrere dette ind i eget betydningsgivende netværk.

2.2.3 De sundhedsprofessionelles rolle i den lave deltagelse i follow-up screening

Udenlandske undersøgelser viser, at læger og andre sundhedsprofessionelle ikke følger anbefalingerne for follow-up screening og vejledning vedr. livsstil efter GDM. Ydermere initieres screening ofte ikke på deres opfordring, hvorved de også har en andel i den lave deltagelse (Kapustin s. 550). Hovedårsagerne til lægernes manglende efterlevelse af retningslinjerne vedrører manglende kendskab til kvindernes risiko og anbefalinger for follow-up screening, tidspres og manglende evne til at implementere anbefalingen om follow-up screening i praksis (Kapustin s. 550). Der er behov for øget opmærksomheden på follow-up

screening blandt sundhedsprofessionelle med henblik på at facilitere implementeringen af anbefalingerne. Hospitaler består af mange relationer mellem grupper, individer og fagligheder, hvilket vanskeliggør kategorisering af hospitalet som en enkelt organisation. Der er tale om en fagbureaukratisk organisationsform med kerneopgaver, der både er komplekse og uklare (Andersen, Timm 2010 s. 165). Hospitalers opgaver er så komplekse, at det ikke altid er muligt at standardisere opgaverne, her vil hospitalet være afhængigt af de professionelles erfaringer og professionalitet til velovervejede at tilrettelægge arbejdet (Andersen, Timm 2010 s. 166). Komplexiteten i en hospitals organisation indebærer ligeledes, at der eksisterer forskellige kulturer, normer, værdier, magtforhold og kerneområder (Andersen, Timm 2010 s. 165). Det kan være svært for de sundhedsprofessionelle at fastholde fokus, ensartet informationen samt at arbejde med implementering af retningslinjer som anbefalingeren for follow-up screening, hvilket kan betyde for at de sundhedsprofessionelle ikke informerer kvinderne og den manglende implementering af anbefalingerne for follow-up screening. I forbindelse hermed er der også et organisationssociologisk perspektiv, hvor især kultur og modstand mod forandring kan medvirke til problemer ved implementering af nye udviklings- og forandringsindsatser (Andersen, Timm 2010 s. 116).

2.3 Problemativering af effekten af follow-up screening

I forbindelse med anbefaling om follow-up screening, bør den potentielt gavnlige helbredseffekt sikres forinden en sådan indsats søges implementeret. Ligeledes bør der indtænkes overvejelser om en udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening foreligge evidens for den positive effekt heraf for kvindernes helbred. En anbefaling om follow-up screening, bør dermed have grundlag i evidens således at deltagelse i screening ikke bare medfører, at diabetes opdages tidligere (lead-time bias), og dermed ikke øger livskvaliteten, men i stedet flere år med erkendt sygdom, hvilket kan skabe angst og bekymring (Juul s. 202). I både den danske og europæiske del af ADDITION-undersøgelsen, hvor screening for diabetes i almen praksis førte til randomisering til enten rutine behandling eller særlig intensiv behandling, var der ikke var signifikant forskel i forekomsten af senkomplikationer blandt deltagerne i de to interventioner. Tidlig opsporing og behandling af diabetes reducerer dermed ikke med sikkerhed diabetes relaterede senkomplikationer (Griffin, Borch-Johnsen et al. s. 163, Charles, Fleischer et al. s. 104-105). Forskerne bag undersøgelsen påpeger, at de in-signifikante resultater muligvis kan tilskrives undersøgelsens korte follow-up periode, ift. at kunne detektere en reel forskel mellem grupperne (Charles, Fleischer et al. s. 104-105). En mulig årsag til at tidlig opsporing ikke havde en signifikant effekt i undersøgelsen, kan være at deltagerne heri var ældre (Charles, Fleischer et al. s. 104-105, Griffin, Borch-Johnsen et al. s. 163) end kvinderne som er målgruppe for follow-up screening. Netop potentialet i tidlig opsporing blandt fx kvinder med tidligere GDM fremhæves i MTV'en (afsnit 2.1), da de er i særlig risiko for udvikling af diabetes. Derudover kan det i højere grad være omkostningseffektivt, at screene yngre (Sundhedsstyrelsen-Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2003 s. 129). Der

er dermed potentiale for forebyggelse af senkomplikationer blandt kvinderne, da diabetes kan opspores langt tidligere end diabetes blandt ældre, med det argument at diabetes kan have en længere varende latent og symptomfri fase i en ældre population (Glümer, Jørgensen et al. 2003 s. 2335, Sundhedsstyrelsen-Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2003 s. 64). Muligheden for tidlig opsporing af senkomplikationer fundet i registerundersøgelsen senkomplikationer, illustrerer behovet for at øge deltagelsen i follow-up screening blandt kvinderne i RN. Den bedste måde, at forebygge diabetes og hertil relaterede senkomplikationer, blandt kvinderne, er at forebygge udviklingen af GDM. Selvom potentialet i forebyggelse af GDM er stort er dette ikke fokus i denne rapport, som i højere grad omhandler en forståelse for årsagerne til den lave deltagelse i follow-up screeningen blandt kvinder med tidligere GDM.

2.4 Utilsigtede konsekvenser og etiske overvejelser forbundet med follow-up screening

Formidling af risikoen for udvikling af diabetes og dermed nødvendigheden af deltagelse i follow-up screeningen, bærer præg af viden om effekten af en sundhedstilstand, hvilket ifølge Wistoft kan medføre bekymring og handlingslammelse (Wistoft s. 38, Carlsson, Simovska et al. s. 72). I tillæg hertil kan risikoorienteret kommunikation virke moraliserende og manipulerende, da man herved ikke tager hensyn til sundhed som det "gode liv", hvor målet i højere grad er livskvalitet for den enkelte og ikke blot fravær af sygdom (Wistoft s. 84). Viden om effekter af sundhedstilstande, bør derfor følges op af forklaringer på årsager og mulige forandringsstrategier for på denne måde at minimere risikoen for utilsigtede konsekvenser, da der bør indledes en meningskabende proces, hvor værdier, livsbetingelser og normer bør medtænkes (Wistoft s. 172-175). Information bør inddrage kvindernes hverdagslivsperspektiv, da dette er en betydningsfuld ramme for hvorledes kvinderne handler ift. deres sundhed. En konsekvens ved, at en del af kvindernes hverdagslivet søges tolket og gjort til genstand for risiko i sundhedsvæsenet, repræsenterer en stigende chance for medikalisering, hvilket defineres som at flere aspekter af hverdagslivet tolkes ud fra en medicinsk forståelsesramme (Timm 1997 s. 67), hvilket kan påvirke kvindernes opfattelse af sundhed og sygdom. Kvindernes risiko for udvikling af diabetes kan påvirke deres sundhedsopfattelse, som kan få ny betydning i en medicinske forståelsesramme, da denne ikke var en del af kvindernes referenceramme for sundhed før GDM. Deltagelse i screening kan anskues som en paternalistiske indsats, hvor begrebet nudging også er centralt, der kan defineres som styring mod et allerede defineret sundt valg (Ploug, Holm et al. s. 1193-1195). Anvendelsen af nudging ift., at fremme en bestemt sundhedsadfærd/tilstand, er bekymrende, da udgangspunktet for invitationer bør være frivillighed (Ploug, Holm et al. s. 1193-1195). Her bør en grundig beskrivelse af risikoen for diabetes og hvorledes deltagelse i follow-up screening kan øge muligheden for tidlig opsporing, samt nedsættes risikoen for senkomplikationer forelægges, således at de kan træffe afgørelse om deltagelse på et objektivt og frit grundlag (afsnit 2.3). De offentlige interesser i at styre mod sund adfærd, kan medføre at fravalg af deltagelse i follow-up screening og kan være konflikt fyldt for kvinderne, som kan

forbinde fravalg med en potentiel selvforskyldt risiko. Der er dog eksempler på, at styring i forbindelse med screening er sket på et mangelfuldt grundlag, hvor information om mulige konsekvenser ved deltagelse ikke fremgik korrekt (Ploug, Holm et al. s. 1193-1195), og dermed var præget af de ovenfor beskrevne problematikker. Således er man, forud for udviklingen af en indsats der kan øge deltagelsen i follow-up screeningen, nødsaget til at gøre sig nogle overvejelser ift. de utilsigtede konsekvenser, der kan forekomme i forbindelse med screeningen.

2.5 Opsamling og argumentation for relevante perspektiver

Igennem problemanalysen er manglende sammenhæng i kvindernes forløb identificeret som et muligt problem ift. den lave deltagelse i follow-up screening, da der kan opstå brud ved overgangen til fx praktiserende læge (afsnit 2.2.1-2.2.1.2) pga. manglende information eller manglende bevidsthed om den fremtidige risiko. Information er dermed også en væsentlig problemstilling ift. forløb med GDM og efterfølgende deltagelse i follow-up screening. Derudover er kvindernes opfattelser af deres risiko også relevant ift. deltagelse i follow-up screening, da der kan være tale om undervurdering og fornægtelse af risikoen og travlhed ift. at drage omsorg for børn, hvilket kan påvirke kvindernes fokus på risikoen for udvikling af diabetes (afsnit 2.2.2).

Følgene hovedproblematikker er dermed identificeret som værende særligt problematiske i kvindernes forløb:

- Ud fra tabel 1 (afsnit 2.1), ses et væsentligt fald i deltagelsen mellem kontrol 1 og 2 hos praktiserende læge, hvilket kan tyde på manglende opmærksomhed på follow-up screening kvinderne, hvis ikke screeningen sker sammen med en allerede etableret og almen kendt anbefaling, som efterfødselskontrollen (afsnit 2.1). Kvinderne besidder viden og oplevelser om follow-up screening samt overgange i deres forløb praksis som også er relevant, da der her er risiko for brud og manglende sammenhænge i kvindernes forløb (afsnit 2.2.1.1).
- Største delen af kvindernes forløb med GDM, foregår i obstetrisk regi, hvor der er stor risiko for brud eller fejl ved overgange (figur 1). Kvindernes oplevelser af information anses som centrale, da disse kan bidrage med fortællinger herom i forløbet og betydningen heraf for deltagelsen i follow-up screening.
- Manglende patientcentrering og inddragelse af kvindernes perspektiv, antages også at kunne påvirke deltagelsen i follow-up screening (afsnit 2.2.1.1), og sammenhængen i kvindernes forløb. Her anses kvindernes oplevelser af deres forløb i både obstetrisk regi og almen praksis som betydningsfulde, da deres oplevelser af at blive mødt og inddraget i deres forløb, kan belyse graden af patientcentrering.

Ud fra ovenstående anses den centrale problemstilling på den lave deltagelse i follow-up screening, som værende manglende sammenhæng i kvindernes forløb, hvor overgange mellem både afdelinger og sektorer, information og kvindernes oplevelser heraf anses som betydningsfulde ud fra ovenstående.

2.6 Afgrænsning

Forløbsperspektivet anses som relevant for den videre undersøgelse, da der igennem problemanalysen (afsnit 2) er fremanalyseret flere forløbsrelaterede årsager såsom information, sammenhæng og brud ved overgange samt patientcentrering, som kan påvirke deltagelsen i follow-up screening i RN. Årsagen til valg af forløbsperspektivet er, at det er uvist om der kan være årsager i kvinderne forløb i RN, som påvirker deres senere deltagelse i follow-up screening. I en undersøgelse af de bagvedlæggende årsager til den lave deltagelsen i follow-up screening, ud fra et forløbsperspektiv, anses kvindernes subjektive oplevelser som betydningsfulde, da kvinderne er genstand og udgangspunktet for forløbet. Kvindernes oplevelser og fortællinger om sammenhængskraft anses som centrale, når det handler om hvordan kvinderne oplever sammenhæng i deres forløb (afsnit 2.2.1.1). Kvindernes oplevelser af information og graden af sammenhæng i deres forløb, herunder også ved overgangen til almen praksis, kan dermed medvirke til belysning af hvad der er på spil ift. information om risiko og follow-up screening ved i forløbet.

Det videre formål er, at opnå indsigt i de forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening, blandt kvinder med tidligere GDM i RN. Således at en udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening tager udgangspunkt i kvindernes oplevelser, og at det ligeledes vil være en del af den fremtidige håndtering, implementering og organisering af follow-up screening i RN.

3. Problemformulering

Hvorledes oplever kvinder med tidligere GDM deres forløb og på hvilken måde kan dette have betydning for deres deltagelse i follow-up screening, og hvordan kan man på baggrund af denne viden udvikle en indsats som øger deltagelsen i follow-up screening i RN?

4. Metode og teori

I dette afsnit vil litteratursøgningen forud for bearbejdelsen beskrives. Endvidere vil der redegøres for specialets; videnskabsteoretiske grundlag, teorivalg og metode til bearbejdning.

4.1 Litteratursøgning

For både 1. og 2. del af specialet, blev der indledningsvist foretaget både usystematiske og systematiske litteratursøgninger. I det følgende vil søgning er for specialets 2. del beskrives, mens beskrivelser af søgninger for 1. del er vedlagt som bilag (bilag 12).

4.1.1 Usystematisk søgning

Der blev foretaget en usystematisk søgning med det formålet at opnå grundlæggende viden og indsigt i problemfeltet. Herunder blev der også søgt grå litteratur, som ikke forefindes i de traditionelle sundhedsvidenskabelige databaser. Denne usystematiske søgning af grå litteratur blev foretaget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, Dansk selskab for Obstetrik og gynækologis hjemmesider og i Google. Ved denne usystematiske søgning blev relevante publikationer som fx Sandbjerg guidelines for behandling af GDM og anbefalingerne for svangre omsorgen identificeret. Herunder blev ancestry tilgangen anvendt til videre identifikation af anden relevant litteratur samt relevante søgetermer.

4.1.2 Systematisk søgning

Den systematiske søgning blev inddelt i to individuelle søgninger. Den første søgning havde til hensigt at bidrage med litteratur til besvarelse af problemformuleringen (bilag 3). Søgningen blev udarbejdet som en facetsøgning, hvor de enkelte facetter udgjorde væsentlige aspekter ift. problemformuleringen: 1. GDM, 2. Forløb, 3. Sammenhæng, 4. Patientcentrering og 5. Udvikling (bilag 3). Først kombineres facetterne 1-3+5 med AND. Herefter blev der foretaget en separat søgning hvor facet 1,2, 4 og 5 kombineres med AND. Således at der foretages to separate bloksøgninger. Den oprindelige søgestrategi gav stort set ingen hits, og dem den gav var ikke relevante. Årsagen hertil kan muligvis tilskrives det specifikke fokus på GDM, og dermed blev denne facet valgt fra, da det blev vurderet at undersøgelser af generelle forløb også var relevante. I bilag 3 er den reviderede søgestrategi for hver database beskrevet. Søgningerne blev foretaget i følgende databaser: Pubmed, cochrane, embase, cinahl og psychinfo. De tre førstnævnte databaser anses som relevante til identifikation af litteratur til belysning af specialets undersøgelse, som er beskrevet i ovenstående afsnit (afsnit 4.1.1). Cinahl er en sygeplejefaglig database med fokus på patienter og de relationelle aspekter, mens psychinfo har et særligt fokus på psykiske aspekter (Psychinfo, Ebscohost). Cinahl og psychinfo blev valgt, da der i problemformuleringen er fokus på kvindernes oplevelser af deres forløb med GDM, og dermed på baggrund af fokus på patientperspektiver og psykiske aspekter ved sygdom. Den reviderede søgning gav 245 hits i pubmed, hvoraf 5 blev valgt til videre gennemlæsning. I Cinahl gav søgningen 49 hits, hvoraf 17 blev valgt til videre gennemlæsning. I psychinfo gav den reviderede søgning 8 hits og 2 blev valgt. I cochrane gav søgningen 19 hits, hvor 12 blev valgt til videre gennemlæsning. I embase gav søgningen 43 hits, hvoraf 5 blev

valgt. Der blev kun anvendt limitering i to databaser, hvilket fremgår af bilag 3. For videre beskrivelse af søgningerne henvises til bilag 1 og 2.

Der blev ydermere foretaget to individuelle PICO søgninger for at imødekomme de mulige interventioner under udviklingsindsatsen. Facetterne under den første PICO søgning tog udgangspunkt i en udviklingsintervention med fokus på patientcentrering, hvilket er en del af problemformuleringen (bilag 4). Begge PICO søgninger blev foretaget i de 5 ovenfor beskrevne databaser. Den oprindelige PICO søgning vedr. patientcentrering gav følgende antal hits i følgende databaser: I pubmed 1, hvoraf 0 blev valgt til videre gennemlæsning. I embase 122, hvoraf 9 blev valgt. I cochrane 4, hvoraf 0 blev valgt til videre gennemlæsning. I psychinfo 0. I cinahl 0. Limiteringen for den oprindelige PICO søgning er beskrevet i søgebilaget (bilag 4). Årsagen til de manglende hits, og den manglende relevans var, som beskrevet ovenfor, det specifikke fokus på GDM, som gav for mange irelevante hits og begrænsede søgningen unødigt. Derfor blev der også her foretaget en revideret søgning, som gav det følgende antal hits i disse databaser: I pubmed 210, hvoraf 25 blev valgt til videre gennemlæsning. I embase 74, hvoraf 1 blev valgt dog var flere relevante, men disse var duplikater fra tidligere søgninger. I cochrane 97, hvoraf 10 blev valgt til videre gennemlæsning. I psychinfo 12, hvoraf 4 blev valgt. I cinahl 28, hvoraf 4 blev valgt til videre gennemlæsning. For beskrivelser af limitering i de enkelte databaser henvises der til bilaget (bilag 4).

Facetterne under den anden PICO søgning tog udgangspunkt i en udviklingsintervention med fokus på reminder systemer, hvilket er en del af problemformuleringen (bilag 5). Denne søgning blev foretaget i pubmed, embase og cochrane, da der i forbindelse med reminder systemer er mindre fokus på psykosociale aspekter, hvorved cinahl og psychinfo blev fravalgt til denne søgning. Den oprindelige PICO søgning vedr. reminder systemer gav følgende antal hits i følgende databaser: I pubmed 1, hvoraf 0 blev valgt til videre gennemlæsning. I embase 122, hvoraf 9 blev valgt. I cochrane 4, hvoraf 0 blev valgt til videre gennemlæsning. Limiteringen for den oprindelige PICO søgning er beskrevet i søgebilaget (bilag 4). Årsagen til de manglende hits, og den manglende relevans var, som beskrevet ovenfor, det specifikke fokus på GDM, som gav for mange irelevante hits og begrænsede søgningen unødigt. Derfor blev der også her foretaget en revideret søgning, som gav det følgende antal hits i disse databaser: I pubmed 6, hvoraf 5 blev valgt til videre gennemlæsning. I embase 11, hvoraf 3 blev valgt dog var flere relevante, men disse var duplikater fra tidligere søgninger. I cochrane 2, hvoraf 2 blev valgt til videre gennemlæsning. Den oprindelige søgning gav relevante hits, og dermed blev der ikke udarbejdet en revideret søgestrategi under denne PICO søgning. For beskrivelser af limitering i de enkelte databaser henvises der til bilaget (bilag 5).

4.1.3 Kritisk vurdering af undersøgelser

Til vurdering af de forskellige undersøgelser evidens og herunder validitet og reliabilitet, er der anvendt forskellige tjeklister. Valg af tjeklister afhænger af undersøgelseernes forskellige metoder og designs. Til vurdering af systematiske reviews og randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) er checklister fra CEBM (center of evidence based medicine) anvendt, da denne vidensinstitution har udarbejdet checklister nærmere betegnet CASP (Critical Appraisal Skills Programme) med henblik på kritisk vurdering af disse undersøgelsesdesigns (Center for evidence based medicine). Til kritisk vurdering af bl.a. observationsstudier er der taget udgangspunkt i STROBE (STrengthening the Reporting of OBServational Studies in Epidemiology), da disse er anvendelige til vurdering heraf (STROBE statement). Til kritisk vurdering af kvalitative undersøgelser er der taget udgangspunkt i guidelines til vurdering af kvalitative studier, som er anvendelig til vurdering heraf (Malterud 2001). Der har været en kritisk tilgang ved brug af internetsider, og anvendelsen af disse er dermed søgt begrænset.

4.2 Valg af teori/teoretisk referenceramme til bearbejdelse af empiri

4.2.1 Forståelse og fremme af patientcentreret behandling – af Margaret Gerteis et. al.

De bagvedlæggende undersøgelser for den patientcentrerede tilgang viser, at ca. halvdelen af patienter ikke oplevede at de sundhedsprofessionelle kunne hjælpe dem med deres behov, og følte sig dårligt informeret og at de følte sig utilstrækkeligt involveret i eget forløb. Ud fra en antagelse om det at arbejde hårdere ikke ville bidrage til forbedring af kvaliteten i behandling var visionen, at der skulle en omorganisering af sundvæsenet til før en sådan forbedring kunne ske. Det nye sundhedsvæsen skulle i højere grad tage udgangspunkt i en patientcentreret tilgang (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 16). Kvindernes fortællinger er dermed vigtige for, at opnå kendskab til oplevelser af sammenhæng i deres forløb (afsnit 2.2.1) og ved anvendelse af teorien kan kvindernes oplevelser af at blive mødt, interaktionen med de sundhedsprofessionelle samt hvilken mening de tillægger deres forløb med GDM belyses. Patientcentrering er en teori, der søger at beskrive en tilgang til patienterne, indeholdende deres perspektiver (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 5). Ved en patientcentreret tilgang vil patienternes ønsker samt deltagelse i beslutningsprocessen vedr. eget forløb ligeledes søges identificeret og imødekommet, hvilket er et alment kendt og accepteret mål, men ofte ikke tilstrækkeligt implementeret i praksis (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 49-51). Igennem en patientcentreret behandling placeres det enkelte individ som udgangspunkt for sundhedsvæsenet, og anerkendelse af det hele mennesket med både fysiske, psykologiske og sociale behov søges med respekt for den enkelte patients behov, autonomi, livskvalitet og værdighed (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 6). Hvis sundhedsvæsenet skal kunne imødekomme patientens behov er en forståelse samt konfrontation af patientens oplevelse af sygdommen, ud fra en

breder kulturel kontekst, nødvendig (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 22). En systematisk indsats kan med fordel anvendes for at få et større indblik i kulturelle betydninger hos patienten samt at uddanne de sundhedsprofessionelle i behovet for at forstå og respektere individuelle kulturelle opfattelser (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 25). Patientcentrering tager udgangspunkt i at det enkelte individ kan give udtryk for egne behov og forventninger, og dermed er i stand til at træffe de valg, som de behøver og har brug for (Pelzang s. 912). Patientcentreret behandling søger at afdække, involvere og acceptere patientens behov, værdier og præferencer i alle aspekter vedr. deres behandling, og søger derfor en mere åben kommunikation i relationen til patienten for på denne måde at imødekomme patientens ønske om deltagelse i beslutningsprocessen (Pelzang s. 912).

Gerteis et al. har defineret syv dimensioner under en patientcentrering (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 5-10). Disse dimensioner anses som relevante, da de kan anvendes til analyse af kvindernes oplevelser af mening, at blive mødt og inddragelse i deres forløb samt hvilken betydning dette har for deltagelsen i follow-up screeningen.

Gerteis et al.'s syv dimensioner inden for patientcentreret forløb:

- Respekt for patientens værdier, præferencer og udtrykte behov.
- Koordination og integreret pleje og behandling.
- Information, kommunikation og uddannelse.
- Fysisk komfort.
- Følelsesmæssig støtte og lindring af frygt og angst.
- Involvering af familie og venner
- Overgange og kontinuitet

4.2.2 James Reason

Ifølge James Reason fejler systemer, som følge af interaktion af uventede omstændigheder, hvor en kædereaktion kan opstå og medføre udvikling og eskalering af begivenheder som kan føre til at en hændelse opstår. Reason definerer et system som afhængige elementer, der interagerer med det formål, at nå et fælles mål, hvor elementerne kan være udgjort af både mennesker og teknologi (Kohn, Corrigan et al. s. 52), som i kvindernes tilfælde kan anses som aktiviteter i deres forløb ud fra de gældende kliniske retningslinjer med mål om pleje- og behandling af GDM. I systemperspektiv er den gældende præmis, at mennesker fejler, hvormed fejl er forventelige i selv de bedste organisationer (Reason 2000 s. 768). I forbindelse med fejl er der et element af noget intenderet, hvor en fejl sker i tilfælde af at det intenderede ikke opnås og kan tilskrives *"error of execution"* eller *"failure of planning"*. Der skelnes mellem tre typer af fejl; smuttere (slips),

forglemmelser (lapses) og fejl (mistakes). Individens og systemers rolle i forbindelse med fejl giver et bredt teoretisk fundament for forståelse og analyse af fejl og hændelser i forbindelse med den lave deltagelse i follow-up screening. Reason har udviklet den såkaldte "ostemodell", hvor brist i barrierer og tilstedeværelsen af flere brist på samme tid, kan medføre risiko for fejl. Barrierer kan anses som "slices of swiss cheese" med mange huller, som kontinuerligt åbner, lukker og skifter placering. Tilstedeværelsen af huller i et lag forårsager normalt ikke et utilsigtet eller forkert outcome, som oftest sker hvis der er huller forekommende i flere lag, hvilket øger risikoen for fejl eller et utilsigtet outcome der er til fare for individer (Reason 2000 s.769, Kohn, Corrigan et al. s. 54). Brud/huller i forsvaret kan opstå pga. to typer af betingelser. Der kan forekomme latente betingelser der bidrager til uundgåelige og iboende svagheder i systemet, der opstår fra beslutninger lavet på top ledelsesniveau, hvilke kan ligge i systemet i en længere periode (Reason 2000 s. 769). De latente betingelser i kvindernes forløb kan anses som de procedurer og organisatoriske strukturer, der danner rammerne herfor. De latente betingelse kan bidrage med to former for negative effekter: De kan udvikle sig til fejl genereret af betingelser inden for den lokale arbejdsplads (fx tidspres, underbemanding, utilstrækkelig udstyr, træthed og erfaring). De kan skabe huller eller svagheder i forsvaret (ineffektive procedurer, design og konstruktionsmangler mm.) (Reason 2000 s. 769). Der er risiko for at latente fejl kan føre til, at aktive fejl kan opstå (Kohn, Corrigan et al. s. 55), hvilket kan komme til udtryk som "slips" og "lapses" (Reason 2000 s. 769). "Ostemodellen" er anvendelig til analyse af de huller i de barrierer der muligvis kan forårsage manglende sammenhæng i kvindernes forløb og medføre lav deltagelse i follow-up screening. Dermed fungerer Reason's systemperspektiv og "ostemodell", både som argument for fokus på systemperspektivet i forbindelse med den lave deltagelse, som beskrevet i problemanalysen, og som grundlag for videre analyse og diskussion af empiri med henblik på besvarelse af problemformuleringen hvor udgangspunktet er et forløbsperspektiv.

4.2.3 Niklas Luhmann's kommunikationsbegreb

Niklas Luhmanns teori om sociale systemer er en omfattende teori om samfundet, som sigter mod forklaring af ethvert socialt fænomen (Luhmann s. 12-13). Luhmanns teori tager udgangspunkt i sociale systemer, og den distinktion der forekommer mellem system og omverden (Luhmann s. 12). Et system defineres som et kompleks af operationer, som kan afgrænse sig fra omverdenen gennem egen produktion og reproduktion. Et system har dermed sin egen lukkethed (inderside), der deler det fra omverdenen (ydersiden) (Luhmann s. 12). Ifølge Luhmann kan både levende, sociale og psykiske systemer beskrives som systemer der opererer autopoietisk, og som dermed er selvrefererende og operativt lukkede. Det er ikke udelukkende levende systemer som er autopoietiske, sociale systemer og psykiske systemer er det ligeledes (Luhmann s. 15-16). Ifølge Luhmann består et social system af et netværk af kommunikationer (Luhmann s. 16). Ovenstående overordnede beskrivelse af Luhmanns systemteori, fungerer som grundlag for forståelsen af Luhmanns

kommunikationsbegreb, da hans teori om sociale systemer som autopoietiske og selvreferentielle er væsentlig heri. I afklaring af sit kommunikationsbegreb beskriver Luhmann, at der sædvanligvis anvendes en overførselsmetafor, hvor kommunikationen overfører information fra ansender til modtager, som ifølge Luhmann er en uegnet forståelse af kommunikation (Luhmann s. 180). Luhmann definerer i stedet kommunikation som en tredelt enhed, bestående af information, meddelelse og forståelse (Luhmann s. 182-184). Forståelse afslutter kommunikationsakten (Luhmann s. 188), dog ligger Luhmann's definition af forståelse udover den almindelige opfattelser heraf, da forståelse ifølge ham er selvreferentiel (Luhmann s. 182-184). Dermed forstår adressaten kun informationen i sit lukkede autopoietiske system, og derved kan det ikke uden videre antages at forståelse er opnået. Til vurdering heraf er forståelseskontrol ifølge Luhmann nødvendig (Luhmann s. 182). I kommunikationssituationen fremstår begge parter fra hver sin position som kontingente for hinanden og dermed forekommer der dobbelt kontingens i en ubestemt valgsituation, som to parter der ønsker at kommunikere med hinanden befinder sig i (Luhmann s. 147-148). Kommunikationen imellem to parter kommer i stand, når en difference mellem information og meddelelsesadfærd iagttages og forstås samt fungerer som grundlag for beslutninger og valg af tilslutningsadfærd (Luhmann s. 182). Den første selektion består i, at adressanten udvælger information fra en horisont af muligheder (Luhmann s. 181-182). Hertil definerer Luhmann yderligere en fjerde selektion, som vedrører hvorvidt selektionen bliver en præmis for adressantens adfærd (Luhmann s. 188). Den fjerde selektion er ikke en del af selve kommunikationsprocessen, som ifølge Luhmann er realiseret når og hvis forståelse (den tredje selektion) opnås (Luhmann s. 188). Kommunikation er et resultat af at adressanten kan skelne mellem selektionerne information og meddelelse, som dermed udgør *"et særtilfælde af informationsbearbejdning"* (Luhmann s. 184). Luhmann definerer parterne i en kommunikationsproces, som meddeler (alter) og adressant (ego) (Luhmann s. 181). Der skelnes hos adressanten mellem forståelse (den tredje selektion) af kommunikationens selektionsmening, som afslutter kommunikationen, og antagelse eller forkastelse af selektionen som præmis for egen adfærd (Luhmann s. 188). Ifølge Luhmann er antagelse eller forkastelse af en selektion ikke en kommunikativ hændelse, men en tilslutningshandling (Luhmann s. 189). Den fjerde selektion kan ift. kvinder med tidligere GDM, anvendes i analysen af hvorvidt kvinderne tilslutter sig den eventuelle information om follow-up screening, og dermed om informationen bliver en præmis for kvindernes adfærd. Luhmanns teori byder ydermere på forklaringer på mulige forhindringer i forbindelse med kommunikation ift. kommunikationens afsæt i adressantens kontekst (Luhmann s. 199) samt risikoen for misforståelse. Luhmanns definition af sociale systemer som autopoietiske, og definitionerne under hans kommunikationsbegreb herunder; overførselsmetaforen, de tre selektioner samt den fjerde, vil fungere som teori til analyse af information og kommunikation i kvindernes forløb. Med udgangspunkt i disse dele af Luhmanns teori kan kvindernes oplevelser af måden hvorpå de sundhedsprofessionelle informerer dem

analyseres, for herigennem at belyse om informationen har betydning for den lave deltagelse i follow-up screening.

4.3 Metode til bearbejdning

4.3.1 Overordnet videnskabsteoretisk grundlag

Rapportens problemfelt befinder sig i det sundhedsvidenskabelige spændingsfelt, hvor tre videnskabelige hovedområder er styrende: *samfundsvidenskab*, *naturvidenskab* og *humanvidenskab* (Birkler s. 46), og er dermed funderet i et flervidenskabeligt perspektiv. Der vil ikke træffes et ensidigt valg mellem de tre hovedområder, da de tre perspektiver er sammenflettede og komplementære.

Dette sundhedsvidenskabelige spændingsfelt synes dermed at indeholde det, der ifølge Steen Wackerhausen anskues som to yder positioner hvorfra sundhed og sygdom forstås: *sundhedsfundamentalismen* og *sundhedsrelativismen* (Jensen, Uffe, J., Andersen, Peter, F. s. 44-48). En sundhedsfundamentalistiske position repræsenterer det ekspertorienterede perspektiv, hvor sundhed opfattes som fravær af sygdom og målet er at mennesket er raskt og får et langt liv, hvilket relateres til det naturvidenskabelige hovedområde. Hertil hører den positivistiske videnskabsteoretiske tilgang, med fokus på objektivitet, hvor der søges målbarhed samt analyse af sammenhænge og årsagsvirkninger i stræben herpå (Birkler s. 52). Rapportens 1. del søgte, at beskrive deltagelse i follow-up screening samt konsekvenserne forbundet hermed, hvilket retter sig mod den positivistiske videnskabsteoretiske tilgang, da fokus var på årsagsforbindelsen mellem deltagelse i follow-up screening og udviklingen af diabetes. Den sundhedsrelativistiske position repræsenterer det hverdagsorienterede perspektiv, hvor forståelse af sundhed i et lægperspektiv, vedrører det gode liv med livskvalitet og mening for den enkelte (Carlsson, Simovska et al.). Den sundhedsrelativistiske position er relateret til de human- natur- og samfundsvidenskabelige hovedområder, som er sammenvævede. Her bidrager fx hermeneutikken, positivismen, fænomenologien og social konstruktivismen til undersøgelse af sundhed og sygdom (Birkler s. 46-47). I den 2. del af specialet, anlægges en midterposition mellem sundhedsfundamentalismen og sundhedsrelativismen. En midterposition kan ifølge Steen Wackerhausen defineres som et "åbent sundhedsbegreb", hvor den biologiske krop samt medicinske faktorer inddrages i kombination med at respekten for den enkeltes autonomi bevares. Menneskets valg og fravalg af sundhedsrelaterede anbefalinger vil dermed i højere grad baseres på et informeret og reflekteret grundlag for på denne måde styrke det enkelte menneske i at forfølge egne mål for sundhed (Jensen, Uffe, J., Andersen, Peter, F. s. 49-53). For at opnå indsigt i årsagerne til den lave deltagelse i follow-up screening af kvinder med tidligere GDM, er kvindernes oplevelser dermed centrale ift. at bidrage med viden om deres forløb.

4.3.2 Den overordnede metodiske positionering og forskningstype

Specialet 2. del befinder sig under det fortolkningsvidenskabelige paradigme, da de videnskabelig forudsætninger for undersøgelsen af den lave deltagelse i follow-up screening vedrører forståelse for kvindernes oplevelser af deres forløb, som udgør undersøgelsen. Det fortolkningsvidenskabelige paradigme tager afsæt i humanvidenskaben, hvor den videnskabelige hovedopgave anses som en opnåelse af forståelse (Thisted s. 80), og dermed må forskning inden for paradigmet tage udgangspunkt i teori, metode og data som kan bibringe en forståelse af menneskelig handling og resultater heraf (Launsø s. 61). Under det fortolkningsvidenskabelige paradigme hører den forstående forskningstype, hvor en undersøgelse af fænomener helt eller delvist udgøres af de udforskedes perspektiv (Launsø s. 23-24). Under den forstående forskningstype søges der dermed forståelse for informanternes opfattelser af liv og handlinger i forbindelse med det relevante problem (Thisted s. 93). Udgangspunktet i forståelse for kvindernes oplevelser af deres forløb med henblik på at opnå viden om sammenhængen heri, som udgør undersøgelsen i specialets 2. del, hører dermed under det fortolkningsvidenskabelige paradigme og den forstående forskningstype, da der er fokus på viden og indsigt i forløbet. Kvindernes oplevelser af deres forløb udgør dermed undersøgelsen heraf. Valget af den konkrete forskningsmetode til belysning af rapportens problemformulering, hviler på undersøgelsens paradigme og forskningstype, hvor der under den forstående forskningstype anvendes kvalitativ metode (Thisted s. 92), der muliggør undersøgelse af fænomener som de opleves af individerne selv i deres naturlige kontekst (Malterud s. 483-484). Oplevelserne kan dermed være relaterede til hverdagslivet eller professionel praksis, og en dybere mening opnås igennem indsigt heri (Kvale s. 5-6).

4.3.3 Teoretikernes videnskabsteoretiske positioneringer

"Through the patients eyes- understanding and promoting patient-centered care" af Gerteis et al. beskæftiger sig med kvalitet i sundhedsvæsenet ikke i den tekniske forstand, som fx klinisk effektivitet og finansiering, men i højere grad med oplevelsen af sygdom og behandling ud fra patientens perspektiver (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. xxii). Gerteis et. al.'s udarbejdelse af teori om patientcentrering tager udgangspunkt i *"The Picker/Commonwealth Program"*, som undersøgte patientcenteret behandling gennem den forstående forskningstype med udgangspunkt i patienternes egne oplevelser af sundhed og bekymringer forbundet hermed. Gerteis et al. positionerer sig ved undersøgelsen af patienternes oplevelser, inden for det humanvidenskabelige hovedområde, hvor der igennem en kvalitativ metode tilegnes viden og forståelse for oplevelser samt betydninger af de processer og forløb, som mennesker gennemgår (Vallgård, Koch s. 61). James Reason er professor i psykologi og har på baggrund af undersøgelser af systemers og menneskers rolle i fejls opståen udviklet en teori om menneskelig fejl (Peltomaa s. 59). Herved antages James Reason ligeledes, at bevæge sig inden for det humanistiske- og samfundsvidenskabelige hovedområde, da han gennem hans arbejde både har anvendt kvalitative metoder, som eksempelvis case studier til undersøgelse heraf (Reason

1990 s. 16). Herigennem kan der opnås forståelse for menneskets hensigter, sindstilstande, værdier og opfattelser for herefter at søge yderligere forståelse for menneskets handlinger og aktiviteter i et bredere perspektiv (Birkler s. 93). Den tyske sociolog Niklas Luhmann er i udarbejdelsen af sin teori inspireret af systemteori, filosofi, biologi, fænomenologi og sociologi (Luhmann s. 14-16). Dermed positionerer Luhmann sig indenfor alle de tre videnskabsteoretiske hovedområder, der repræsenterer det sundhedsvidenskabelige spændingsfelt, og han teori er dermed funderet i en flervidenskabelig tilgang (Birkler s. 46). Teoretikernes positioneringer er dermed forenelige med tilgange til undersøgelse af den lave deltagelse i follow-up screening, da de alle befinder sig inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme, der søger at bibringe en forståelse (Thisted s. 80), som beskrevet ovenfor (afsnit 4.3.2).

4.3.4 Videnskabsteoretisk tilgang

Undersøgelsens videnskabelige tilgang til det at genere viden herom, udspringer af den ovenfor beskrevne metodiske positionering. I de følgende afsnit beskrives og argumenteres der for de to valgte tilgange; fænomenologien og hermeneutikken, som begge er videnskabsteoretiske retninger under humanvidenskaben (Thisted s. 48), som det fortolkningsvidenskabelige paradigme ligeledes udspringer af.

4.3.4.1 Fænomenologien

Fænomenologiens kerne er forståelsens genstand, som vedrører forståelsen af et andet menneskes oplevelser, hvor det der søges er viden om bevidsthedsfænomener (Thisted s. 54-56). Igennem fænomenologien er det muligt, at gøre op med den dualistiske opfattelse af et tænkende subjekt og en objektiv virkelighed, og i stedet undersøge måden bevidsthed i relation til fænomenet viser sig på (Birkler s. 104-105). Hertil kan begrebet intentionalitet knyttes, hvor oplevelser opstår i relationen med fænomenet og er udgjort af både en selv og studier i den levede verden (Thisted s. 55). Fænomener er en del af livsverdenen, og det er selve oplevelsen, som igennem en fænomenologisk tilgang er genstand for undersøgelse. Oplevede fænomener søges erfaret og gjort meningsfulde, hvilket kun kan ske ud fra den sammenhæng hvori de indgår (Birkler s. 106-108). I en fænomenologisk tilgang til undersøgelse af kvinders oplevelser i deres forløb med GDM, er det dermed ikke selve forløbet eller sygdommen, der er i fokus men derimod kvindernes erfaringer og oplevelser med disse fænomener i deres direkte levede livsverden. Fænomenologien kan medvirke til en åben tilgang til kvindernes oplevelser og erfaringer med deres forløb, således at der ikke kun fokuseres på forløbet med GDM. I en fænomenologisk tilgang til kvindernes oplevelser, søges dermed forståelse for sammenhænge og strukturer i deres bevidsthedsfænomener. For at dette kan ske, bør der her inden sættes en parentes om begreber, teorier og forudfattede meninger, da en åben forholden er målet for beskrivelsen af oplevelsesfænomenerne (Birkler s. 109-110). Fænomenologien anvendes i denne undersøgelse af forløb

med GDM til, at opnå forståelse for kvindernes oplevelser, hvilket kan bidrage med mening ud fra kvindernes oplevelser af deres forløb.

4.3.4.2 Hermeneutikken

Hermeneutikken kan bidrage til analyse og fortolkning af den indsamlede empiri, indeholdende kvindernes oplevelser relateret til deres forløb med GDM. Hermeneutikken omfatter læren om forståelse, og er således optaget af menneskers livsverden, hvor menneskers erfaring og eksistentielle vilkår søges forstået i sammenhæng med hvad et givent fænomen betyder for deres væren-i-verden (Holm s. 83-85).

Den hermeneutiske cirkel, illustrere en generel opfattelse af at al forståelse er en cirkulær proces, hvilket betyder, at der ved fortolkning sker en bevægelse fra forståelse af del elementer til en forståelse af helheden og tilbage igen, hvorved ny forståelse af delene kan opnås (Holm s. 86-87). Denne cirkulære meningsfortolkning, er således en måde hvorpå der kan opnås en større forståelse for kvindernes oplevelser.

Et menneskes forforståelse kan betegnes som forventninger og forudfattede meninger og skal ses som en forståelseshorisont, hvorfra fortolkning foretages, og en samlet forståelseshorisont kan opstå (Birkler s. 95-98). En ny forståelse forekommer igennem horisontsammensmeltning i mødet med den anden, som ligeledes møder med sin forforståelse og horisontramme. Sammensmeltning af disse to horisonter er nødvendig for al forståelse. Processen bag horisontsammensmeltning er en dobbelt proces, hvor forskeren erfarer et spændingsfelt mellem forståelseshorisonter, og må forholde sig til således at den bliver en del af forskerens egen forståelse (Birkler s. 94-95). Dette betyder imidlertid ikke, at hverken forskeren eller den udforskedes egne unikke forståelseshorisonter reduceres eller forsvinder, men at de forbliver samtidig med at en fælles horisont opstår (Birkler s. 94-95). En sådan horisontsammensmeltning søges i mødet med kvinderne, hvor en forståelse for kvindernes oplevelser bidrager til den forforståelse, der blandt andet har dannet sig gennem rapportens problemanalyse, for herefter at danne en ny forståelse for den lave deltagelse i follow-up screening.

4.4 Undersøgelsens design

Med udgangspunkt i undersøgelsen af kvindernes oplevelser af deres forløb med GDM og undersøgelsens metodiske positionering, argumenteres der i det følgende afsnit for undersøgelsens konkrete design.

Som beskrevet tidligere (afsnit 3.4.2) er den forstående forskningstype, og herunder kvalitativ metode, udgangspunktet for undersøgelsen af kvindernes oplevelser af deres forløb med GDM. Undersøgelser under den forstående forskningstype kan tage udgangspunkt i fx et case studie design (Thisted s. 93). Et case studie kan defineres som *“An intensive analysis of an individual unit (as a person or community) stressing developmental factors in relation to environment”* (Denzin, Lincoln s. 301). I et case studie er der dermed

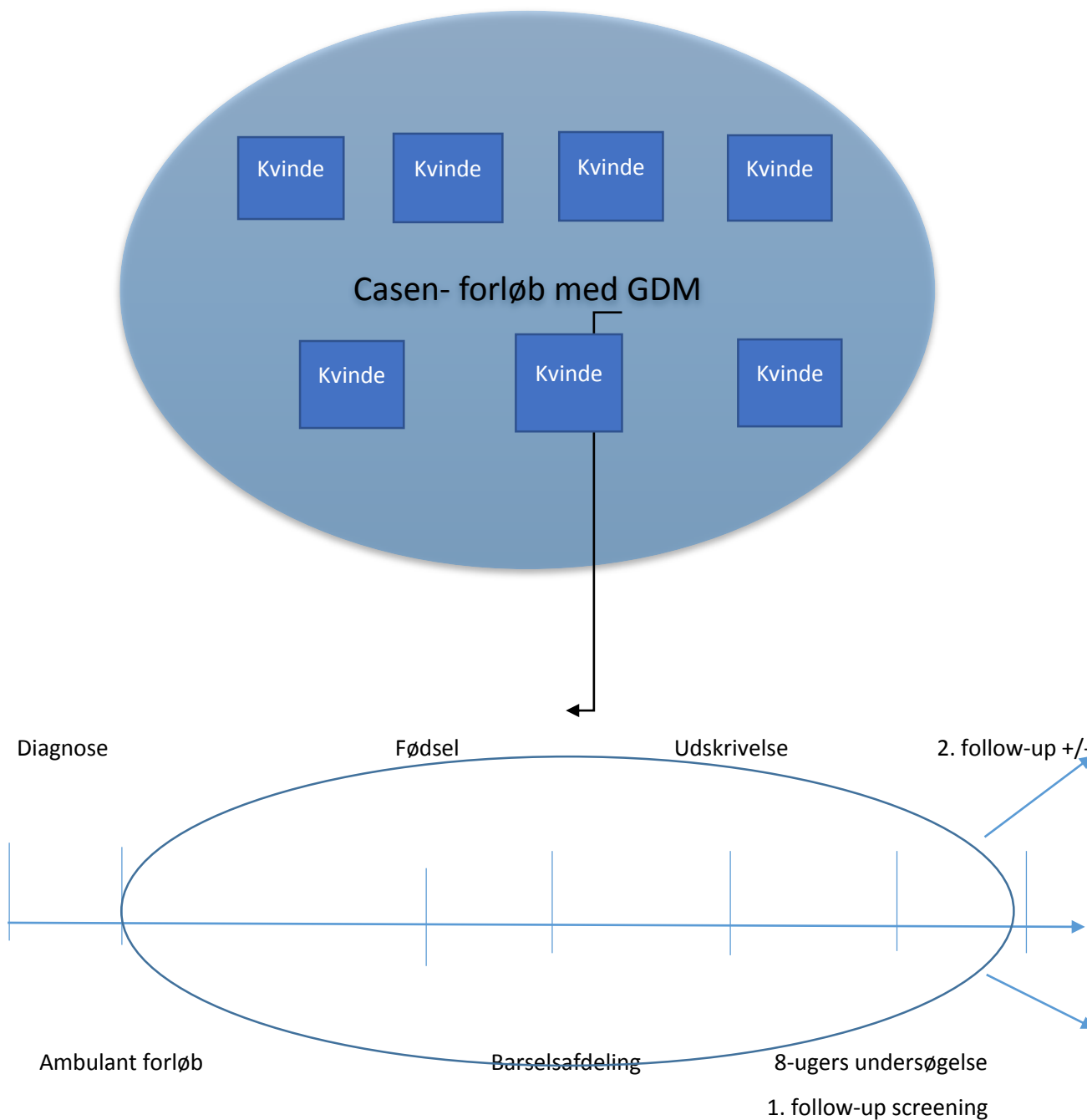
fokus på undersøgelse af et eller flere individuelle enheder, og deres udvikling over tid igennem konkrete og interrelaterede nutidige begivenheder i deres kontekstuelle omgivelser (Denzin, Lincoln s. 301, Yin s. 12-13). I tillæg hertil eksisterer der i undersøgelser af menneskelige anliggender, ifølge Bent Flyvbjerg, kun kontekstafhængig viden, som case studiet er velegnet til at producere (Denzin, Lincoln s. 302). En undersøgelse af kvindernes forløb kan dermed foretages som et case studie, bestående af en undersøgelse af kvinders oplevelser af deres forløb heraf, hvilket kan bidrage med viden og forståelse for forløbet som fænomen, der udfoldes i praksis. Case studiet har dermed en vis fundering i fænomenologien, da der søges forståelse for fænomener i deres virkelige og levede kontekst, hvilket knytter an til den fænomenologiske definition af forståelse, hvor forståelsen af et andet menneskes oplevelser søges igennem viden om bevidsthedsfænomener. Igennem case studiet kan komplekse sociale fænomener undersøges, og forskeren kan opnå holisme og indsigt i meningsfulde karakteristika ift. virkelige begivenheder, herunder bl.a. individers livscyklus (Yin s. 1, 13-15). Med udgangspunkt i et case studie design søges en undersøgelse af kvinders oplevelser i den kontekst deres forløb indgår i, herunder de forskellige kontroller/begivenheder og overgange heri, som tidligere beskrevet kan have betydning for graden af sammenhæng i kvindernes forløb (afsnit 2.2.1.1). Undersøgelsens overordnede design er et single case studie, hvor casen udgøres af forløb med GDM på Aalborg Universitets hospital, Klinik kvinde-barn og urinvejskirurgi, gynækologisk-obstetrisk afdeling, da kvinderne fra registerundersøgelsens studiepopulation ligeledes havde deres forløb med GDM på her. Yin definerer et single case studie som en undersøgelse af en analyseenhed som udgør selve casen (Yin s. 46), der kan vælges på baggrund af flere rationaler, som fx en case som er særligt repræsentativ eller typisk, hvor undersøgelse af konkrete omstændigheder knyttet til en bestemt kontekst søges (Yin s. 41). Her udgøres casen, og dermed selve analyse enheden, som beskrevet ovenfor, af forløb med GDM på Aalborg Universitetshospital. Case studiets udgangspunkt i forløb begrundes ud fra James Reason's systemperspektiv på fejl, som den lave deltagelse i follow-up screening kan anses som (afsnit 5.2.1.1), da der ifølge Reason kan være risiko for at systemer fejler, hvis der ikke er barrierer for menneskelige fejl, hvorved den organisatoriske ramme som kvindernes forløb er indlejret i har betydning (afsnit 5.2.1.1). Dermed kan overgange, og herunder graden af sammenhængen i kvindernes forløb, med udgangspunkt i Reason, undersøges igennem casen. Casen udgøres af forskellige kvinders oplevelser af deres forløb, herunder kontroller/kontakter på forskellige tidspunkter i deres forløb både før og efter fødsel. I dette single case studie af forløb med GDM indgår forskellige analyse enheder, som alle bidrager til det samlede forløb, hvilket er en form for case studie design, som også beskrives af Robert K. Yin som et *"single case embedded design"* (Yin s. 40). Et *"embedded design"* kan bidrage med muligheder for omfattende analyse, der kan fremme indsigten i single casen (Yin s. 43,46). Det *"embedded"* element i designet udgøres af de forskellige kvinders oplevelser af deres forløb, hvor hver kvinde dermed udgør en *"underdel"*, som er indeholdt i den samlede case. Valget af et single case

”embedded” design med udgangspunkt i kvindernes oplevelser af deres forløb både før og efter fødsel, begrundes ud fra undersøgelsens formål om at opnå indsigt i den lave deltagelse i follow-up screening. Ydermere kan kvindernes oplevelser bidrage med forståelse for overgange i deres forløb og eventuelle fejl i forbindelse hermed. Nedenstående figur (figur 2) illustrerer designet af single casen, hvori kvinderne er såkaldte ”embedded” enheder, som er knyttet op på forløb med GDM. Det har inden for projektets rammer ikke været muligt, at foretage et multipelt case studie af flere kvinders virkelige forløb, da tidsperspektivet og rammerne for specialet ikke muliggør dette. Undersøgelsens design er således:

- **Et single case ”embedded” design af forløb med GDM på Klinik kvinde-barn og urinvejskirurgi, gynækologisk-obstetrisk afdeling, Aalborg Universitets hospital - der undersøges igennem kvinders beskrivelser og oplevelser af deres forløb.**

Herigennem kan mulige overgange og graden af sammenhæng, information og patientcentrering, i kvindernes forløb, belyses ift. det samlede forløb, da kvindernes er genstand for forløbet som er illustreret i figur 2.

Figur 2. Single case studie ("embedded" design) af kvinders forløb med GDM på Aalborg Universitetshospital.



4.4.1 Casens indhold

Metoden til undersøgelse af casen er en interviewundersøgelse af kvinder, der har haft forløb med GDM på Aalborg Universitetshospital, som tidsmæssigt befinder sig i tidsrummet mellem 1. og 2. follow-up screening. Det antages at kvindernes oplevelser i deres forløb og oplevelser i forbindelse med deres deltagelse i follow-

up screening hos egen læge kan bidrage hertil. I det følgende afsnit (afsnit 3.5.2) argumenteres der for valget af interview, som er den valgte metode, der under case studie rammen anses som anvendelige til belysning af rapportens formål og videre besvarelse af problemformuleringen. Styrken ved et case studie er dog muligheden for at kombinere forskellige metoder til, at opnå evidens for den undersøgte problemstilling (Denzin, Lincoln s. 301), hvilket dog ikke har været muligt at imødekomme inden for specialets rammer.

4.4.2 Interview

Det kvalitative forskningsinterview defineres, ifølge Steinar Kvale som; *”et interview der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener”* (Kvale 1997 s. 19). Igennem det kvalitative forskningsinterview kan menneskers beskrivelser, opfattelser og meninger fremkomme, og derigennem udtrykke tanker, følelser og forståelsen af dem selv, men også af deres erfaringer og de omgivelser de befinder sig i (Launsø s. 128-130). Derfor anses det kvalitative forskningsinterview at være egnet til undersøgelse af kvindernes oplevelser af sammenhæng, information og patientcentrering i deres forløb, samt hvilken betydning dette kan have for deres deltagelse af i follow-up screeningen. Fokus i interviewet kan fx både være på det deskriptive og specificiteten, hvor beskrivelser af specifikke situationer og handleforløb fremkommer, og dermed ikke fokus på generelle opfattelser (Kvale 1997 s. 41). Det kvalitative forskning interview er derfor en måde, hvortil forskeren kan søge at udfolde, afdække, forstå og beskrive dybden af bestemte temaer i forbindelse med et problemkompleks (Kvale 1997 s. 41). Forskningsinterviewet kendetegnes ved høj metodologisk bevidsthed om spørgsmålsformer, fokus på interaktionsdynamik og kritisk opmærksomhed på det sagte (Kvale 1997 s. 31-32). Formålet med en interviewundersøgelse bør klarlægges i planlægningsfasen, da dette er har betydning for undersøgelsens design, hvor der er forskel på de eksplorative eller hypotesedannende formål (Kvale 1997 s. 104). I denne undersøgelse anlægges en eksplorativ tilgang til indsamling af det empiriske materiale, som ifølge Kvale kendetegner en åben tilgang og begrænset strukturering af interview (Kvale 1997 s. 104), hvor kvindernes egne oplevelser vil forfølges således perspektiver, som ikke var del af interviewguiden (bilag 6) blev søgt inddraget. Dog vil undersøgelsen ligeledes bære præg af en vis grad af hypotesetestende formål, som ifølge Kvale kendetegner højere grad af strukturering (Kvale 1997 s. 104), da interviewet delvist vil være styret af allerede udvalgte temaer dannet ud fra den forforståelse og de fremanalyserede perspektiver fra problemanalysen. At anlægge begge tilgange til interview af kvinderne, medvirker til at der er åbenhed, men samtidig at interviewenes teamer også belyses i vist omfang igennem en semistruktureret tilgang. Det semi-strukturerede interview kan styrke besvarelsen af problemformuleringen, da relevante temaer fra problemanalysen medvirker til at strukturere interviewet i en sådan grad, at det ønskede handleforløb belyses. Struktureringsgraden vil dog stadig sikre muligheden for udfoldelse og uddybelse af kvindernes oplevelser, hvilket kan medvirke til en åbenhed under interviewet

igennem en fænomenologiske tilgang til kvindernes oplevelser. Kvale beskriver det fænomenologisk perspektiv ved det kvalitative forskningsinterview, som kan søges igennem åbenhed hvor igennem mening og betydninger af udsagn kan forstås (Kvale 1997 s. 42-49). Den hermeneutiske tilgang i forskningsinterviewet er ifølge Kvale dobbelt, da den belyser den dialog der producerer interview tekster, og vedrører den efterfølgende analyse af de transskriberede interviews, hvor meningsfortolkning er karakteriseret ved den hermeneutiske cirkel (Kvale 1997 s. 56-57). Dermed kommer de tidligere beskrevne videnskabsteoretiske tilgange til casen (afsnit 3.4.2) også til udtryk igennem valget at det kvalitative forskningsinterview som metode, hvor der både hersker en fænomenologisk åbenhed og en hermeneutisk tilgang til forståelse af både dialog og de transskriberede interviews.

4.5 Forskningsproces

4.5.1 Udvalgelse af informanter

I samarbejde med ledelsen på gynækologisk-obstetrisk afdeling på Aalborg sygehus Nord i Nordjylland, blev der rettet henvendelse til kvinder med tidligere GDM, som blev søgt inkluderet i undersøgelsen, da de tidligere blev fulgt på Klink kvinde-barn og urinvejskirurgi, gynækologisk-obstetrisk afdeling. Kvinderne blev overvejende udvalgt på baggrund af en homogen udvælgelsesmetode, hvor de inkluderede søges at være homogene ift. til bestemte karakteristik (Vallgård, Koch s. 72). Der blev søgt inklusion af kvinder som var sammenlignelige med register undersøgelsens studiepopulation, og kvinderne var således ca. 30 år samt overvejende med førstegangstilfælde af GDM. Kvinderne blev ligeledes udvalgt således, at de tidsmæssigt befandt sig i perioden mellem 1. og 2. follow-up screening, hvor resultaterne fra registerundersøgelsen viste et stort fald i deltagelsen i follow-up screening blandt kvinderne. Samtidig virkede det væsentligt at interviewe kvinder inden for en overskuelig periode efter fødsel, således at kvinderne havde mulighed for at huske forløbet. De inviterede kvinder var dermed registeret med et forløb med GDM i perioden mellem 1.06.2012-01.06.2013. Andre karakteristika for de deltagende kvinder blev indhentet inden og under interviewet, og vil fremgå i et senere afsnit. Udenlandske kvinder som har ikke taler og forstår dansk på et tilstrækkeligt niveau blev ikke søgt inkluderet i undersøgelsen, da det sproglige har stor betydning på analyse og fortolkning af det sagte (Vallgård, Koch s. 235). Eksklusionen af disse kvinder bunder både i, at der ikke var ressourcer til rådighed ift. anvendelse af tolk, men ligeledes at fortolkninger kan gå tabt, især ift. de kontekstuelle forhold. I den udvalgte periode, var der ikke mange kvinder med anden etnicitet end dansk, hvormed det ikke antages at påvirker denne undersøgelses gyldighed. Invitationen blev sendt til 40 kvinder som opfyldte inklusionskriterierne, hvoraf 7 kvinder henvendte sig med ønske om at deltage, som dermed blev rekrutteret. En af kvinderne blev ekskluderet efter interviewet, grundet mange komplekse problemstillinger indlejret i kvindens forløb. Ud over de inviterede kvinder, blev der inkluderet en kvinde, igennem et gruppe-medlems personlige kendskab, da hun ligeledes havde haft et forløb med GDM og opfyldte

de øvrige inklusionskriterier. Kvinden indvilligede i at deltage i et pilot interview med henblik på at afprøve interviewguiden (bilag 6), da det kan øge kvaliteten af interviewene af afprøve guiden inden selve undersøgelsen gennemføres, da der kan være behov for rettelser heri (Vallgård, Koch s. 70). Pilotinterviewet forløb tilfredsstillende, da temaerne bibragte beskrivelser af kvindens oplevelser heraf i sit forløb, som kunne anvendes i det samlede datamateriale. Dermed blev pilotinterviewet inkluderet i det samlede data grundlag, da det blev vurderet som havende en tilstrækkelig kvalitet, hvilket således kan være tilrådeligt (Vallgård, Koch s. 70). Der var tilsigtet at kun kvinder med 1. gangs tilfælde af GDM skulle indgå i undersøgelsen, ift. homogenitet, men en havde dog haft GDM to gange, hvilket først fremgik umiddelbart inden. Kvinden blev på trods heraf inkluderet i undersøgelsen, da vi under interviewet søgte af spørge ind til hendes oplevelser af især hendes første forløb hermed. Dermed var der slutteligt inkluderet 7 informanter i undersøgelsen, hvoraf 6 blev rekrutteret igennem invitationerne, samt den ene kvinde der stillede op til pilotinterview. Kvale anbefaler mellem 5-15 deltagere i en interviewundersøgelse, hvilket afhænger af ressourcer og tid afsat til hertil (Kvale 1997 s. 108).

4.5.2 Forskningsetiske overvejelser

Invitation til deltagelse (bilag 7) i undersøgelsen blev udsendt af gynækologisk-obstetrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, hvori vores kontaktoplysninger indgik og kvindernes tilbagemelding herpå blev afventet. Grunden hertil var, at den første kontakt herved blev etableret af en afdeling som kvinderne allerede kendte i forvejen. Brevet indeholdt (bilag 7), ud over vores kontakt oplysninger, også information om undersøgelsens formål, vores baggrund, emner der ville blive fokuseret på samt forklaring på hvorfor den enkelte var inviteret til at deltage, hvilket bør være en del af informationen til informanter (Kvale 1997 s. 136, Launsø s. 129-130). Det at kvinderne modtog brevet fra en kendt afdeling, anses som en styrkelse af undersøgelsens vigtighed og legitimitet blandt kvinderne. Kvinderne skulle således ikke med det samme afgøre beslutning om deltagelse, hvilket anbefales ved undersøgelser omhandlende personlige emner. Ydermere bør der sikres skriftligt samtykke hos de deltagende (Vallgård, Koch s. 71), hvilket gik forud for interviewet (bilag 8) hvor kvinderne blev informeret om anonymitet, fortrolighed, tavshedspligt i forbindelse med interviewet og deltagelse i undersøgelsen samt at de til hver til havde mulighed for at træde ud af undersøgelsen. Ud over overvejelser ift. den videnskabelige værdi, blev der ligeledes fortaget etiske overvejelser om, hvorledes interviewene kunne påvirke informanterne, og det bør ifølge Kvale sikres at risikoen for mulig skade og konsekvenser forbundet hermed vurderes (Kvale 1997 s. 120). Det antages, at rapportens samlede resultater kan medvirke til en udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening i RN. Dermed kan det uudnyttede potentiale, der forekommer ift. tidlig opsporing af diabetes, (artikel) imødekommes, hvilket også kan komme kvinderne til gode. Ligeledes kan de enkelte deltagende kvinder

opnå positiv effekt i form af øget refleksion og meningsdannelse i forbindelse med eget forløb (Launsø s. 130-131), hvorved det blev vurderet at der ikke var en risiko for negative konsekvenser forbundet med deltagelse.

4.5.3 Lokaltet for gennemførelse af interviews

Det bør tilbydes at gennemføre interviewet i informantens eget hjem, hvilket kan have betydning for nogle ift. til at føle sig tryk og på den måde fortælle om de ønskede emner, da det her er intervieweren der er gæsten og den interviewede der har kontrollen over de fysiske rammer (Vallgård, Koch s. 74). De inviterede kvinder blev også tilbudt denne mulighed, og der blev foretaget 4 interviews i kvindernes eget hjem, 2 interviews i vores grupperum på Aalborg Universitet og 2 interviews i et mødelokale på gynækologisk-obstetrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.

4.5.4 Forskerens rolle

Forskerens forforståelse ("the researchers backpack") og refleksivitet ("the researchers mirror") har betydning for generering af viden igennem kvalitativ metode (Malterud s. 484). Ifølge Gadamer er det både uundgåelig og nødvendigt for forskeren, at bringe forforståelsen i spil i mødet med den udforskede, da forforståelsen sætter betingelserne for al forståelse (Vallgård, Koch s. 165). I denne rapport er forforståelse af kvindernes forløb udgjort af specialets 1. del, som viste lav deltagelse i follow-up screeningen (afsnit 1), samt problemanalysen, der udgør hele problemfeltet for kvindernes forløb. Derudover er der foretaget indledende observation i obstetrisk ambulatorium, som ligeledes er en del af vores forforståelse. Observationen bestod af en konsultation med en kvinde med GDM, og selvom vi begge har en uddannelsesmæssig baggrund som henholdsvis sygeplejerske og jordemoder, er fordelene ved at være observant frem for aktør i en kompleks organisation som et sygehus, at man i højere grad er i stand til at se alternativer til det observerede og skelne mellem disse (Czarniawska s. 9). Overordnet set er det muligt, at vi allerede inden interviewene havde opbygget en omfattende forforståelse ift. problemfeltet hvorfor erfaringer, antagelser, teorier og interesser blev kontinuerligt søgt bragt i spil med andre forståelseshorisonter, hvilket sikrer åbenhed i analysen og en vis parathed til ændring af opfattelser (Vallgård, Koch s. 165). Omvendt vil det i den første del af analysen af den indsamlede empiri være nødvendigt, som tidligere nævnt (afsnit 4.5.4), at sætte en parentes om begreber, teorier og forudfattede meninger, for herigennem at anlægge en åben forholden til oplevelsesfænomenerne i kvindernes forløb. Forforståelsen kan ligeledes afspejles i forskerens uddannelsesmæssige baggrund (Vallgård, Koch s. 165). Vores uddannelsesmæssige baggrund har medvirket til en lettere adgang til praksis. En forudsætning for at indhente empiri af god kvalitet vedrører forskerens evne til at skabe trygge rammer i den ulige magtrelation, som der uundgåeligt vil være i mødet (Vallgård, Koch s. 73). Vi søgte at stille os ud over vores professioner og præsenterede os som studerende, med sundhedsfaglige baggrund, som dog også blev

nævnt. Vi understregede dog inden interviewet, at vi ikke havde hensigter ift. at vurdere deres deltagelse i follow-up screening, og at vores interesse bestod i deres oplevelser af deres forløb

4.5.5 Indsamling og bearbejdning af interviewdata

Ifølge Kvale kan en interview undersøgelse inddeles i 7 stadier; Tematisering, design, interview, transskribering, analyse, verificering og rapportering (Kvale 1997 s. 95). Punkter i designfasen der er redegjort for tidligere (afsnit 4.4.2) uddybes ikke det nedenstående.

- Tematiseringen: Omhandler hvorvidt den teoretiske analyse afspejles i interviewguiden og dermed ligeledes de valgte temaer og spørgsmål (Kvale 1997 s. 102, Launsø s. 136). Undersøgelsen af kvindernes oplevelser af deres forløb og de udvalgte temaer og spørgsmål tog dermed udgangspunkt i problemanalysen samt problemformuleringen, og undersøgelsen kan således anses som en operationalisering heraf (Vallgård, Koch 2013s. 65-66, Kvale 1997 s. 102-104). På baggrund heraf blev udarbejdet en interviewguide (bilag 6) ift. at fremanalysere de forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening. Således blev problemformuleringen søgt omsat til en metodisk strategi. De udvalgte temaer; forløb, sammenhæng, information om risiko for type 2 diabetes og follow-up screening, patient-centrering samt udvikling havde til formål at belyse kvindernes oplevelser hermed i forløbet. Endvidere blev der anvendt et mindmap som arbejdsredskab, hvor spørgsmål og de mulige svar blev tilpasset til interviewguiden (Kvale 1997 s. 135). De forskellige spørgsmål, som var et resultat af mindmapping, vil dog ikke fremgå af interviewguiden, da de udelukkende anses som relevante som støtte under interviewsituationen (bilag 6). De enkelte interviewspørgsmål kan vurderes både ift. en tematisk og en dynamisk dimension, hvor den tematiske dimension vedrører den teoretiske analyse forud for undersøgelsen, de valgte temaer samt den efterfølgende analyse. Den dynamiske dimension vedrører spørgsmålenes evne til at fremme en positiv interaktion samt motivation af interview personerne til at tale om oplevelser og følelser (Kvale 1997 s. 134). Interviewguiden blev søgt at repræsentere begge dimensioner og de forskellige temaer med udgangspunkt i Kvales "type spørgsmål"; indledende, opfølgende, sonderende, specificerende, direkte, indirekte, strukturerede, fortolkende og tavshed (Kvale 1997 s. 137-139).
- Interviewet: Selve interviewet stiller store krav til forskeren som ekspert, hvor dennes opgave er at skabe en tryk, åben og tillidsfuld atmosfære samt at fremstå accepterende og imødekommende. Derfor er bevidst om relevante spørge/lytte teknikker væsentlig, for herigennem at skabe en så ligeværdig relation som muligt for, og dermed sikre at der genereres viden under interviewet (Vallgård, Koch s.73). Flere interviewere kan være en ulempe, da de kan overtage taletiden, hvilket kan medføre en mindre detaljeret fortælling (Vallgård, Koch s. 64), hvorfor det forinden

interviewene blev planlagt og koordineret, hvem der skulle interviewe, dog supplerede vi hinanden undervejs. Til dokumentation af datamaterialet blev der anvendt to smartphones samt en tablet til optagelse heraf for at sikre en klar, detaljeret og nøjagtig optagelse og dermed minimere pres ift. transskriptionen heraf. Denne metode til dokumentation har flest fordele, da den sikrer dokumentation af alt hvad der høres, således at det ikke under interviewet skal vurderes hvad der er væsentligt. Ulempen kan dog være, at det føles uvant i begyndelsen af interviewet, og at interviewerens under interviewet er nødt til at sikre sig at optageren fungerer efter hensigten (Vallgård, Koch s. 76). I interview situationen oplevede vi, at optagelserne muliggjorde fokus, og at det kunne føles ubekvemt i begyndelsen, hvilket dog var forbigående. Der var et par gange hvor der var behov for at flytte de optagere der blev anvendt, hvilket ikke blev oplevet som generende.

- Transskribering: Lydoptagelserne blev transskriberet i Nvivo QSR international version 10, hvortil lydfilen blev importeret, således at fortolkning og senere analyse blev muliggjort. Transskribering af lydoptagelserne var en utrolig krævende opgave, men indsatsen har efterfølgende medvirket til et øget overblik og øget håndterbarhed ift. interviewdata. Bevidsthed om den ønskede analysemetode er vigtig, da denne er afgørende for hvorledes transskriberingen udformes (Vallgård, Koch s. 77). På trods af den tidsmæssige udfordring blev der foretaget ordrette beskrivelser af kvindernes tale (Kvale s. 171), da disse vil indgå i rapportens bearbejdsafsnit, hvor de vil fungere som indtryk af informanternes synspunkter.

4.5.6 Kodning og analyse af data

Under transskriberingen blev der foretaget kodning/kategorisering af temaer. Konkret foregik dette ved, at det igennem transskriptionen af udsagn blev transskriberet indtil et interviewet skiftede emne eller fokus. Inden videre transskribering blev udsagn gennemlæst og kodet inden transskribering fortsatte. Dermed foregik kodningen ad hoc, da koder blev til under transskriberingen hvor igennem temaerne opstod. Konkret foregik dette ved, at koderne blev til ud fra meningsindholdet i kvindernes udsagn, og udsagn med et meningsindhold, der stemte overens med andre blev kodet under de relevante temaer. Endvidere generede udsagn med nyt meningsindhold nye temaer. Tilgangen til kodning beskrevet i det ovenstående kendetegner en åben tilgang, hvor meningsbærende enheder struktureres i temaer (Vallgård, Koch s. 176). Dermed var der i forbindelse med den første del af kodningen en fænomenologisk tilgang til data, hvilket kendetegnes ved teksten eller data kommer til orde (Vallgård, Koch s. 175-176), og dermed var meningsindholdet i kvindernes udsagn styrende for kodningen. Den indledningsvise åbne kodning kendetegner en induktiv tilgang, hvor teori dannes på baggrund af empiri og dermed fra det specifikke til det generelle (Hviid Jacobsen, Lippert-Rasmussen et al. s. 41). Temaer fra interviewguiden (bilag 6), som tog udgangspunkt i de i problemanalysen fremanalyserede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening (afsnit 2), havde dog

en betydning for kodningen. Derved var temaerne fra interviewguiden, delvis afspejlet i kodningen af meningsindholdet i kvindernes udsagn og tilgangen til kodning var til en vis grad også teoristyret. En teoristyret tilgang til kodning kan anses som en deduktiv tilgang, hvor noget søges bevidst igennem en logisk udredning (Birkler s. 67) eller test af en forventning eller hypotese, der er formuleret på baggrund af viden inden for feltet i kombination med forskerens egen kreativitet (Hviid Jacobsen, Lippert-Rasmussen et al. s. 41). Dermed påvirkes kodningen af vores forventninger og antagelser, samt forforståelse, som bl.a. tager udgangspunkt i viden fra problemanalysen som temaerne interviewguiden blev struktureret ud fra (Vallgård, Koch s. 174). Tilgangen til kodningen har således både været styret af en induktiv tilgang med en indledningsvis åben ad hoc kodning og en deduktiv tilgang, hvor interviewguiden og vores forforståelse delvist afspejles i kodningen af temaerne. Der har dermed været et samspil eller en vekselvirkning mellem disse tilgange, hvilket kan betegnes som abduktion hvilket kendetegner tilslutning til den bedste forklaring, hvorved empiri inddrages som baggrund for udledning af teori (Hviid Jacobsen, Lippert-Rasmussen et al. s. 83-84). Den abduktive tilgang til kodningen af kvindernes udsagn kommer til udtryk ved at de kodes under et tema, der på bedste vis forklarer udsagnene med udgangspunkt i viden om de forløbsrelaterede årsager.

4.5.6.1 Analyseredskab

Analysen af interviewene vil foretages med udgangspunkt i dekontekstualisering og rekontekstualisering som er dele af en analysemetode, der kan bibringe stringens i analysen. Herunder hører bestemte procedurer, som medfører en vis stringens i bearbejdelsen af empiri, men som samtidig bibeholder en følsomhed herfor (Vallgård, Koch s. 175). Dekontekstualisering udgør den del af analysen, hvor enkelte dele af materialet betragtes ud fra helheden. Under dekontekstualiseringen blev der søgt overensstemmelse mellem de identificerede meningsbærende enheder og temaer som blev dannet, således at temaerne afspejler meningsindholdet i kvindernes udtalelser. Som beskrevet ovenfor (afsnit 4.5.6) blev der anlagt en abduktive tilgang til analysen af empirien, da kvindernes udsagn blev kodet under det tema, der på bedste vis forklarede det som udsagnet blev kodet under. Rekontekstualiseringen vedrører det, at sætte kategorier sammen på en ny måde (Vallgård, Koch s. 177). Der sker en bevægelse fra den empirinære analyse af det individuelle materiale til en mere generel analyse, hvor interviewmaterialet analyseres på baggrund af den kontekst hvori det er indlejret og en bredere teoretisk ramme. Den empirinære analyser bliver under rekontekstualiseringen genstand for yderligere analyse (Vallgård, Koch s. 177). Igennem denne proces kan en der ved dialog, hvor forståelseshorisonten bringes i spil, fremkomme nye aspekter der ellers ikke umiddelbart var tydelige. Analyse af den indsamlede empiri fra interviewene af kvinderne kan med fordel inddeles i fire trin (Malterud s. 100, Vallgård, Koch s. 176), som beskrives og tydeliggøres i det nedestående:

- **Første trin: Helhedsindtryk.** Handler om at søge et helhedsindtryk ved at gennemlæse hele materialet.

- **Andet trin Meningsbærende enheder identificeres:** Her foregår en kategorisering af meningsbærende enheder i data omkring temaer eller kategorier for på denne måde at reducere og strukturere omfanget af enheder. Der er fokus på mening i data, som også vil forekomme igennem en undersøgelse af den dybere mening. Kategoriseringen af data omkring temaer kan tage udgangspunkt i hverdagsprog, teori eller informantens egne begreber.
- **Tredje trin Operationalisering:** Består i en yderligere gennemgang og nøjere operationalisering af kategorierne/temaer for på denne måde at ordne de mange og muligvis overlappende kategorier fra det forgående trin.
- **Fjerde trin Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning:** Her søges kategorierne knyttet sammen for på denne måde at tydeliggøre mønstre, der kan medvirke til besvarelsen af problemformuleringen. Her vil teksten fortolkes ud fra en bredere referenceramme, hvor den samlede empiri kan anses som en helhed, der fortolkes ud fra den kontekst de undersøgte fænomener befinder sig i. Den hermeneutiske fortolkning omfatter rekontekstualisering, hvor analysen af det empirien fra de første tre trin, gennemgår endnu en analyse; fra de enkelte interviews – det samlede materiale – til konteksten, hvor disse søges tydeliggjorte (Vallgård, Koch s. 175-177, Kvale 1997 s. 188-200). Analysen bygger således på den hermeneutiske tilgang, hvor forståelse ikke handler om reproduktion af den andens forforståelse, men snarere at der i mødet vil opstå en ny og tredje forståelse. De identificerede temaer og et eksempel på anvendelse af analyseredskabet, vil præsenteres og beskrives under bearbejdelsen (afsnit 5.3).

5. Bearbejdelse

I dette afsnit vil kvindernes karakteristika præsenteres, som anvendes til en sammenfattende beskrivelse af kvinderne. Herefter følger et eksempel på anvendelse af analyseredskabet. Endvidere vil casen, med udgangspunkt i interview af kvinder med tidligere GDM, bearbejdes. Bearbejdelsen struktureres med udgangspunkt i temaerne samt rekontekstualiseringer heraf, som er beskrevet i ovenstående afsnit (afsnit 4.5.6.1).

5.1 Præsentation af informanter

Kvinderne og deres karakteristika er anonymiseret, hvilket skal sikre, at interviewdeltagerne ikke kan genkendes af andre (Vallgård, Koch s. 81). De syv kvinders karakteristika; alder, civilstatus og uddannelsesniveau er overvejende ens. Heidi på 36 år var den ældste, da de andre kvinder aldersmæssigt var omkring 30-års alderen. Seks af kvinderne var af kaukasisk oprindelse, mens en var af asiatisk oprindelse.

Tidspunktet for diagnosticering af GDM var forskelligt, men overvejende var de fleste kvinder blevet diagnosticeret i sidste trimester, og både første og flergangsfødende er repræsenteret. De fleste kvinder havde 1. gangs GDM og var kostbehandlet. Seks af kvinderne havde fået foretaget follow-up screening indenfor 8 uger efter fødslen, mens de fleste ikke havde fået foretaget 2. follow-up screening endnu. Janni, som havde haft GDM i begge sine graviditeter, havde fået foretaget follow-up screening indenfor 8. uger ved sit første tilfælde og igen efter 1. år, mens hun efter sit andet tilfælde havde fået foretaget follow-up screening efter 1 år. Kvinderne er overvejende en homogen gruppe, som er sammenlignelig med registerundersøgelsens studiepopulation ift. karakteristika som alder og 1. gangstilfælde af GDM (afsnit 4.5.1). Dog afviger Janni fra registerundersøgelsens studiepopulation, hvilket ikke fremgik af listen fra gynækologisk-obstetrisk afdeling inden kvinden blev inviteret, hvilket også er beskrevet i afsnittet vedr. udvælgelse af informanter (afsnit 4.5.1). Tabellen (tabel 2) over kvindernes karakteristika følger på næste side.

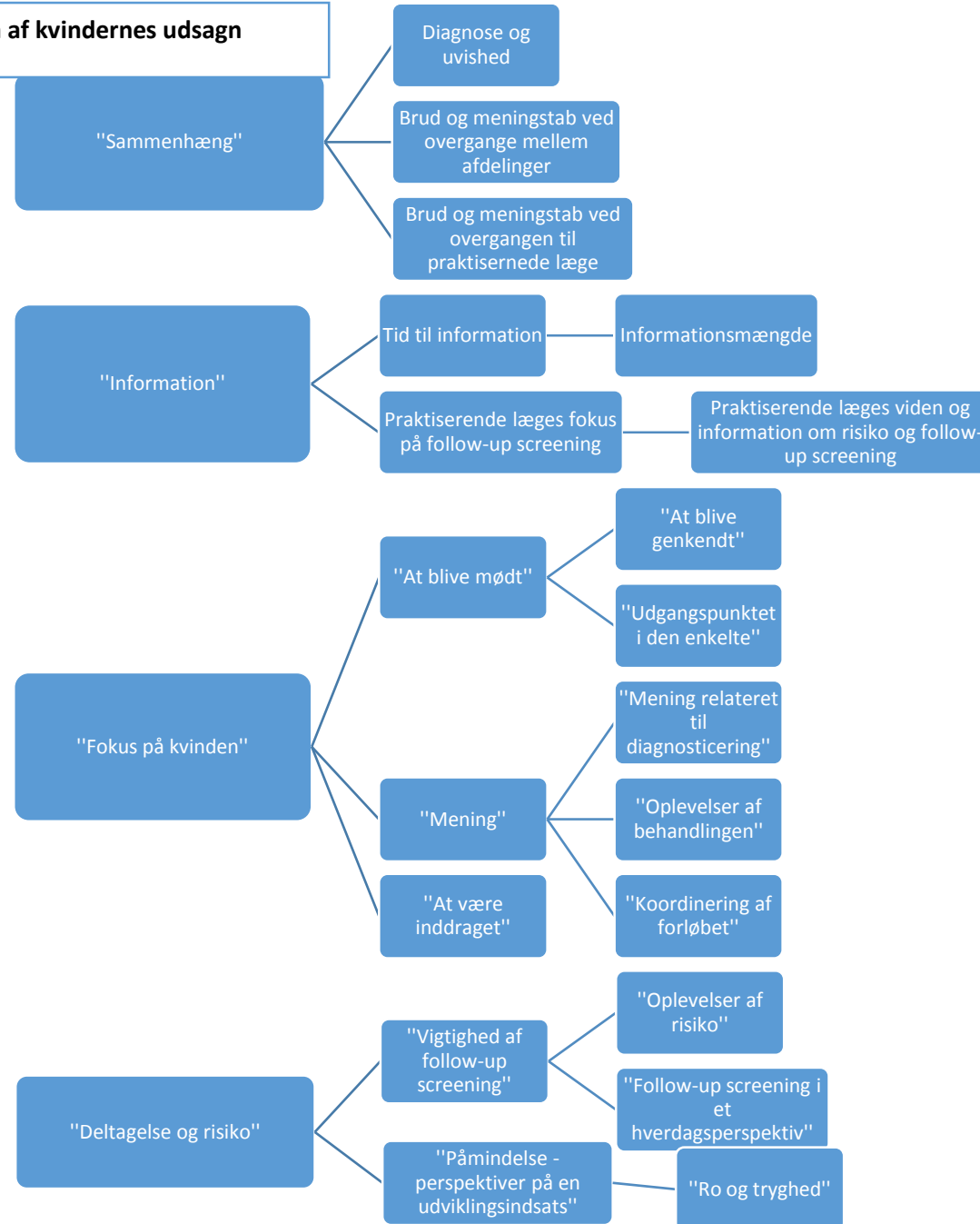
Tabel 2 – Kvindernes karakteristika

Kvide (pseudonym)	Alder	Civil status	Oprindelse	Bopæl	Uddannelse/ Beskæftigelse	GDM-tilfælde nr.	Diagnose tidspunkt for GDM	Antal graviditeter	Barnets alder	Insulin behandling?	Follow-up tidspunkter
(1) Anja	27 år	Samlevende	Asiatisk	Aalborg kommune	Ingen videregående uddannelse på orlov – Påbegynder arbejde herefter	1	Uge 35	1	6 mdr.	-	+ 8 ugers undersøgelse
(2) Birgitte	32 år	Samlevende	Kaukasisk	Aalborg kommune	Ingen videregående uddannelse – Påbegynder uddannelse efter orlov	1	Uge 15	3	1 år	+	+ 8 ugers undersøgelse
(3) Christina	31 år	Samlevende	Kaukasisk	Aalborg kommune	Mellemlang uddannelse - arbejdssøgende	1	Uge 35	1	15 mdr.	-	+ efter 1 år
(4) Dorte	29 år	Samlevende	Kaukasisk	Aalborg kommune	Kort uddannelse-påbegynder uddannelse efter orlov	1	Uge 35	1	15 mdr.	-	+ 8 ugers undersøgelse
(5) Gitte	34 år	Samlevende	Kaukasisk	Aalborg kommune	Mellem/lang uddannelse i arbejde	1	Uge 30	3	15 mdr.	-	+ 8 ugers undersøgelse
(6) Heidi	36 år	Samlevende	Kaukasisk	Aalborg Kommune	Mellemlang uddannelse i arbejde	1	Tidligt	3	1.5 år	+	+ 8 ugers undersøgelse
(7) Janni	29 år	Samlevende	Kaukasisk	Aalborg Kommune	Kort uddannelse	2	Uge 20 1. gang. Uge 12 2. gang.	2	2 år/9 mdr.	1. gang: – 2. gang: +	1. gang: + 8 ugers undersøgelse + 1 år efter 2. gang: + 1 år efter

5.2 Eksempel på anvendelse af analyseredskabet og præsentation af temaer

I dette afsnit vil der gives et eksempel på, hvorledes analyseredskabets fire trin (afsnit 4.5.6.1) er anvendt til identifikation af meningsbærende enheder i kvindernes udsagn og operationalisering heraf. Eksemplet tjener det formål at skabe transparens i anvendelsen af analyseredskabet. Igennem transskriptionen blev der, som tidligere beskrevet (afsnit 4.5.6), transskriberet indtil et nyt tema opstod. Efter gennemlæsning (første trin) af udsagnene blev meningsbærende enheder identificeret (andet trin). Eksempelvis gav nogle af kvinderne udtryk for personalets betydning i forløbet, hvor den mellem menneskelige relation mellem kvinden og de sundhedsprofessionelle kom til udtryk, hvorved den meningsbærende enhed "De sundhedsprofessionelles betydning" blev identificeret. Kvinderne udtrykte også, at oplevelser af de sundhedsprofessionelles fokus på individuelle behov var betydningsfulde, hvorved den meningsbærende enhed "Individualitet" blev identificeret. Herefter fulgte en tildeling af temaer til de to meningsbærende enheder (andet trin). Den meningsbærende enhed "De sundhedsprofessionelles betydning" blev kodet under temaet 'At blive mødt'. Den anden meningsbærende enhed "Individualitet" blev kodet under temaet "Udgangspunkt i den enkelte", og dermed er titlen inspireret af begrebsapparatet tilhørende patientcentreringsteorien, som tidligere beskrevet (afsnit 4.2.1), da temaets meningsbærende enhed vedr. individuelle behov er en del heraf (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 48). Dermed repræsenterer titlerne de meningsbærende enheder i kvindernes udsagn. I den efterfølgende operationalisering (tredje trin) af det samlede antal temaer, hvor formålet var nøjere operationalisering, blev temaet "At blive mødt" til et af undertemaerne under temaet "Fokus på kvinden". Temaet "Udgangspunkt i den enkelte" blev et undertema til undertemaet "At blive mødt", da kvinderne i forbindelse med det at blive mødt af de sundhedsprofessionelle lagde vægt på betydningen af individualitet og dermed udgangspunkt i den enkelte. Herefter følger rekontekstualisering af temaerne (fjerde trin), som vedrører analyse heraf med udgangspunkt i en brede teoretisk ramme. Nedenstående figur (figur 3) illustrerer den samlede kodning, hvori temaer og undertemaer er indeholdt.

Figur 3 – Kodetræ over tematiseringen af kvindernes udsagn



5.3 Analyse af fund

I dette afsnit analyseres de forskellige temaer identificeret igennem anvendelse af analyseredskabet, og som fremgår af figur 3 (afsnit 5.2).

5.3.1 "Sammenhæng"

Under dette tema kom kvindernes oplevelser relateret til sammenhæng i deres forløb til udtryk. Temaet er underinddelt i undertemaer b.la. ift. kvindernes oplevelser af diagnosticering. Inddelingen er som følger: "Diagnose og uvished", "Brud og meningstab ved overgange mellem afdelinger", "Brud og meningstab ved overgangen til praktiserende læge".

5.3.1.1 "Diagnose og uvished"

Flere kvinder oplevede, at der i forbindelse med diagnosticeringen forekom ventetid, og at de i denne periode var overladt til sig selv, hvilket bidrog til oplevelsen af mangel på sammenhæng i deres forløb. Kvinderne angav i forbindelse med modtagelse af diagnosen, at de oplevede ventetiden fra de fik besked om testen fra praktiserende læge til kontakten til det obstetriske ambulatorie blev etableret, som værende lang.

"så (pause) hvad har det været, jeg tror det var uge 14 eller 15, hvor jeg var herinde, det gik lidt lang tid før jeg fik svar jeg havde fået svar fra min egen læge om at... at mit tal var for høj men inden jeg ligesom blev indkaldt og man bliver sådan lidt irriteret...." (Birgitte)

Der går dermed en længere periode, hvor kvindernes behov for at danne mening i deres forløb med GDM ikke imødekommes, da de ikke kunne få den nødvendige information, hvilket i Birgittes tilfælde bidrog til følelsen af irritation. Der følges således ikke op på diagnosen umiddelbart herefter, og kvinderne oplevede ikke, at den information de modtog hos praktiserende læge var tilstrækkelig, da de måtte afvente kontakten til det obstetriske ambulatorie. Ydermere angav størstedelen af kvinderne, at det at modtage diagnosen forekom uventet:

"Hmmm da jeg fik det konstateret ... så fik jeg jo så at vide at det var at det var øhhh sukkersyge øhh graviditetssukkersyge øhm og så var jeg jo sådan meget sådan helt måske lidt øhh kunne det lige ramme mig" (Dorthe)

For Dorthe forekom diagnosticeringen med GDM pludselig og derfor som en overraskelse, der bidrog til stor bekymring for barnet og dermed sandsynligvis utryghed. Kvinderne angav, at de havde behov for at modtage yderligere information ift. netop deres individuelle situation om diagnosen, konsekvenserne for mor og barn, behandlingsplanen samt hvilke tiltag de selv kunne gøre. Flere af kvinderne oplevede, at de stod alene med diagnosen og ikke havde viden om, hvordan de skulle forholde sig eller hvilke forholdsregler, de burde tage ift. at være diagnosticeret med GDM. Ventetiden var således problematisk for kvinderne og medvirkede til

yderligere frustration. Flere af kvinderne henvendte sig til praktiserende læge igen for at blive beroliget, men oplevede ikke, at dette bidrog til yderligere mening i deres forløb, hvilket en kvinde beskriver således:

”...så sagde han jamen kom du her ind og få en snak, på den måde var han meget sød, han vidste egentlig ikke ret meget, han kunne henvise til den her side på sundhed.dk tror jeg det var, og så sagde han jamen så vil de nok sige det her til dig, så skal du ind og scannes og du skal undersøges og får sikkert en samtale om at måle blodsukker...” (Birgitte)

Det anses som udtryk for manglende sammenhæng, da der ikke informeres om diagnosen med GDM tidligere, men at kvinderne i en periode må afvente tilknytningen til det obstetriske ambulatorie. Birgittes praktiserende læge prøver at imødekomme hendes frustration og bekymring i ventetiden, da han forsøger at skabe et overblik over det kommende forløb for hende, og bidrage med information om scanninger, oplæring i blodsukker måling og samtaler. Birgitte oplevede dog, at informationen ikke havde den dybde og detaljering, som hun havde behov for for at opnå et reelt overblik.

En kvinde beskriver dog en anden oplevelse af forløbet efter diagnosen, hvor hun allerede samme dag bliver informeret om GDM og det videre forløb:

” samme eftermiddag blev jeg så sendt ud på sygehus syd og skulle snakke med en diætist og skulle snakke med en om det der med og selv skulle måle blodsukker øhh ja det var alt sammen samlet på samme dag øhhh så det var meget fint man fik det hele med” (Gitte)

Gitte oplever således, som den eneste af kvinderne, at hun allerede samme dag blev henvist til diætisten, hvilket opfylder hendes behov for konkret og uddybende information på et tidligt tidspunkt i hendes forløb. Situationen har dog også et andet udgangspunkt end de mange af de andre kvinder, da Gitte fik testsvaret på sygehuset, hvilket kan have haft betydning for koordineringen af forløbet. Ud fra Gittes fortælling fremgår det, hvorledes hendes behov for information blev imødekommet i denne situation, hvilket kan have bidraget til mening i begyndelsen af hendes forløb. Kvinderne har altså forskellige oplevelser af sammenhængene i forbindelse med diagnosticering, afhængig af ventetiden på yderligere information. Det har betydning for kvinderne, om de får den nødvendige information umiddelbart efter diagnosticering af GDM, eller om de måtte afvente dette. I de tilfælde, hvor kvinderne må afvente information, oplevede de i højere grad, at de stod alene i en periode af forløbet, hvilket medvirker til manglende sammenhæng i starten af kvindernes forløb.

5.3.1.2 ”Brud og meningstab ved overgange mellem afdelinger”

Allerede ved fødslen overgår kvinderne til andre afdelinger, og kvinderne afsluttes dermed i ambulatoriet (Region Nordjylland). Kvinderne har nogle mere end andre, således i graviditeten været fulgt ved kontroller,

hvor risikoen ved GDM har fyldt meget, da fokus har været på regulering og kontrol for at sikre det bedste outcome for mor og barn som muligt. Kvinderne har i samarbejde med de professionelle fokuseret på kosten og måling af blodsukre, og dermed været medvirkende til at føre kontrol. Ud fra interviewene med kvinderne oplevede størstedelen, at dette fokus gav mening for dem, ikke mindst grundet det, at barnets velvære og udvikling var en stor prioriteret og motivationsfaktor herfor. Heidi oplevede et brud i hendes oplevelse af sammenhæng og mening, da der efter fødslen pludselig ikke længere er fokus på det, som der blev lagt vægt på under graviditeten:

” det er faktisk også en ting der var lidt mystisk fordi de holdt øje med alting under fødslen og lige så snart jeg havde født så fik jeg serveret et stykke hvidt brød” (Heidi)

Heidis oplevelse er illustrativ for størstedelen af kvindernes oplevelser og viser, at der umiddelbart efter fødsel ikke længere var særligt fokus på de kost anbefalinger, som Heidi fulgte i sin graviditet. Det lykkes dermed ikke de sundhedsprofessionelle på fødeafdelingen at tage udgangspunkt i kvindens forløb med GDM som et samlet hele. Oplevelsen bidrog således, i Heidis tilfælde, til meningsløshed samt en undren over den manglende sammenhæng.

Efter fødslen blev viden og behandling fra ambulatoriet ikke ført videre til andre afdelinger; formentligt grundet forskellige procedure for pleje og behandling, og dermed et andet fokus på mor og barn. Kvinderne angav, at dette var okay, da deres fokus i højere grad var på det nyfødte barn, men var dog undrende eller forvirrede over eksempelvis at være visiteret til barselsafdelingen grundet diagnosen med GDM, for derefter at opleve, at der var et begrænset fokus på GDM. Følgende udsagn fra Birgitte afspejler, hvordan hun oplever et brud mellem den sammenhæng og mening, som hun oplevede i forløbet i det obstetriske ambulatorie og det efterfølgende forløb på barselsafdelingen:

”jeg skulle lige måle en gang imellem nogle tal og det gjorde jeg så efter bedste evne men der var ikke den store interesse for det og det var også okay for mit fokus var også på baby. Men det var sådan en lidt sjov måde at dele det op på. Baby og sukkersyge hænger sammen mens den er i maven men ja der var sådan et skel der var ikke tale om en flydende behandling men præfødsel og post fødsel bum” (Birgitte)

Birgitte oplevede, at der ikke var særlig interesse for blodsukkermålinger på barselsafdelingen på trods af, at der forekommer en reel pleje og behandlingsopgave ved kvinder med insulinkrævende GDM ift. at kontrollere blodsukre efter fødslen. Det øgede fokus på GDM i graviditeten er aftagende efter fødslen, hvilket er forståeligt, da GDM er en forbigående diagnose (Sundhedsstyrelsen s. 135). Der er dog en fare for, at kvindernes oplevelser af manglende sammenhæng mellem de forskellige afdelinger, der varetager pleje og

behandlingsopgaverne i deres forløb, som kan skabe forvirring hos kvinderne og i yderste tilfælde meningstab ift. diagnosen med GDM og dermed også manglende mening med den fremtidige risiko og anbefalingen for follow-up screeningen, hvilket muligvis kan føre til, at kvinderne ikke deltager.

Bruddet samt den manglende sammenhæng forekom endnu større for de kvinder der lå på barselsafdelingen, men som ligeledes havde et nyfødt barn, der var indlagt på neonatalafdelingen:

”Jeg snakkede faktisk næste ikke med nogle af dem på barselsafdelingen jeg var jo ovenpå og der drejede det sig om Oliver og ikke om mig. Det var bare og spise og bade der og ja og så efter de første par døgn der fik jeg en plads deroppe det syntes jeg var dybt åndsvagt .. jeg kunne lige så godt være kommet derop først, det var bare sådan det var og så måtte jeg affinde mig med det. Jeg spurgte om jeg måtte få en plads deroppe men jeg skulle være nedeunder pga. sukkersyge så jeg skulle være på barselsafdelingen og barnet på neo. De vidste jo i forvejen at jeg skulle være indlagt, jeg skulle være der i 2 døgn. Det syntes jeg godt de kunne havde planlagt bedre” (Janni)

Oplevelsen af mangel på sammenhængen mellem afdelingerne kompliceres således yderligere. For kvinderne virkede det, som en af kvinderne udtalte: *”ubegribeligt at det ikke kunne organiseres bedre”* (Birgitte), hvori det kommer til udtryk at organiseringen af efterfødselsforløbet gav anledning til frustration. Ud fra kvindernes fortællinger fremgår det, at de ikke oplevede, at de blev inddraget tilstrækkeligt ift. at imødekomme deres individuelle situation, hvormed der opstod et brud i deres forløb. Forløbet ang. GDM var gledet i baggrunden, da kvinderne i højere grad fokuserede på barnet samt adskillelsen herfra. Kvinderne fortalte, hvordan de fandt, at adskillelsen fra det nyfødte barn var med til at forværre en allerede kompleks situation, hvor de ligeledes ift. indlæggelsen var adskilt fra deres ældre børn. Janni fik en plads på neonatalafdelingen efter nogle dage, men fortalte, at oplevelsen givet anledning til mange bekymringer og havde fyldte meget for hende i lang tid fremover. Birgitte, der ligeledes havde et barn, der var indlagt på neonatalafdelingen, gav udtryk for, at adskillelsen resulterede i gentagende *”tude ture”*. Kvinderne følte sig splittet mellem to afdelinger. Birgitte reflekterede over hendes oplevelse således:

”.....så det var ligesom om deres fokus var på diabetes delen i ambulatoriet og det er også rigtig fint det er det de skal men jeg kunne godt tænke mig at der var mere sammenhæng i sundhedsvæsenet der sagde vi har et helt forløb her det stopper ikke med fødslen det kan være deres job dernede er overstået men det skal altså være sådan at mor og barn får en god start...” (Birgitte)

Birgittes samlede fortælling illustrerer, hvorledes hun reflekterede over, hvordan et mere sammenhængende forløb formentligt ville bidrage til en bedre start for mor og barn, og at det obstetriske ambulatorie kunne bidrage hertil, hvis samarbejdet og koordineringen mellem de andre afdelinger blev forbedret. Birgittes ønske var her mere information om indlæggelsen på neonatalafdelingen, herunder hvorledes en typisk indlæggelse af barnet ville foregå og en bredere planlægning, således mor og barn kunne være indlagt sammen. I Jannis tilfælde oplevede hun, at de på neonatalafdelingen betragtede hende som syg, da hun ikke kunne komme op til barnet grundet diagnosen med GDM. Omvendt oplevede Jannie dog, at der ikke var særlig interesse for GDM på barselsafdelingen. En af kvinderne blev i ambulatoriet tilbudt at komme på besøg på neonatalafdelingen, men oplevede ikke, at dette bidrog til yderligere sammenhæng, da de på neonatalafdelingen havde for travlt til at tale med hende. Dette tydeliggør vigtigheden i at have nogle nøglepersoner, der stod for at være bindeledet mellem afdelingerne. Ydermere oplevede kvinderne ikke, at afdelingerne havde kendskab til hinandens arbejdsområder, hvilket ud fra kvindernes fortællinger, bidrog til følelsen af utryghed.

5.3.1.3 "Brud og meningstab ved overgangen til praktiserende læge"

Med udgangspunkt i ovenstående oplevede de fleste af kvinderne, at deres forløb kunne være bedre organiseret og koordineret, da der forekom mangel på sammenhæng mellem de forskellige afdelinger i efterfødselsforløbet, og at ventetiden forekom lang og meningsløs. Et andet eksempel på et muligt brud i sammenhængen forekommer ved overgangen mellem primær og sekundær sektor:

" jeg tror nok da jeg gik fra sygehuset der syntes jeg nok at jeg havde rimelig styr på hvad jeg skulle men jeg tænker ikke at han lige havde vist helt hvad han skulle sige hvis han skulle noget eller om jeg skulle undersøges for noget. Der havde jeg måske sådan lidt nej men hvis det er ovre så er det ovre" (Heidi)

Kvinden havde tilsyneladende kontrol over forløbet i det obstetriske ambulatorie, men oplevede, at hendes praktiserende læge ikke rigtig vidste, hvilken funktion han havde, og dermed ikke varetog rollen som tovholder i forløbet. Størstedelen af kvinderne oplevede, at praktiserende læger ikke havde viden om follow-up screeningen og dermed sjældent initierede denne, hvilket kommer til udtryk under temaet "Information" (afsnit 5.3.2). Kvinderne udtrykte usikkerhed og manglende forståelse for den manglende sammenhæng mellem de to sektorer. Under interviewene kom det til udtryk, at kvinderne i flere tilfælde besidder meget viden om eget forløb, men bliver forvirrede over, hvad de ser som, de praktiserende lægers manglende kendskab eller manglende initiativ til follow-up screening. Andre kvinder oplevede dog, at praktiserende læger var bevidste herom, dog initieres screeningen ofte af kvinderne. Birgittes nedestående udsagn illustrerer hendes oplevelse samt erfaring med, hvorfor hun tror, det kan være svært for den praktiserende

læge at initiere follow-up screening. Ligeledes viser udsagnet, hvorledes Birgitte oplevede, at hun var koordinator for eget forløb, hvilket flere af kvinderne oplevede:

”Og så er det nok at hvis man kommer med et eller andet problem jamen så husker de sku ikke det graviditetsdiabetes. Det skal man selv sørge for at holde styr på, der er ikke nogen der kommer og holder en i hånden.”(Birgitte)

Birgitte udtrykker, at der udelukkende var fokus på den tilstand, som man henvendte sig til sin praktiserende læge med, hvilket resulterer i, at lægen ikke følger op på andre tilstande som GDM. Som tidligere nævnt (afsnit 5.3.1.1) kan det dog være problematisk for de sundhedsprofessionelle at navigere i mængden af evidens for pleje og behandling, hvilket oftest ikke skyldes modvilje, manglende viden og ressourcer, men i højere grad mangler i organiseringen heraf (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 25).

Ud fra Birgittes udsagn, hvor lignende oplevelser kom til udtryk hos andre kvinder, bliver det tydeligt, at kvinderne selv tager et stort ansvar for follow-up screening. Selv samme kvinder belyser dog, hvorledes det, ”når hverdagen tager over”, kan forekomme anstrengende at få det arrangeret, trods det at de er bevidste om anbefalingerne. Det er dermed for nogle af kvinderne et fravalg, der træffes ud fra hverdagslivets kompleksitet.

5.3.1.4 Rekontekstualisering af temaet ”Sammenhæng”

I ovenstående tema kommer kvindernes oplevelser af sammenhæng mellem det at modtage diagnosen GDM, ventetiden forbundet hermed samt sammenhængen mellem de forskellige afdelinger og sektorer, kvinderne er i berøring med, til udtryk. Ovenstående kan samlet set have betydning for den overordnede sammenhæng i kvindernes forløb. At kvinder med GDM kan opleve manglende sammenhæng i deres forløb fremgår tidligere i opgaven, hvor fragmenteret pleje og behandling fremhæves som en mulig årsag til lav deltagelse i follow-up screening (Keely s. 314, Kapustin s. 551) (afsnit 2.2.1.). I dette afsnit søges kvindernes oplevelser af sammenhæng under deres forløb rekontekstualiseret, hvor fundene fra temaerne vil analyseres med udgangspunkt i teori og undersøgelser inden for området. Manglende sammenhæng kan være en mulig årsag til den lave deltagelse i follow-up screening, og derfor vil kvindernes oplevelser heraf, ligeledes analyseres ud fra forløbsperspektivet, da dette kan bidrage med større indblik i graden af sammenhæng i kvindernes samlede forløb. Analysen vil også tage udgangspunkt i Reason’s teori vedr. et systemperspektiv på fejl, da denne også kan belyse kompleksiteten i systemer som fx sundhedsvæsenet.

5.3.1.4.1 Analyse af sammenhængen ud fra kvindernes oplevelser

En af kvinderne oplevede netop en større grad af sammenhæng i begyndelsen af forløbet, da hun allerede samme dag blev henvist til diætisten, hvormed hun følte sig informeret, hvilket formodeligt skyldes kontinuitet i forholdet til de sundhedsprofessionelle. Andre kvinder oplevede derimod mangel på sammenhæng i ventetiden, og det antages, at kvindernes behov for bl.a. yderligere information imødekommes ved at skabe sammenhæng i tiden mellem at modtage testsvar og kontakten til det obstetriske ambulatorie. Hurtigere personlig kontakt til ambulatoriet eller at kontinuiteten i forhold til de sundhedsprofessionelle styrkes gennem andre kommunikationsformer, syntes således, at kunne imødekomme kvindernes behov i den givende situation, og dermed styrke deres forløb således oplevelser af utryghed og irritation minimeres. Et kvalitativ metasummary indeholder systematisk identificerede kvalitative undersøgelser, hvor selve indholdet i artiklerne er genstand for sammenfattende analyse. Undersøgelsen belyser patienters oplevelser af mødet med forskellige klinikere over tid i et behandlingsforløb, viser, at patienterne ved kontinuitet i forløbet i højere grad føler tryghed og sikkerhed, da direkte information, handleplaner og nøglepersoner som de stoler på i forløbet, er medvirkende til dette (Haggerty, Roberge et al. s. 266-268). Kvinderne med GDM møder som tidligere nævnt flere forskellige sundhedsprofessionelle (afsnit 2.2.1), og deres oplevelser viser, at de ønsker mere information og kontakt til de sundhedsprofessionelle, hvormed behovet for mere kontinuitet i forløbet er tydeligt.

Nogle af oplevede ventetid i forbindelse med diagnosticering af diabetes, og nogle konsulterede i denne periode deres praktiserende læge. En praktiserende læge forsøger at imødekomme frustration og bekymring i ventetiden ved at skabe overblik, hvor det dog blev tydeligt, at lægen ikke vidste ret meget, og i stedet henviste til en almen internetside om sundhed. Denne generelle information om et typisk sygdomsforløb med GDM syntes således ikke at tage udgangspunkt i kvindernes individuelle situation, da de afventede yderligere information om det videre forløb. Dermed er der allerede ved diagnosticering og starten af kvindernes forløb et brud kontinuiteten og sammenhængen, da de i ventetiden ikke får den information, de har behov for. De fleste af kvinderne oplevede ligeledes brud i sammenhængene ved overgangen mellem de forskellige afdelinger, som varetog deres forløb, da det forløb, som de troede var ét samlet forløb, blev brudt op, hvorved de i højere grad blev behandlet ud fra de forskellige afdelingers faglige funktioner. Nogle af disse kvinder fandt det ubegribeligt, at det ikke var muligt at organisere og koordinere forløbet bedre, og ønskede en optimering heraf. Det er kendt, at patienter oplever, at de sundhedsprofessionelle har svært ved at koordinere deres arbejde eller har kendskab til andres arbejdsområder, hvilket kan medføre manglende kontinuitet og miskommunikation (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 83, Siemsen, Michaelsen et al. s. 1412). Flere af kvinderne oplevede forvirring og frustration, da det forløb, der i det obstetriske ambulatorie forekom meningsfuldt, ikke blev tilstrækkelig videreført på de

efterfølgende afdelinger, hvilket kan skyldes, at patienter forventer, at de professionelle kommunikerer (Haggerty, Roberge et al. s. 267). Ifølge en dansk oversigtsartikel bør der ved overgange sikres informationsoverlevering mellem afdeling eventuelt vha. overleveringsteams. Der bør forelægge en klar og opdateret forløbsbeskrivelse herfor, der tager hensyn til den aktuelle kontekst på afdelingen og med klar ansvarsdeling (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1413-1415). Det antages, at der på barselsafdelingen forelægger retningslinjer, der medvirker til sikring af et vis fokus på måling af blodsukkerne, men kvinderne oplevede dog, at de sundhedsprofessionelle ikke var interesserede heri. Kvindernes oplevelse af manglende interesse kan skyldes, at de ikke blev inddraget eller informeret tilstrækkeligt i forløbsbeskrivelsen på denne afdeling, hvilket kan være en årsag til, at flere kvinder ligeledes bliver i tvivl om deres og afdelingens rolle heri. Mangelde information om den videre forløbsbeskrivelse på den aktuelle afdeling er et kendt problem i overgangene mellem afdelinger (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1413), hvilket ligeledes er kendt i et udenlandsk metasummary, hvor det beskrives, at det er vigtigt for patienterne, at de oplever en form for partnerskab med de sundhedsprofessionelle i forløb med mange aktører. Igennem information kan der skabe kontinuitet i forløb, hvorigennem patienterne kan få forståelse for deres forløb, samt komme med forslag til mulige løsninger med udgangspunkt i den enkeltes kontekst (Haggerty, Roberge et al. s. 267-268). Set i lyset af overstående antages det, at en nøgleperson med fokus på risici i overgange eventuelt kunne have fungeret som støtte for kvinderne ved således, at det blev indgået et partnerskab, som kan bidrage til øget kontinuitet og sammenhæng mellem afdelingerne. En nøgleperson ift. kvinderne, der havde deres nyfødte barn indlagt på neonatafdelingen, kunne have imødekommet en allerede vanskelig situation.

Ved overgangen fra obstetrisk ambulatorie til praktiserende læge oplevede de fleste af kvinderne, at den praktiserende læge ikke havde en klar fornemmelse af sin rolle ift. follow-up screeningen, hvilket gav anledning til undren, forvirring og utryghed og kun få oplevede, at den praktiserende læge initierede follow-up screeningen. Dette kan skyldes, at der ikke er koordineret pleje- og behandling på kryds af praksis områder, hvilket kan afhjælpes ved brug af informationssystemer, som kan medvirke til øget koordinering. Øget koordinering kan resultere i øget effektivitet og bedre kliniske outcomes, samt en bedre mulighed for at tage udgangspunkt i patienternes individuelle situation (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 134), og dermed have betydning for kvindernes deltagelse i follow-up screening. En af kvindernes udsagn viste, at hun faktisk ikke forventede, at det var muligt for den praktiserende læge at have fokus på risiko for udviklingen af diabetes ved efterfølgende konsultation med andre formål. De praktiserende læger er dog, som tidligere nævnt (afsnit 2.2.1.2), ansvarlige for kvindernes efterfødselsforløb jf. forløbsbeskrivelsen for almen praksis. Dermed har en viden om hvem der er "afsender" og "modtager" af et forløb betydning, da ansvarsfordelingen herigennem kan gøres klar for alle parter (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1414-1415). Manglende afklaring af ansvarsdelingen kan medvirke til manglende mening for

kvinderne grundet manglende information og inddragelse i forløbsbeskrivelser, hvilket begge antages at bidrage til den lave deltagelse i follow-up screening.

5.3.1.4.2 Analyse af sammenhæng i kvindernes forløb med udgangspunkt i Reason's systemperspektiv

Kvindernes oplevelser af deres forløb med GDM samt deltagelse i follow-up screening vil analyseres med udgangspunkt i Reason's systemperspektiv på fejl, som kan forekomme pga. manglende barrierer herfor (Reason 2000 s. 768-769). De mulige barrierer i kvindernes forløb anses som de forskellige afdelinger og sektorer, de kliniske retningslinjer og procedurer samt individer, der er en del af kvindernes forløb. Reason definerer fejl, som tidligere beskrevet (afsnit 4.2.2), som begivenheder, hvor et planlagt forløb af mentale eller fysiske aktiviteter ikke indfrier det intenderede outcome, som ikke alene tilskrives påvirkning af tilfældige omstændigheder (Reason 1990 s. 9). Hvorved den faldene deltagelse i follow-up screeningen således vil analyseres ud fra hvilke begivenheder, der kan medvirke til dette. Ifølge Reason anses de vigtigste spørgsmål i forbindelse med fejl, som værende følgende punkter: 1) hvilke barrierer der svigtede. 2) hvordan det skete og 3) hvorfor det kunne ske (Reason 2000 s. 60).

Efter fødslen var der et aftagende fokus på GDM, hvilket er forventeligt, men kvinderne oplevede ved overgangen til de andre afdelinger dette som manglende interesse. Dermed opstod der forvirring og frustration hos kvinderne. Således forekom der manglende barrierer imellem de forskellige afdelinger ift. at bidrage til et sammenhængende forløb, hvilket muligvis kan tilskrives det, at kvinderne ikke blev informere om den videre forløbsbeskrivelse med udgangspunkt i den aktuelle kontekst afdelingen repræsenterede (Punkt 1 og 2). Årsagen hertil kan være, at de forskellige afdelinger ikke har tilstrækkelig viden om de andre afdelingers arbejdsområder, eller ikke har procedurer, der understøtter disse overgange, hvilket gør det vanskeligt at koordinere forløbene. Det kan ligeledes skyldes et manglende fokus på risici, der forekommer i forbindelse med overgangene. Endvidere kan der i kvindernes forløb, under og efter fødsel, forekommer procedurer angående de standardiserede pleje- og behandlingsforløb på de forskellige afdelinger, der ikke imødekommer kvindernes individuelle behov, da kvindernes oplevelser tydeliggør mangler og ønsker om mere mening og sammenhæng i det forløb, som startede i det obstetriske ambulatorie. Det kan skyldes, at der, ikke sideløbende med de kliniske procedurer på hver afdeling, forekommer procedurer, der sikrer informationsoverlevering ved overgangene, evt. i form af teams, der styrer og har stor kendskab til risici og de sociale processer der forekommer her. Hvis sådanne barrierer var til stede, kan den mening, kvinderne havde under deres forløb i ambulatoriet, føres videre og ansvarsdelingen samt den videre forløbsbeskrivelse kan ligeledes bliver tydeligere for både kvinderne og de sundhedsprofessionelle på de forskellige afdelinger og sektorer. Med udgangspunkt i Reasons systemperspektiv på fejl (afsnit 4.2.2) kan kvindernes oplevelser af manglende sammenhæng skyldes mulige latente betingelser, som iboende svagheder i systemet, der kan

medvirke til den lave deltagelse i follow-up screening, da disse kan føre til flere aktive fejl som eksempelvis manglende information (punkt 3).

5.3.2 "Information"

5.3.2.1 "Tid til information"

Alle kvinderne oplevede, at informationen om risiko for senere udvikling af diabetes og anbefalingen om follow-up screening efter fødslen indgik i den information, som blev formidlet til dem under deres forløb på ambulatoriet. De fleste kvinder fik desuden informationen gentaget på barselsafdelingen efter fødsel, der var dog enkelte kvinder, som ikke blev informeret her. Dermed gav ingen kvinder udtryk for ikke, på en eller anden måde, at være blevet informeret deres risiko og anbefalingen om follow-up screening. Det er i højere grad kvindernes oplevelser af, hvorledes informationen formidles og graden af information, som anses som betydningsfulde for måden hvorpå informationen opfattes af kvinderne. I det følgende gives der eksempler på kvinders forskellige oplevelser af information under deres forløb, og det følgende udsagn er et eksempel herpå. Eksempelvis fortæller Anja om hendes oplevelser af information om risiko for udvikling af diabetes og follow-up screening hos diætisten, som : *"...øhm men de sagde altså jeg tror bare at alle havde for travlt til sådan rigtigt at sige noget andet end så fik man den brochure og så kunne man selv læse hvordan tingene var"* (Anja).

Anja giver udtryk for, at informationen, indeholdt i brochuren, stod alene uden yderligere uddybelse fx af informationen om follow-up screening og risiko, hvilket hun tilskriver travlhed. Det var dermed op til hende selv at læse informationen uden yderligere dialog herom med de sundhedsprofessionelle. Uanset om kvinderne blev informeret skriftligt eller mundtligt, udtrykte de fleste af kvinderne, at informationen ikke blev uddybet eller forklaret yderligere, men mere var information, som blev udlagt og "givet" til dem. Størstedelen af kvinderne forholder sig ikke kritisk til den manglende uddybelse af information om risiko og follow-up screening og den knappe tid i forbindelse hermed. Travlheden kan dog i nogle tilfælde påvirke kvindernes oplevelser af information generelt, og to kvinder oplever i forbindelse hermed behov for mere og uddybende information samt tid hertil. Eksempelvis fortæller Dorthe:

"Uhm uhm jeg tror jeg var derinde en time så det sådan lidt begrænset hvor mange informationer man kan nå og få på en time." (Dorthe)

Dorthe stiller spørgsmålstejn ved den tid, som var afsat til information om follow-up screening, og siger ydermere:

"Men altså den var ikke særlig dybdegående øhh og så det var sådan set meget øhh hvad jeg skulle holde mig fra agtigt." (Dorthe)

Dorthe udtrykker, i modsætning til størstedelen af kvinderne, mangel på tid til uddybende information om, hvorledes hun skulle forholde sig til det at have GDM, og forholder sig dermed kritisk hertil.

En kvinde udtrykte, som den eneste, tilfredshed med den generelle information om forløbet, som hun kobler op på en oplevelse, hvor en jordemoder tog sig til tid uddybende information om forløbet generelt. Kvinden fortæller:

”Og der var nemlig en jordemoder det er sådan hende jeg kan huske. Hun fortalte mig virkelig omkring hvad der vidste jeg ikke om jeg havde det, men der fortalte hun mig omkring fødslen og hvad der ville ske og hvad der kunne ske for barnet og hvordan hele forløbet ville være og det var jeg det egentlig det jeg husker sådan bedst kan huske hvor jeg fik informationer om det og så har jeg helt sikkert fået nogle brochurer dernede. Og de har nok også fortalt de men jeg fik god information omkring hvad det ville sige af hende og det har jeg selvfølgelig også gjort af de andre” (Christina).

Christina genkalder bedst denne oplevelse af uddybende information, og fremhæver den frem for information gennem brochurer i ambulatoriet. Christinas oplevelser tydeliggør uddybende information i forløbet, som størsteparten af kvinderne ikke oplever, kan være afhængigt af, om de sundhedsprofessionelle tager sig tid til information og uddybelse heraf.

5.3.2.1.1 ”Informations mængde”

Størsteparten af kvinderne oplevede, at der i forløbet generelt var meget information. Den store mængde af information kan medvirke til, at kvinderne har svært ved at erindre den konkrete informationen om risiko og anbefaling om follow-up screening, hvilket kan tilskrives graden af information og den plads, den havde i forløbet. Om den store mængde af især skriftlig information i forløbet, fortalte Heidi:

”Jeg fik i hvert fald en masse foldere og øhh pjecer og sådan nogle jeg kan huske jeg læste i de der og jeg har også været inde og kigge på nogle hjemmesider jeg fik et eller andet afvide om men jeg kan ikke skelne om det var ved inde ved de læger eller... ”. (Heidi)

Heidis udsagn tydeliggør, hvorledes store mængder af information i forløbet kan gøre det svært at erindre den konkrete information de forskellige steder i forløbet. Hvilket også kommer til udtryk i det Christina fortæller:

”... og så øhh har de selvfølgelig nok også fortalt mig om altså at jeg kunne få det og ja nej jeg kan ikke huske mere omkring hvad de har sagt. ” (Christina)

Christina udtrykker, som beskrevet ovenfor, problematikken i forbindelse med det at huske informationen om risiko for senere udvikling af diabetes, og anbefalingen om follow-up screening i detaljer, da hun også modtog flere brochurer. En kvindes oplevelser af den store mængde af information i forløbet var svær at rumme, som medvirkede til, at hun tog en forholdsregel ift. hertil, og Dorthe fortæller:

” Istedet for øhm hvor jeg så kom op på sygehus Syd til undervisning jeg havde taget min mor med og også fordi jeg synes egentlig det var rart lige der bliver sagt så mange ting så...”
(Dorthe)

Og

”Og halvdelen får man måske ind men.” (Dorthe)

To kvinder kunne dog huske mere detaljeret information om risiko for udvikling af diabetes og anbefalingen om follow-up screening på trods af, at de, som de andre kvinder, ligeledes modtog en stor mængde af information i deres forløb, hvilket Dorthe ligeledes udtrykker i nedenstående udsagn.

”Uhm det var sådan lidt mere at øhm der er så og så mange procent chance for at udvikle og... og mit barn jeg tror det var 50 % eller sådan noget så øhm så hun uddybede det egentlig bare lidt.” (Dorthe)

Dorthe var, på trods af den store mængde af information i forløbet, bevidst om den høje risiko for udvikling af diabetes og var endvidere bevidst om anbefalingen om follow-up screening.

På trods af de store mængder af information har størstedelen af kvinderne viden om den fremadrettede anbefaling om follow-up screening. To af kvinderne giver dog udtryk for en fejlagtig opfattelse af informationen om anbefalingen om follow-up screening. Disse to kvinder beskriver, ligesom de andre kvinder, at informationen ikke blev uddybet og fandt det ligeledes problematisk at huske den præcise information. Gitte fortæller om den information om anbefalingen om follow-up screening, som hun modtog på barselsafdelingen inden udskrivelse:

”Og så fik vi lov til og tage hjem ja og så var der ikke noget ekstra altså så fik jeg bare afvide da jeg skulle hjem at jeg skulle lige huske og få målt øhh få taget blodprøve ved min læge efter 3 måneder.” (Gitte)

Og *”Nej så jeg er ikke bleven anbefalet og blive testet sådan regelmæssigt.”* (Gitte)

Om kvinderne er blevet informeret forkert, eller om der i højere grad er tale om misforståelse af informationen, kan muligvis tilskrives problematikker vedr. manglende uddybelse, travlhed og store

mængder af information i forløbet, som kan medvirke til, at kvinderne har svært ved at huske den konkrete information. Uanset hvad der er tale om, er dette stadig problematisk, da kvinderne ikke er bevidste om den fremadrettede anbefaling om follow-up screening. De to kvinder, som ikke var bevidste fortalte under interviewet, at de var i tvivl om, hvorledes de skulle forholde sig ift. fremadrettet follow-up screening efter fødsel.

5.3.2.2 "Praktiserende læges fokus på follow-up screening"

Kvindernes oplevelser af praktiserende læges fokus på follow-up screening var blandede. Kvinder beskrev deres egen rolle, og herunder praktiserende læges rolle i forbindelse med initiering af follow-up screening, samt hvorledes deres læge informerede om den fremadrettede anbefaling herom. Størstedelen af kvinderne angav, at de enten selv havde bestilt tid til follow-up screening forud for 8-ugers undersøgelsen ved praktiserende læge, eller at de selv bragte det op under undersøgelsen. Dermed er de fleste kvinder bevidste om den første kontrol efter fødsel og initierer denne selv, og de fleste kvinder (6) har fået foretaget follow-up screening ca. 8 uger efter fødslen. Eksempelvis fortæller Anja om den 1. opfølgende test efter fødslen:

"Nej (pause) der stod at det var noget jeg selv skulle gøre så jeg fik taget ved 8 ugers og så aftale jeg at sådan cirka et års tid efter så skulle jeg så ville jeg selv ringe og bede om test igen."
(Anja)

Anja har dermed en væsentlig rolle ift. gennemførelse af follow-up screening, og de fremadrettede screeninger, men hendes læge har dog fokus på anbefalingen om fremadrettet screening.

To kvinder oplevede, at praktiserende læge var opmærksomme på follow-up screening, og i den forbindelse initierer follow-up screening ved 8-ugers undersøgelsen, eksempelvis fortæller Janni: *"Nej det var lægen der sagde at jeg skulle have taget den... lægen sagde at om et år skal du have taget den så.."*

Den eneste kvinde, som ikke fik foretaget follow-up screening ved 8-ugers undersøgelse, jf. tabellen over kvindernes karakteristika (afsnit 5.1), oplevede, at der ikke var fokus herpå ved undersøgelsen. Kvinden havde ved tidsbestilling til 8-ugers undersøgelsen specifikt bestilt tid til follow-up screening ved denne undersøgelse. På trods af tidsbestilling lykkedes det ikke for kvinden at få den foretaget, og kvinden fik først foretaget follow-up screening et år efter sin fødsel, hvilket hun selv tog initiativ til. Om sin oplevelse, fortæller Christina:

"Jeg havde egentlig bestilt tid og jeg var egentlig deroppe og havde den lille med og hun skulle vaccineres også så lige pludselig så da vi egentlig var ved sådan og være færdige så sagde jeg at jeg skulle have taget den her men så havde de ikke tid." (Christina)

Christina oplevede, at der var for lidt tid til gennemførelse af testen, hvilket opstod i relation til, at hun havde sin lille datter med, som også skulle undersøges ved konsultationen. Kvinden nævner selv follow-up screening

og tidbestilling hertil under konsultationen, som afvises uden videre anbefaling om, at kvinden snarligt bør bestille en ny tid hertil. Gennemførelse af follow-up screening blev dermed ikke prioriteret af kvindens læge ved den pågældende konsultation.

5.3.2.2.1 "Praktiserede læges viden og information om risiko og follow-up screening

Overhalvdelen af kvinderne (4) oplevede, at deres læge hverken talte uddybende med om risikoen for diabetes eller anbefalingen om follow-up screening, og i den forbindelse fremstod nogle af de praktiserende lægers viden om GDM som begrænset. Dermed har de praktiserende læger ikke altid fokus herpå. Eksempelvis beskriver Gitte sin oplevelse af information om risiko for udvikling af diabetes efter GDM hos sin praktiserende læge: "*øhh men det er ikke noget jeg sådan vi har snakket uddybende om*". På trods af at Gitte er familiært disponeret for diabetes har information om risikoen for udvikling af diabetes ikke været beskrevet uddybende af hendes praktiserende læge. Gitte bliver heller ikke, hos sin praktiserende læge, informeret om anbefalingen om fremadrettet follow-up screening. Dermed gøres kvinden heller ikke bevidst herom, hvilket muligvis kan medvirke til, at hun, og den anden kvinde, ikke fremadrettet deltager i follow-up screening.

Det manglende viden om kvindernes risiko og anbefalingen om follow-up screening i almen praksis kommer til udtryk igennem Christinas oplevelse af follow-up screening, som foregår første gang et år efter fødsel:

"Og så sagde jeg så til hende nå men så skal jeg komme igen om et år ikke nej det ved jeg ikke siger hun så det ved jeg ikke lige noget om." og "Og så tænkte jeg nå ej men det ved jeg det er jeg sikker på jeg skal det der med at de altså der var hun vidste slet ikke noget om det hun var faktisk selv meget højgravid så jeg tænkte egentlig det var lidt sjovt (griner)." (Christina)

Christinas søgte bekræftelse af sin egen viden om follow-up screening, og hendes oplevelser tydeliggør, at der ikke var kendskab til anbefalingen på trods af, at kvinden selv var bevidst herom. Oplevelsen vakte undren hos hende, og hun uddyber risikoen ved den manglende viden herom: "*Nej hvis jeg havde været usikker på det så så var jeg nok blevet lidt mere usikker omkring det*". Christinas beskriver muligheden for, at den manglende viden, kombineret med usikkerhed herom i almen praksis, muligvis kan medvirke til tvivl og usikkerhed om anbefalingen. Dette er eksempelvis tilfældet for de to kvinder, som ikke har kendskab til den fremadrettede anbefaling. Andre oplevelser af manglende viden var også relateret direkte til den praktiserende læge, men Christinas oplevelse vurderes som værende særligt interessant, da hun udtrykker, at den manglende viden i almen praksis kan medvirke til tvivl om anbefalingen.

I det følgende udsagn kommer divergens mellem det, kvinden har forstået og det, der skal ske ift. follow-up screening, til udtryk. Kvinden oplever usikkerhed om den diagnostiske test, der anbefales i forbindelse med follow-up screening. Gitte beskriver sin oplevelse således:

”Det var fint nok øhh det eneste der var det var da jeg kom derind der havde jeg fået besked på at jeg skulle være fastende og det sagde min læge at det skulle jeg ikke jeg skulle faktisk helst have spist noget så det var sådan lidt nå.” (Gitte)

Gitte fik ikke foretaget enten en oral glukose tolerance test eller fastende plasmaglukose, som ifølge Sandbjerg guidelines er de anbefalede tests i forbindelse med follow-up screening (Damm, Ovesen et al. s. 11), men en blodprøve som hun forventede at skulle være fastende til, og derfor mødte fastende op. Gittes oplevelse tydeliggør, at der kan forekomme tvivl om den diagnostiske test, der anvendes i forbindelse med follow-up screening i almen praksis. Den anden kvinde, som ikke have kendskab til anbefalingen om follow-up screening efter fødsel, er dog blevet bevidst herom i forbindelse med lægeskift 1. år efter fødsel.

5.3.2.3 Rekontekstualisering af temaet ”Information”

I problemanalysen er måden hvorpå information formidles problematiseret med udgangspunkt i opfattelsen af, at information om sundhed og sygdom er noget som kan overføres. Denne opfattelse af information kan medvirke til et manglende fokus på den meningsskabende kommunikationen mellem kvinderne og de sundhedsprofessionelle. Information og beslutningstagning igennem det informerede samtykke, er ifølge sundhedsloven også en rettighed (afsnit 2.2.2.2), hvilket underbygger vigtigheden af information. Den lave deltagelse i follow-up screening, identificeret i registerundersøgelsen, kan ud fra kvindernes oplevelser, ikke udelukkende tilskrives manglende information, men måske snarere problematikken vedr. kommunikationen herom. Dermed synes det interessant, at belyse hvilken rolle forståelse spiller i kommunikations processen. Til analyse af informationen og kvindernes oplevelser heraf i deres forløb, anvendes Luhmanns kommunikationsbegreb, hvilket der er argumenteret for tidligere (afsnit 4.2.3).

5.3.2.3.1 Analyse af information ud fra Luhmanns problematisering af overførselsmetaforen

De fleste kvinder oplevede, som beskrevet under temaet (afsnit 5.3.2), at informationen om risikoen og anbefalingen om follow-up screening ikke blev uddybet igennem deres forløb, hverken af de sundhedsprofessionelle på gynækologisk afdeling eller af praktiserende læge. Kvindernes oplevelser understøttes med fund fra problemanalysen om at kvinder med GDM i nogle tilfælde oplever informationen i deres forløb som værende mangelfuld (Kapustin s. 551, Keely 2012 s. 314, Devsam, Bogossian et al. s. 76) (afsnit 2.2.2). Kvindernes oplevelser af manglende uddybelse af informationen, kan anses som et udtryk for en tilgang til information som kan anskues ud fra det Luhmann definerer som overførselsmetaforen. Kommunikation antages her at kunne overføres fra ansender til modtager (Luhmann s. 180). Eksempelvis blev der spurgt indtil hvorvidt en kvinde fx havde læst informationen, hvilket hun tilkendegav. Kvindens tilkendegivelse førte ikke til yderligere kommunikation, hvorved den sundhedsprofessionelle anså informationen som overført til og forstået af kvinden. Ifølge Luhmann er denne metafor uanvendelig, da den

foreslår at afsenderen overgiver noget, som modtageren modtager, hvilket ikke kan være tilfældet, da afsenderen ikke afgiver eller mister noget. Dermed er metaforen omkring det, at besidde og at modtage og information en tingsliggørelse heraf, som ifølge Luhmann er uegnet til forståelse af kommunikation (Luhmann s. 180). Med udgangspunkt i kvindernes oplevelser under dette tema, kommer overførsel af information fra de sundhedsprofessionelle til udtryk ved at de ikke uddyber informationen om risiko og follow-up screening. De sundhedsprofessionelle antager dermed, at informationen uden videre kan overføres til kvinderne. Luhmanns modstand mod at betragte kommunikation ud fra overførselsmetaforen, genfindes ligeledes hos Kirsten Lund og er også beskrevet i rapportens indledende problemanalyse (afsnit 2.2.2.2). Kvindernes oplevelser af information uden videre dialog herom, kan betragtes ud fra overførselsmetaforen, hvor en kvinde (Anja) tilkendegiver at have læst informationen, som var indbefattet i informationsmaterialet, og hvor den sundhedsprofessionelle tolker det, at kvinden har læst materialet. De sundhedsprofessionelle tolker det at kvinden har læst materialet, som at hun har modtaget informationen om bl.a. risiko og follow-up screening. Herved kommer overførselsmetaforen til udtryk, da den sundhedsprofessionelle antager at der er overført information til kvinden, hvilket er en uegnet måde at opnå forståelse på. Ud fra metaforen antages det ligeledes, at det overførte er det samme for afsender og modtager, hvilket ifølge Luhmann er umuligt og det må overvejes om information har forskellig betydning for afsender og modtager (Luhmann s. 180-181). Kvindernes oplevelser af informationen om risiko og anbefalingen om follow-up screening igennem hele forløbet bærer præg af begrænset og mangel på dybdegående information herom, hvilket tydeliggør problematikken ved overførselsmetaforen, som kommer til udtryk i kvindernes italesættelser af informationen som noget de "fik" og "blev" og dermed modtog. Dermed kommer opfattelsen af at information er noget, der kan overføres til udtryk. Kvinderne oplevede også, at der var store mængder af information i deres forløb generelt, som medvirkede til problemer ift. at kunne erindring heraf, hvilket modviser den iboende antagelse om overførsel af information i overførselsmetaforen, da informationen ikke uden videre blev overført til kvinderne. Ifølge Luhmann er der i forbindelse med kommunikation en stor tabskvote, uforståeligheder og spild (Luhmann s. 199), hvilket også gælder i disse kvinders tilfælde og dermed er det ikke givet at kvinderne, uanset om de informeres mundtligt eller skriftligt, har forstået den information, som blev formidlet af de sundhedsprofessionelle under deres forløb. Hertil kommer, at nogle erindrer informationen om risiko for diabetes og anbefalingen om follow-up screening bedre end andre, hvilket også kan betyde at kvinderne tillægger informationen forskellig betydning, hvilket underbygger Luhmanns kritik af overførselsmetaforen i forbindelse med information.

5.3.2.3.1.1 Kommunikationens tre selektioner

Kvinderne har i nogle tilfælde svært ved at erindre informationen, som der generelt er meget af i deres forløb, og kvinderne oplever at tiden til information ikke prioriteres højt. At kvinderne kan have svært ved at huske

den konkrete information i forløbet kan medvirke til den lave deltagelse i follow-up screening, identificeret i registerundersøgelsen. Dermed kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt kvinderne har forstået informationen om follow-up screening i forløbet. Som belyst i ovenstående afsnit, bærer informationen til kvinderne præg af overførsel, hvilket ifølge Luhmann er en uegnet tilgang til forståelse af information (Luhmann s. 180). Ifølge Luhmann er kommunikation i stedet en tredelt proces bestående af tre selektioner; information, meddelelse og forståelse, hvorigennem kommunikationen realiseres (Luhmann s. 181, 188). Luhmann anser i tillæg hertil systemer som autopoietiske, og dermed som selvrefererende og operativt lukkede, hvorved alle operationer finder sted inden for systemets grænser (Luhmann, s. 15-16). Ud fra Luhmann kan den enkelte kvinde og sundhedsprofessionelle, anses som lukkede systemer hvor påvirkning, herunder kommunikation, fra omverdenen kan genindføres i kvindens system. At kvinden og de sundhedsprofessionelle under kommunikation er lukkede for hinanden, og at kommunikation også er et selvreferentielt og lukket hændelsesforløb, bevirker at forståelse ikke blot overføres problemfrit igennem kommunikationen som hændelsesforløb mellem to lukkede "systemer". Luhmann beskriver hertil at: *"Ethvert levende væsen sorterer og bearbejder det, som det perciperer, for sig selv"* (Luhmann s. 199). Når både kommunikation er et lukket hændelsesforløb mellem selvrefererende og lukkede systemer, anses det dermed som relevant i det følgende at belyse hvorledes den tredje selektion; forståelse kommer i stand. Luhmanns teori vil i det følgende analyseres ift. kvindernes oplevelser og forståelse af informationen i deres forløb. Ud fra Luhmanns definition af hvad der kendetegner den meddelende parts andel i kommunikation er det væsentligt for de sundhedsprofessionelle, at de forstår sig selv som del af den mening der formidles til kvinderne, som kan have forskellige betydninger i kommunikationen. De kommunikerende parter, adressanten og meddeleren, har forskellige roller ift. de tre selektioner, hvor det den første selektion består i er at meddeleren udvælger noget som bestemmes ud af forskellige muligheder, hvorved det meddelte bliver til information. Ifølge Luhmann kan kommunikation, som tidligere beskrevet, anses som selektion, hvor den selektivitet som opstår igennem kommunikation har sin egen horisont, som konstituerer det som der allerede er valgt som selektion, hvilket kan anses som informationen (Luhmann s. 181). Herefter følger meddelelsen og afslutningsvist adressantens forståelse af det meddelte (Luhmann s. 182). De informationer, som kommunikerer til kvinderne igennem deres forløb af forskellige sundhedsprofessionelle, er dermed selektioner af information, som er udvalgt af de sundhedsprofessionelle i den konkrete situation, hvoraf kvinderne, som psykiske systemer, forstår og udvælger forskellige dele, hvilket kan medvirke til forskellig betydning og forståelse af informationen. I forbindelse med kommunikation er der, ifølge Luhmann, også risiko for misforståelse, som kan kontrolleres og korrigeres (Luhmann s. 182). Når en kommunikation efterfølges af en anden bør det, ifølge Luhmann altid kontrolleres om den foregående kommunikation er blevet forstået, hvilket kan foregå igennem forståelseskontrol. Hvis forståelsen ikke er opnået, kan der i

stedet opstå refleksion, dvs. kommunikation over kommunikation (Luhmann s. 184). Luhmanns syn på forståelse, og kontrol heraf kommer til udtryk i kvindernes udtalelser fx når der spørges ind til om en brochure er læst, hvor kvinden tilkendegiver at have læst denne, og hvor der ikke søges videre uddybelse eller forståelseskontrol. Dog kunne den sundhedsprofessionelle have søgt at afdække kvindens forståelse igennem forståelseskontrol og have medvirket til en reflektiv kommunikation hvorigennem kvindens forståelse af informationen kunne komme til udtryk. Kvinderne beskriver ligeledes at informationen var noget de "fik" og at de "blev" informeret, altså igen overførsel af kommunikation muligvis uden efterfølgende forståelseskontrol.

To kvinder (Gitte og Dorte) beskriver, at de blev informeret om risikoen og anbefalingen om follow-up screening, men at de forstod informationen om anbefalingen som en enkelt kontrol ca. 8 uger efter fødsel og ikke fremadrettet. Det er muligt, at kvinderne er blevet informeret om den fremadrettede anbefaling om follow-up screening, men manglende forståelseskontrol og reflektiv kommunikation kan muligvis være årsagen til, at disse kvinder ikke er bevidste om den egentlige anbefaling. Dermed kan information uden forståelseskontrol ift. fremtidig risiko og anbefaling om follow-up screening medvirke til, at kvinderne misforstår informationen, hvorved de ikke får foretaget follow-up screening fremadrettet. Ifølge Luhmann er det muligt at kommunikation på baggrund af erfaring kan indrettes sådan, at forståelse kan forventes. Dermed kan de sundhedsprofessionelle, igennem refleksivitet over egen kommunikation og forståelseskontrol ift. bl.a. risiko og anbefaling om follow-up screening, indrette deres kommunikation således at det er forventeligt at kvinderne forstår informationen. Dermed er kommunikationens tredje selektion; forståelse, som her vedrører forståelse af risiko for udvikling af diabetes og anbefalingen om follow-up screening, afhængig af både kvindernes selektion ift. den meddelte information, men også om hvorvidt der forekommer forståelseskontrol i kommunikationen mellem kvinderne og de sundhedsprofessionelle. Der kan dermed være tale om at de sundhedsprofessionelle forveksler, eller tolker, en iagttagelse af den tredje selektion som forståelse, som ikke uden videre kan antages som at der er sket en selektionskobling ift. det meddelte.

5.3.2.3.1.2 Den fjerde selektion

Udover at tilpasse kommunikation sådan, at forståelse er forventeligt kan forståelse, ifølge Luhmann, kontrolleres ved tilslutningsadfærd (Luhmann s. 184). I kommunikation skabes der, ifølge Luhmann, en social situation hvor tilslutningsafgørelser forventes, da modtageren presses mod antagelse eller forkastelse, hvilket medvirker til at der kommunikation ligger en provokation om anvisning (Luhmann s. 188-189). I denne forbindelse er Luhmanns fjerde selektion relevant, hvor meningsindholdet i det meddelte kan antages eller afvises, som præmis for egen adfærd (Luhmann s. 188). Kommunikativ succes afhænger af om adressanten overtager kommunikationens selektive indhold som præmis for egen adfærd. Antagelse kan forstås som

handling på baggrund af direktiver, men det kan også betyde oplevelse, tænken eller videre informationsbearbejdning, hvilket dermed kan anses som en *”vellykket selektionskobling”* (Luhmann s. 200). Kommunikation har, ifølge Luhmann, til hensigt at medvirke til en tilstandsændring hos adressanten, hvilket vil sige at adressanten forstår meningen med det kommunikerede, hvorved der skelnes mellem forståelse af kommunikationens selektionsmening og antagelsen eller forkastelsen af selektion som præmis for egen adfærd (Luhmann s. 188). Ud fra Luhmanns definition af den fjerde selektion, som ikke er en del af kommunikationen, men som opstår som resultat heraf, ligger der i informationen om risiko og follow-up screening under kvindernes forløb en mulighed for anvisning om deltagelse i follow-up screening som præmis for kvindernes adfærd, dvs. tilslutningen hertil som betingelse for egen adfærd. Dermed ligger der i informationen om follow-up screening til kvinderne en social situation hvor den sundhedsprofessionelle forventer, at kvinden tilslutter sig anbefalingen herom. Antagelsen af informationen medfører ikke nødvendigvis, at kvinderne deltagelse i follow-up screening, men at kvinden bearbejder informationen og overvejer denne, hvorved der ifølge Luhmann opstår en vellykket selektionskobling, hvorefter deltagelse i follow-up screening også kan fravælges. Kvindernes oplevelser viser, at de informeres om risikoen for follow-up screening under deres forløb. Dermed kan manglende information om risikoen for diabetes og anbefalingen om follow-up screening ikke være årsagen til, at kvinderne ikke forsætter med at få foretaget follow-up screening. Forklaringen på den lave deltagelse, med udgangspunkt i Luhmanns kommunikationsbegreb og den fjerde selektion, kan derimod tilskrives det at kvinderne ikke gør informationen betingelse for egen adfærd, da de ikke vedvarende, som registerundersøgelser viser, deltager i follow-up screening. Kvinderne kan dermed vælge at gøre andet til betingelse for egen adfærd. Som beskrevet ovenfor forventes der ved kommunikation tilslutningshandling hvorigennem forkastelse eller antagelse af information kan komme til udtryk. Kvindernes valg om at deltagelse eller fravalg heraf, kan anses som tilslutningshandling ift. informationen om anbefalingen om follow-up screening. Registerundersøgelsen kan anses som en måling for tilslutningshandling, da undersøgelsen belyser tilslutningen til follow-up screening og dermed kan faldet i deltagelsen mellem 1. og 2. follow-up screening være udtryk for, at kvinderne generelt ikke tilslutter sig meningsindholdet i det de sundhedsprofessionelle har kommunikeret til dem eller at de ikke forstår anbefalingen. De fleste kvinder fra interviewundersøgelsen havde dog fået foretaget 1. follow-up screening, hvorved de imidlertid udviser tegn på tilslutningsadfærd. Flere af kvinderne er dog nået hen til tidspunktet for 2. follow-up screening, som ligger imellem 1-2 år efter fødsel (Damm, Ovesen et al. 2009), men de har endnu ikke fået foretaget denne, men angiver under interviewene, at de påtænker snart follow-up screening. Dermed synes den kommunikative succes ift. de sundhedsprofessionelles information om risiko og anbefaling om follow-up screening begrænset, da denne afhænger af kvindernes antagelse af det selektive indhold som betingelse for egen adfærd. Informationen

om risiko og follow-up screening i kvindernes forløb, kan anses som risikoorienteret kommunikation, der kan virke moraliserende og manipulerende, hvilket også er belyst i problemanalysen (afsnit 2.2.2.2). Igennem provokation om anvisning synes Luhmanns perspektiv på moralisering væsentligt at inddrage, da kommunikation kan medføre at et individ tvinges mod at gøre det, som der i kommunikationen var tiltænkt (Luhmann s. 197-198). Luhmann definerer dette som en bindingseffekt, som bliver særligt fremtrædende, når kommunikation antager moralske overtoner eller ligefrem er et moraltema. Igennem kommunikation kan individer ledes til moralsk selvforpligtigelse, for så at lade dem i stikke igen (Luhmann s. 198), dvs. at kvinderne er overladt til selv at ift. at forholde sig informationen om risiko og anbefalingen om follow-up screening. I forbindelse med information om risiko for fremtidig udvikling om diabetes, kan der forekomme moralisering, som søger at sandsynliggøre at kvinderne gør informationen til betingelse for egen adfærd, dvs. handler i overensstemmelse hermed. Kvinderne beskriver at informationen under forløbet tog udgangspunkt i hvad man skulle søge at holde sig fra og den fremtidige risiko som i nogle tilfælde blev uddybet og i andre ikke, hvilket muligvis kan skyldes at de sundhedsprofessionelle forventer at kvinderne handler på baggrund af informationen, altså den "bindingseffekt" som kan forpligte kvinderne til at efterleve denne. I forbindelse med risikokommunikation kan kvindernes sundhedsopfattelse ændres, hvorved der kan opstå medikalisering af hverdagslivet (Timm 1997 s. 26). Medikalisering kan være et resultat af det at kvinderne, som beskrevet ovenfor, lades i stikken med den moralske selvforpligtigelse, som to af kvinderne udviser tegn på under temaet "Oplevelser af risiko".

5.3.2.3.1.3 Kommunikation og kontekstafhængighed

Som tidligere beskrevet sorterer og bearbejder individer det som de opfatter for sig selv, hvorved kommunikation forudsætter individer med egen omverden og "*eget apparat til informationsbearbejdning*" (Luhmann s. 199). I tillæg hertil kan mening ifølge Luhmann kun forstås kontekstbundet og inden for et systems grænser, og det som er kontekst for den enkelte opstår med udgangspunkt i den enkeltes perceptionsfelt og eftertanke (Luhmann s. 199). Dermed er kvindernes forståelse af meningsindholdet i informationen afhænge af deres kontekst, som er et produkt af måder at opfatte og tænke på. Kvindernes oplevelser af deres forløb, hele deres livssituation og deres oplevelser af informationen kan, med udgangspunkt i Luhmann, anses som individuelle og afgørende for den kontekst, som kvinderne perciperer ud fra. Igennem kvindernes udsagn under dette tema er det også blevet tydeligt, at kvinderne oplever informationen forskelligt, hvilket yderligere understreger kontekstens betydning, som har betydningen for den måde den enkelte kvinde opfatter informationen på. Manglende uddybelse af informationen medførte ikke, at kvinderne beskrev utilfredshed med informationen, hvilket kan tilskrives kontekstens betydning og kvindens måde at opfatte fx informationen på. Interaktionssystemet, som udgøres af kvinden og den sundhedsprofessionelle, har den funktion at informere kvinderne på en måde, som medvirker til forståelse

af informationen og deltagelse i follow-up screening. Kvindernes oplevelser af travlhed og store mængder af information kan påvirke kvindernes perception af informationen, da de perciperer omverdenen med udgangspunkt i eget perceptionsfelt. Kvinderne kan dermed perciperer travlhed og uoverkommelige mængder af information, hvilket gennem temaet er identificeret som værende betydningsfuldt ift. kvindernes oplevelser af informationen, især ift. at erindre denne. Dermed kan kvindernes kontekst og perception af bl.a. travlhed påvirke deres senere deltagelse i follow-up screening. Et review, omhandlende patienters præferencer i forbindelse med information, viser, at behov for information ofte ikke tilpasses patienternes behov, og at utilfredshed med kommunikation kan tilskrives utilstrækkelig information om deres tilstand og generelt ønskede mere. Når patienter oplever, at information opfylder deres behov kan dette medvirke til bedre tilslutning til behandling (Kiesler, Auerbach s. 336). Systematisk fokus på patienters behov for information ligeledes kan forbedre patienters sundhedstilstand (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 28). Undersøgelsens resultater underbygger kontekstens betydning i forbindelse med information, da tilfredshed med kommunikation afhænger af hvorvidt denne tilpasses patienternes behov, hvilket også kommer til udtryk igennem kvindernes oplevelser. Ydermere kan patienternes præferencer ift. information også påvirkes af demografiske karakteristika såsom alder og uddannelse (Kiesler og Auerbach, s. 337). Dermed kan kvindernes individuelle karakteristika også påvirke deres behov for informations og måden hvorpå, de opfatter denne. Dog er det ikke muligt at udlede klare mønstre imellem forskelle i kvindernes oplevelser af information, som kan relateres til fx deres alder og uddannelsesniveau, da der ikke er store forskelle herimellem (afsnit 5.1).

5.3.2.3.2 Identifikation af informationsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening

I det følgende vil de mulige årsager til den lave deltagelse, identificeret igennem analysen af kvindernes oplevelser af information, søges belyst med udgangspunkt i Reason's systemperspektiv på fejl og de tre spørgsmål; 1) hvilke barrierer der svigtede, 2) hvordan det skete og 3) hvorfor det kunne ske (Peltomaa s. 60), som i forbindelse hermed bør søges besvaret, som tidligere beskrevet (afsnit 5.3.1.4.2). I det følgende opsummeres de mulige informationsrelaterede fejl, som mulig årsag til den lave deltagelse i follow-up screening i kvindernes forløb som knyttes op på kvindernes forløb.

5.3.2.3.2.1 Analyse af informationsrelaterede fejl i kvindernes forløb med udgangspunkt i Reason systemperspektiv

Kvindernes oplevelser af mangelfuld eller misvisende information i deres forløb anses som en mulig årsag til den lave deltagelse i follow-up screening, hvilket ligeledes fremgår af problemanalysen. De sundhedsprofessionelles manglende efterlevelse af anbefalingerne for follow-up screening og manglende initiering heraf, kan således være årsag til den lave deltagelse (Kapustin s. 550) (afsnit 2.2.3). Den manglende eller misvisende information kvinderne oplever, kan defineres som en fejl, da informationen ikke bibringer

det intendede outcome; deltagelse i follow-up screening fremadrettet. Ifølge Reason er der forskellige former for barrierer, som i højteknologiske industrier kan udgøres af fx fysiske barrierer, mens de i sundhedsvæsenet udgøres af mennesker eller procedurer (Reason 2000 s. 767). I kvindernes forløb anses de mulige barrierer, som værende de forskellige dele i forløbet på hhv. ambulatorie og diætist, barselsafdeling og til sidst praktiserende læge og dermed af mennesker og procedurer de forskellige steder. I forbindelse med misvisende information, svigter barrierer udgjort af kontroller og procedurer, varetaget af de sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb, som kan resultere i lav deltagelse i follow-up screening (punkt 1). De fleste af kvinderne beskriver dog, at de selv var opmærksomme på anbefalingen om fremadrettet follow-up screening, og at de oplevede manglende viden herom i almen praksis, hvorved kvindernes og deres viden om follow-up screening, således blev en barrier for fejl.

Ifølge Reason kan der også forekomme fejl, når det intendede forløber som planlagt, hvis det intendede outcome ikke opnås (Reason 1990 s. 8). Misvisende information, både under forløbet i obstetrisk regi og i almen praksis, kan tilskrives et svigt, der opstår i forbindelse med udførelse af en opgave, som i dette tilfælde vedrører misvisende eller forkert information (punkt 2). Ifølge Reason er fejl, som opstår pga. af fejlbehæftet udførelse, enten "slips" (smuttere) eller "lapses" (forglemmelser), uanset om den bagvedliggende plan var tilstrækkelig ift. at opnå formålet (Reason 1990 s. 9). Aktive svigt er usikre handlinger begået af mennesker i kontakt med en patient eller et system, som indbefatter "slips" og "lapses" (Reason 2000 s. 769). Dermed er det ikke afgørende om den bagvedliggende plan, som i dette tilfælde er udgjort af forløbsbeskrivelsen og den heri beskrevne anbefaling om follow-up screening, muliggør at kvinderne deltager heri. Dermed kan der ved selv "korrekt" information af kvinderne være tale om fejl hvis informationen, som med udgangspunkt i Luhmann kan være behæftet med mangler, ikke fører til deltagelse i follow-up screening. Ved misvisende information eller mangelfuld information kan der være tale om enten "slips", da fejlen er identificerbar ud fra kvindernes beskrivelse af informationen, og hvor information om follow-up screening ikke forløb efter planen med udgangspunkt i den konkrete anbefaling herom. Dog kan der også være tale om "lapses", da det er muligt, at de sundhedsprofessionelle har glemt den fulde anbefaling. At den lave deltagelse i follow-up screening kan skyldes, at de sundhedsprofessionelle informerer kvinderne mangelfuldt, eller at der de i almen praksis kan forekomme manglende kendskab til anbefalingen, bør ikke medvirke til at skylden for den lave deltagelse i follow-up screening tilskrives de sundhedsprofessionelle i kvindernes forløb. Argumentet herfor tager udgangspunkt i Reason's system perspektiv på fejl, som beskrevet ovenfor, hvor fejl kan opstå i selv de bedste organisationer, da mennesker er fejlbare, og fejl bør betragtes som konsekvenser heraf og ikke som årsager (Reason 2000 s. 768). Nogle af kvinderne beskriver travlhed de forskellige steder, som blandt andet medvirker til, at der ikke altid er tid til fx mundtlig information om bl.a. risiko og anbefalingen om follow-up screening (punkt 3).

At opfatte mangelfuld information som fejl, ligger muligvis uden for den almene opfattelse af fejl i det danske sundhedsvæsen, og det er uden for dette speciales formål at gå dybere heri. Perspektiveres de mulige informationsrelaterede årsager til den lave deltagelse identificeret med udgangspunkt i Luhmann, er det muligt at fx forståelseskontrol flere steder i kvindernes forløb, kan virke som en barrier for fejl i forbindelse med information om follow-up screening, hvilket dermed kan øge muligheden for antagelse af follow-up screening som betingelse for egen adfærd.

5.3.3 "Fokus på kvinden"

Under dette tema kom kvindernes oplevelser relateret til fokus på dem igennem forløbet. Temaet er underinddelt i undertemaer b.la. ift. kvindernes oplevelser af at blive mødt i og de sundhedsprofessionelles betydning. Inddelingen er som følger: "At blive mødt", "Mening" og "At være inddraget", som yderligere er inddelt i undertemaer.

5.3.3.1 "At blive mødt"

5.3.3.1.1 "At blive genkendt"

Størstedelen af kvinderne oplevede, at de i det obstetriske ambulatoriet blev mødt af de sundhedsprofessionelle, som de kendte, og at der var en uformel og personlig tone. Kvinderne følte, at de blev imødekommet af både sekretærer, læger og de sygeplejerske der ligeledes var deltagende i konsultationen, og det, at blive genkendt af de sundhedsprofessionelle, var af stor betydning for kvinderne:

"Det betød rigtig meget og at jeg ikke skulle ind til en ny hver gang, så ville jeg virkelig kører sur i det, så havde det ikke været sjovt. Ikke at det var sjovt men det var hej Jannie, ja og så vidste jeg at det kun var tre jeg kunne komme ind til, og de var lige flinke" (Janni)

Måden hvorpå Janni blev mødt i det obstetriske ambulatoriet tog udgangspunkt i hende som individ, hvilket medvirkede til at gøre oplevelsen mere overskueligt for hende. Det at Jannie oplevede at blive genkendt var medvirkende dermed til at styrke hendes oplevelse af mødet med de sundhedsprofessionelle. En af kvinderne følte sig utryk, når hun kom til kontrollerne, hvilket skyldes, at hun hver gang oplevede nye læger, der skulle varetage hendes kontroller, hvilket betød at hun ikke oplevede den samme kontinuitet i sit forløb: *"jeg tror ikke jeg følte mig tryk ved det fordi det hele tiden var nogle nye og ja nogle af dem er lidt skræmmende"* (Christina). Dermed er det tydeligt, at mødet med de sundhedsprofessionelle har betydning for kvinderne, hvilket kommer til udtryk i forbindelse med Christinas forløb der i højere grad var præget af en vis uforudsigelighed, hvad angår kontakten til lægerne, hvilket bidragede til manglende tillid i relationen til de sundhedsprofessionelle samt ængstelighed i hendes forløb. Denne ængstelighed viste sig i mindre grad,

i de tilfælde hvor sygeplejerskerne, der ligeledes fulgte konsultationen, bidrog til en vis kontinuitet og genkendelighed:

”Jeg tror måske hun var sygeplejerske jeg ved det ikke hvad hun var, men det var hende der fortalte mig om det og hun havde også hun var med inde hver gang jeg var inde ved lægen og inde til scanning eller hvad nu jeg var til så var det hende der fulgte med eller var med inde, så det syntes jeg var rigtig rart at det var noget hvor man sådan følte sig tryk” (Christina)

Kontakten til sygeplejersken var således medvirkende til at skabe ro og tryghed i et ukendt og uforudsigeligt forløb, og tydeliggøre ligeledes at kvindernes oplevelse af at blive mødt som et individ og med genkendelighed, gør mødet med de sundhedsprofessionelle mere positivt og overskueligt for kvinderne.

5.3.3.1.2 ”Udgangspunktet i den enkelte”

Ud fra kvindernes oplevelser danner der sig ikke et klart billede af omfanget, af hvorledes der i praksis, tages udgangspunkt i den enkelte kvinde under et forløb i obstetrisk ambulatorie, da kvinderne angav forskellige oplevelser heraf. Dog kan kvindernes forskellige oplevelser, medvirke til at belyse både effekter samt konsekvenser af, at der blev taget udgangspunkt den enkelte kvinde under et forløb i det obstetriske ambulatorie. Gitte oplevede at det kunne være vanskeligt at leve op til anbefalinger vedr. kost og motion og herunder kontrol og regulering af blodsukre, da hun ligeledes havde en graviditet, der var kompliceret af bækkenløsning, og at dette medvirkede til dårlig samvittighed over egen indsats. Gitte følte dog, at de sundhedsprofessionelle i det obstetriske ambulatorie imødekom hende i den komplekse situation, hun befandt sig i:

”...i forhold til nu hvor jeg havde slem bækkenløsning så var motionen meget begrænsning ift. hvad jeg kunne. Men jeg øhhh altså vi har en hund og ham gik jeg nogle ture med hver dag hvilket øhh... jeg tror at det de sagde at det der med at man lige går en tur efter man har spist det gør også du får blodsukkeret lidt ned” (Gitte)

Gitte oplevede således en ”godkendelse” af hendes indsat i hendes forløb med GDM, hvilket medvirkede til ro i hendes forløb, samt følelsen af at blive mødt af de sundhedsprofessionelle. En anden kvindes udsagn viste, hvorledes hun ikke oplevede, at det handlede om hende, men i højere grad om barnets trivsel.

”..det ikke rigtig var mig altså det var barnet, jo det var derfor jeg var der sådan havde jeg lidt oplevelsen at det var ikke sådan så meget med hvordan jeg lige havde det. Det var hvordan barnet havde det..” (Christina)

Denne oplevelse blev delt af andre kvinder. Birgitte angav blandt andet, at hun oplevede, at de sundhedsprofessionelle primært havde fokus på hende som patient, men ikke det, der gør hende til menneske: *"..... De møder bare en gravid og det skal de håndtere og det gør de godt, det er bare det de fokuserer på hvor jeg godt kunne tænke mig at de kiggede lidt mere ud over grænserne for hvad det er for et liv"* (Birgitte). Birgitte udsagn er et udtryk for et ønske om at blive mødt og betragtet som det hele menneske, hun er, og ikke kun som en patient med GDM, hvilket var fælles for flere af kvinderne. En tredje kvinde forklarer, hvorledes hun ikke føler, at hendes praktiserende læge imødekommer hendes individuelle behov, og at hun dermed ikke føler, at hun bliver mødt. Kvinden bliver frustreret over at hun modtager forskellige informationer, i en situation hvor hun har behov for mere viden, hvilket er medvirkende til at hun føler sig utryk:

" Men han øhh han sagde på et tidspunkt ej men Dorthe det der er ingenting, hold nu op med det der tænkte jeg bare, jamen hallo ude på sygehuset har de da konstateret at jeg øhh har graviditetssukkersyge og hvad er det du står og siger nu at jeg ikke har eller hvad" (Dorthe)

Dorthe forsøger ved en konsultation ved praktiserende læge at opnå en følelse af sammenhæng og mening i hendes forløb. Den praktiserende læge prøvede at imødekomme Dorthe ved et forsøg på at berolige hende, men kommer herved til at overse Dorthes reelle behov i den givne situation: *" Jeg havde brug for noget guide og vejledning i hvordan jeg ligesom skulle forholde mig til det og hvor alvorligt det her er fordi der lægger sku egentlig også en del bebrejdelser i altså selvbefejdelser..."* (Dorthe). For Dorthe resulterede dette i yderligere frustration og en følelse af ikke at være blevet mødt af den praktiserende læge i situationen. Fælles for største delen af kvinderne var, at forløbet med GDM var forbundet med bebrejdelser, utryghed, forvirring eller frustration, for nogle mere end andre. Det var dog fælles for kvinderne, at det havde betydning for dem hvorledes de blev mødt af de sundhedsprofessionelle.

5.3.3.2 "Mening"

5.3.3.2.1 "Mening relateret til diagnosticering"

Halvdelen af kvinderne oplevede deres forløb i det obstetriske ambulatorie som værende meningsgivende ift. at være diagnosticeret med GDM. Andre kvinder gav imidlertid udtryk for meningstab i forbindelse med forskellige situationer i deres forløb. Eksempelvis kom det for en af kvinderne aldrig til at give mening, at blive diagnosticeret med GDM: *" Nej jeg syntes det var mærkeligt det også fordi jeg er asiat jeg skal ikke have sukkersyge (griner) jeg skal bare have lov til at spise"* (Anja), hvortil Anja tilføjer:

"Nej jeg syntes bare det var sådan lidt spild af tid, det er også fordi så har jeg det sådan lidt hvorfor skal jeg stå tidelig op for ingenting altså jeg har det meget fint med at sove, nogle

gange vil man bare gerne blive i sengen men man skulle jo også ud og motionere det sagde de jo. ” (Anja)

Anja havde en forståelse af, at hun som asiat havde en meget lille risiko for udvikling af diabetes. Anja integrerede så vidt muligt, de anbefalede kost og motionsreguleringer i hendes hverdag, men det forekom aldrig helt meningsfuldt for hende og stod i kontrast med de værdier og behov, som fyldte hendes hverdag. Anja angiver selv årsagen til den manglende mening som: *”Ja altså helt ærligt så syntes jeg nok det var sådan lidt skørt fordi jeg var så langt henne som jeg var, ja jeg syntes faktisk det virkede sådan lidt skørt at de så ikke brugte mere tid på de andre der måske ikke var så langt henne ”* (Anja). For Anja var der således et vis rationale i, at hun fik det diagnosticeret så sent, som hun gjorde, da hun således kun nåede at være til kontrol i det obstetriske ambulatorie få gange, hvilket gjorde at hun anså det for at være mindre vigtigt. Anjas oplevelse af, at der imellem hende og de sundhedsprofessionelle var forskellige bagvedlæggende opfattelser samt forståelser af diagnosen og behandlingen, var typisk for de kvinder der oplevede meningstab i deres forløb

5.3.3.2.2 ”Oplevelsen af behandlingen”

Lige knap halvdelen af kvinderne oplevede, at det for dem ikke gav mening at skulle måle blodsukre og sende dem til det obstetriske ambulatorie, da der ikke blev fulgt op herpå:

”jeg fik ikke rigtig svar på nå ja de ser sgu gode ud eller ja at man måske godt lige kunne følge op på den der del der men i for sig så ved jeg jo godt hvad bagtanken er med det hele at man sikre sig at patienten har det godt” (Dorthe)

Kvinderne nævnte under interviewet, at når disse blodsukre skulle afrapporteres til det obstetriske ambulatorie, krævede det en ekstra indsats af kvinderne. En indsats som forekom unødvendig og ligeegyldig, når de oplevede, at de sundhedsprofessionelle ikke fulgte yderligere op herpå. En af kvinderne, Dorthe mente, at dette bunder i at de sundhedsprofessionelle har en bagtanke, hvormed det forsøges at fremme kvindernes sundhed ved at pålægge dem opgaver, der skaber overblik over deres blodsukker. Det er dog ikke en metode, der i Dorthes og de andre kvinders tilfælde bidrager til yderligere mening i deres forløb, da flere af dem angiver dette som besværligt især når kvinderne efterfølgende ikke modtager svar på resultaterne heraf. Typisk for kvinderne var, at de ønskede viden og anerkendelse af hvorledes målingerne var tilfredsstillende for de sundhedsprofessionelle.

5.3.3.2.3 ”Koordineringen af forløbet”

Størstedelen af kvinderne oplevede meningstab i forbindelse med deres forløb med GDM på de andre afdelinger, herunder fødeafdelingen samt barsel- og neonatalafdelingen. For de fleste kvinder gav det

mening at efterleve behandlingen i det obstetriske ambulatorie, hvor især det, at dette kunne bidrage til bedre sundhed for barnet var vigtig for kvinderne. Ved overgangen til de andre afdelinger, forekom der et brud på oplevelsen af sammenhæng, da der ikke længere var samme fokus og at kvinderne ikke oplevede koordinering mellem afdelingerne (afsnit 5.3.1). De kvinder, der havde børn, der var indlagt på neonatalafdelingen, oplevede et meningstab, som blev overskyggende for deres samlede forløb:

"...når jeg sådan tænker tilbage, jeg hadede det jeg forstår ikke at de ikke kan lave om på det. Første gang lå jeg som den eneste på barselsafdelingen der havde sit barn oven på, men alle andre havde sit barn, det var det sværeste førstegang var det også sådan så jeg troede jeg var forberedt til anden gang, men nej det blev ikke en skid nemmere.." (Janni)

For kvinderne var oplevelsen af at befinde sig mellem to afdelinger og være adskilt fra sit barn en meget frustrerende og sårbar periode og kvinderne havde svært ved at forstå, at det ikke var muligt at organisere det bedre. Dette blev forstærket da kvinderne blev bekendt med, at nyfødte børn af mødre med insulin behandlet diabetes altid indlægges på neonatalafdelingen, hvor der således er en reel mulighed for at kunne forudse indlæggelsen. Fælles for kvinderne var, at de ikke kunne forstå at de sundhedsprofessionelle ikke havde interesse i at styrke tilknytningen mellem moderen og det nyfødte barn. Adskillelsen fra barnet samt den øvrige familie, fyldte meget for kvinderne. Oplevelsen blev således overskyggende samt fik betydning for kvindernes samlede forløb.

5.3.3.3 "At være inddraget"

Et tredje tema udsprang ud fra kvindernes oplevelse af at blive inddraget, hvortil nogle kvinder (2) omtalte hvorledes de følte sig inddraget i beslutningen vedr. tidspunktet for igangsættelsen af fødslen. En kvinde fortalte, hvorledes hun, grundet udfordringer i hverdagen, havde behov for at medvirke til planlægningen af igangsættelsen for herigennem bedre at forberede og drage omsorg for hele familien i den aktuelle situation:

"...det var en af de sene uger hos hende Bente hvor jeg sagde det der med hvornår jeg skal sættes i gang kan vi ikke godt snart tage den fordi jeg har brug for at vide hvornår det skal være og hvordan det skal foregå, og sagde at jeg havde en dreng der var autist og han vil gerne vide hvordan og hvorledes og så siger jeg at jeg har siddet og kigget på det og når jeg er i 37+5 er det en tirsdag og det ville være fint for os.....og så sagde hun det var fint" (Birgitte)

I denne situation oplevede Birgitte, at lægen imødekom hendes ønske, og at hun således havde en vis grad af indflydelse på planlægningen af hendes forløb. Dette bidrog til, at Birgitte følte større kontrol i eget forløb, og dermed følte sig styrket i denne situation. En anden kvinde beskrev dog, hvorledes hun oplevede manglende inddragelse af de sundhedsprofessionelle i det obstetriske ambulatorie:

”Nej jeg syntes ikke jeg blev taget med i noget jeg syntes de sådan øhh altså jeg blev ikke spurgt om noget eller altså... men det var jo også ..det var jo nok også fordi da jeg så gik hjem vidste jeg ikke om jeg skulle komme igen nogle dage efter og vidste ikke om jeg skulle have kejsersnit eller føde almindeligt så det var sådan at da jeg troppede op vidste jeg ikke hvad der skulle ske før jeg var der. Det var jo noget de besluttede efter hvordan min krop havde udviklet det og jamen så kom jeg ind og den dag jeg kom ind der skulle jeg enten have haft kejsersnit eller sættes i gang det kom lidt an på hvad de følte ” (Christina)

Christinas udsagn er typisk for kvindernes oplevelser af at være en patient med GDM. Christina følte sig ikke særlig inddraget i beslutning omkring fødsel, da de sundhedsprofessionelle i højere grad tog udgangspunkt i de fysiologiske aspekter vedr. GDM, og at beslutningen for fødsel forløbet, herefter blev bestemt af de sundhedsprofessionelle. Den manglende inddragelse og kontrol over eget forløb, gjorde, at Christina blev bange og utryk i situationen:

”Det var hele tiden nogen altså jeg vidste aldrig hvad der skulle ske og så hvis nu jeg begyndte og sådan være rigtig bange og være rigtig alt muligt... det var nemmere at jeg var det når jeg var alene eller herhjemme. ” (Christina)

Christina oplevede således en stor uvished i hendes forløb, hvilket bidragede til frygt for, hvad der skulle ske. Ydermere følte Christina ikke, at de sundhedsprofessionelle kunne medvirke til lindring heraf og/eller at relationen var tillidsfuld nok til at hun oplevede at der var plads til at hun kunne italesætte hendes bekymring for de sundhedsprofessionelle. Overordnet forekommer der således forskellige oplevelser af graden af inddragelse af kvinderne i deres forløb, samt forskellige konsekvenser heraf for kvindernes oplevelse af det samlede forløb.

5.3.3.4 Rekontekstualiseringen af ”Oplevelsen af fokus på kvinden”

Forløb bør helbrede, når det er muligt, men bør altid hjælpe til lindring af lidelse hos patienten. Begge dele er dog afhængigt af relationen mellem patienten og de sundhedsprofessionelle samt sundhedsvæsenet som system (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 50). Litteraturen beskriver hvorledes patienterne i stigende grad ønsker at modtage information om eget forløb, samt at være involveret i beslutningsprocesserne heri (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 51), hvilket i en vis omfang også er tilfældet for kvinderne i denne undersøgelse. Derfor bør både behandlingen og interaktionen med de sundhedsprofessionelle tilrettelægges således, at den individuelle patients behov og præferencer imødekommes (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 50). Da patienters behov og præferencer er forskellige, kan de sundhedsprofessionelle ikke som udgangspunkt antage, at de alene ville kunne træffe de beslutninger, der er bedst for den enkelte

patient, og dermed er patienternes perspektiver vigtige ift. at forbedre deres oplevelser samt tilslutning til forløb (Kiesler, Auerbach s. 336). Derfor bør patienternes oplevelser inddrages i betragtninger under organiseringen af forløb, da deres oplevelse heraf også har indvirkning på, hvorledes de bruger systemet samt gevinsten heraf. Kvindernes oplevelser søges analyseret ud fra en patientcentreret tilgang, herunder vil nogle af de syv dimensioner som Gerteis et al. har identificeret i patientcentreret behandling ligeledes inddrages (afsnit 4.2.1). Igennem dimensionerne søges det at tydeliggøre, hvilke faktorer der i interaktionen med de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet kan have en positiv eller negativ effekt på kvindernes samlede forløb.

5.3.3.4.1 Patientcentrering og det at blive mødt

Ud fra kvindernes oplevelser af at blive mødt viste det sig, hvordan det havde betydning for kvinderne, at de sundhedsprofessionelle tog udgangspunkt i dem som individuelle mennesker og skabte en tryk og tillidsfuld relation. Kvinderne reagerer således positivt herpå, hvilket medvirkede til tryk i et forløb hvor de fleste af dem oplevede forvirring, utryk, selvbekendelse og forvirring. Kvindernes oplevelse af det samlede forløb var dog, at der i høj grad var fokus på barnet, og at de sundhedsprofessionelle ikke så ud over grænserne for sygdommen, og hvilket liv der lå bag (afsnit 5.3.3.1). Det kan dermed anses for at styrke kvinderne hvis deres individuelle perspektiver i højere grad imødekommes. Ifølge Gerteis et al. er et behov for emotionel støtte ligeledes identificeret som en af de vigtige dimensioner inden for patientcentreringen. Sygdom kan være en emotionel og psykologisk byrde. Når disse imødekommes lettes forløbet for patienten samtidig med, at patienten oplever at komme bedre igennem forløbet. Patienterne har således behov for, at relationen mellem dem og de sundhedsprofessionelle giver mulighed for, at de i deres forløb kan udtrykke holdninger, følelser og frygt, uanset hvor irrationel det måtte forekomme (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 172). En individuel tilgang til patienterne kan øge de sundhedsprofessionelles mulighed for at drage de rette hensyn til patienternes behov ved empatisk at imødekomme disse, og herefter bidrage med meningsfuld kommunikation for den enkelte kvinde. Oplevelsen af meningsfuld kommunikation skyldes således at hun i højere grad ville opleve en tillidsfuld relation hvor der behandlingen kunne tage udgangspunkt i hendes værdier og præferencer (Pelzang s. 914). Ved en patientcentreret tilgang antages det dermed, at kvindernes ønske om at være mere inddraget og sat i centrum for forløbet med GDM imødekommes. Ydermere kan de sundhedsprofessionelle i højere grad få mulighed for at identificere kvindernes behov og præferencer for herigennem at vurdere deres ønsker om inddragelse i beslutningsprocessen i forløbet.

5.3.3.4.2 Patientcentrering og mening

Anja oplever, at det aldrig blev meningsfuldt for hende at være diagnosticeret med GDM, og fandt det måske derfor også svært at efterleve de anbefalede kost og motions reguleringer, som var en del af behandlingen

for GDM. Anja havde ligeledes en forståelse af, at hendes asiatiske oprindelse medvirkede til, at hun havde en væsentligt lavere risiko for udvikling af GDM end normalt, imens hun ud fra en medicinsk forståelse er i højrisiko for udvikling heraf (Whitelaw, Gayle s. 41). Dermed er der en stor divergens mellem Anjas og de sundhedsprofessionelles forståelse for baggrunden for hendes diagnose med GDM. Alle patienter, uanset etnicitet og social status bringer egne kulturelle, sociale og psykologiske definerede opfattelser til oplevelsen af sygdom, der dermed former deres møde med sundhedssystemet ift. både reaktionen på klinisk pleje og behandling, måden hvorpå de kommunikerer omkring det og hvorledes det påvirker deres liv (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 20). De sundhedsprofessionelles forståelser for sygdom bygger derimod i højere grad på en mere biomedicinsk forståelse af sygdom (Carlsson, Simovska et al. s. 78). Gennem en patientcentreret tilgang kan patientens individualitet respekteres, og der kan søges en forståelse af hvordan kulturelle overbevisninger, værdier og praksis påvirker det enkelte individs opfattelse af sygdom og forventninger til behandling, hvilket vil fremkalde de præferencer, de har for involvering i kliniske forløb. Dermed vil patienternes mål kunne belyses for herefter at kunne lave en passende vurdering af pleje og behandlingsmuligheder for den enkelte (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 20). Hvis de sundhedsprofessionelle ikke forstår patientens oplevelse af sygdommen, og dermed ikke diskuterer dette med patienten, kan effekten af et behandlingsforløb være kompromitteret. Den manglende forståelse kan medvirke til dårlig behandling samt manglende compliance (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 23), hvilket i kvindernes tilfælde kan forårsage lav deltagelse i follow-up screening. Den succesfulde relation mellem patienten og de sundhedsprofessionelle opstår således, når der opnås en konsensus angående ætiologi, diagnose, psykologiske processer, prognose samt behandling (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 23). I Anjas tilfælde vil en sådan konsensus sandsynligvis ikke opnås førend de underlæggende forståelser for diagnosen og dens betydning, for Anja og hendes helbred, blev konfronteret og diskuteret. Den manglende konsensus er muligvis årsagen til at anbefalingerne vedr. kost og motion stod i stor kontrast med de værdier og behov, som fyldte hendes hverdag, og dermed graden af efterlevelse heraf. Ved at anlægge en patientcentreret tilgang, med udgangspunkt i Anjas værdier, behov samt individuelle oplevelse af GDM, kan disse inddrages og diskuteres i beslutningsprocessen for på denne måde at øge hendes egen rolle i forløbet, og derved styrke hende i processen. De forskellige forståelser, oplevelser samt Anjas behov, værdier og præferencer ville således komme i spil på en respektfuld måde, hvilket vil kunne bidrage til et endnu mere meningsfuldt behandlingsforløb for Anja.

5.3.3.4.3 Patientcentrering og inddragelse

Flere af kvinderne angav et ønske om at deltage i beslutningsprocessen omkring deres forløb og fandt rum og mulighed for at udtrykke dette. Christina oplevede derimod ikke, at hun blev inddraget, og endte med at gå hjem fra det obstetriske ambulatorie fuld af bekymring og uvidende om, hvorledes hun skulle føde, når hun skulle møde op igen (afsnit 5.3.3.3). Christinas begrænsede inddragelse i beslutningen angående

planlægning af fødsel, og manglende information resulterer i, at hun ikke ved, hvad der skal ske, hvorved hun føler uvished ift. det videre forløb. Sundhedsprofessionelle kan være tilbageholdende med at informere patienter fuldt ud om behandlingsmuligheder, bivirkninger og outcomes, eller til at opfordre dem til at deltage i beslutningsprocessen i frygt for, at patienten vil træffe valg, der ikke er i deres egen bedste interesse. Men patienterne kan have en anden opfattelse af, hvad der er det bedste for dem, da de kan have en anden forståelse af, hvad der anses som en acceptabel risiko for dem (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 39). Hvilke opfattelser, behov og præferencer Christina ville have haft ift. sin behandling, herunder valg af fødsels måde bliver således ikke tydeligt, da der i dette tilfælde ikke etableres en tiltrækkelig god relation mellem de sundhedsprofessionelle og Christina. Ved en patientcentreret tilgang ville de sundhedsprofessionelle med anvendelse af kommunikative og sociale egenskaber kunne etablere en relation, der bringer patienten i centrum, og dermed skabe flere muligheder for at blive informeret samt tydeliggøre patientens behov og mulighed for at være deltagende i beslutningsprocessen (Pelzang s. 914). Patientcentreret behandling involverer patienten i alle aspekter vedr. deres behandling, og søger derfor en mere åben kommunikation i relationen til patienten for på denne måde at imødekomme patientens ønske om deltagelse i beslutningsprocessen (Pelzang s. 912). Et amerikansk survey fandt at 62% af patienterne ønskede "*shared decision-making*", hvor beslutninger angående behandling deles mellem patienten og sundhedsprofessionelle, og dermed forudsætter en involvering af patienten. Involvering kan variere og patienter kan ønske inddragelse i beslutninger i forskellig grad (Kiesler, Auerbach s. 337). Involvering på baggrund af patientens præferencer tager ligeledes udgangspunkt i en patientcenteret tilgang (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 5). De sundhedsprofessionelle bidrager således med den nødvendige information for "*shared decision making*", og omvendt bidrager patienten med den nødvendige viden om dennes værdier, behov og præferencer (Murray, Pollack et al. s. 194), hvilket hører under patientcentreret behandling (Pelzang s. 912). Med forståelse og udgangspunkt i patientens mål for behandling skabes en større sandsynlighed for, at patienten tilslutter sig behandlingen (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 23). Patienten får herigennem mulighed for at give udtryk for eventuelle bekymringer og valg af behandling, som i højere grad kan tilpasses egne forudsætninger for at tilslutte sig hertil. Herudover bidrager patientcentreret behandling til, at de sundhedsprofessionelle kan identificere de barrierer der, ud fra patientens perspektiv, kan resultere i tab af mening og dermed betydning for tilslutning til behandlingen (Pelzang s. 913). Uanset hvilken grad af information og deltagelse patienten ønsker, vil stort set alle patienter gerne have ærlig og præcis information om, hvad de sundhedsprofessionelle tænker samt hvilke tiltag og outcomes, de forventer at få ud af det (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 39). En patientcentreret tilgang, vil som i eksempelvis Christinas tilfælde, i højere grad kunne skabe mulighed for, at hendes egne bekymringer og behov kunne

komme til udtryk i situationen, hvilket ydermere øger de sundhedsprofessionelles mulighed for at reagere herpå.

5.3.3.4.4 Betydningen for kvindernes deltagelse i follow-up screening

Kvindernes oplevelser af manglende information samt manglende inddragelse i beslutning angående forløbet, kan muligvis medføre manglende mening med behandlingen og på denne måde få betydning for kvindernes videre deltagelse i follow-up screening. Kvindernes oplevelser af at blive mødt som individer, hvor genkendelighed medvirkede til overskuelighed (afsnit 5.3.3.1) viser, at kvinderne ønsker og reagerer positivt på at blive mødt som et individ. Den grundlæggende filosofi bag en patientcentreret behandling er, at de sundhedsprofessionelle anskuer patienten som et individ, og dermed ikke kun som en del af en samlet sygdomsgruppe (Pelzang s. 912). På denne måde øges muligheden for, at kvindernes individuelle værdier, behov og præferencer kommer i spil, herunder ligeledes deres emotionelle behov forbundet hermed, som kan styrke kvinderne i deres videre forløb. Kvindernes oplevelser af manglende koordination mellem afdelingerne, som er identificeret under temaet "Sammenhæng" (afsnit 5.3.1), kan imødekommes af en patientcentreret tilgang med udgangspunkt i Gerteis et. al.'s andre dimensioner, da dette kan styrke kontinuiteten og sammenhængen i forløb ved at gøre ansvarsdeling og planer herfor tydelige igennem informationen. På denne måde kan patienter blive bevidste om de forskellige aktøres roller i deres forløb (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 5-10). Med udgangspunkt i kvindernes præferencer kan det samlede forløb blive mere begribeligt, hvor kvinderne evt. kan inddrages ift. beslutninger i forløbet.

5.3.3.4.5 Effekt af indsatser til øget patientcentrering

Med udgangspunkt i temaets fund ift. manglende patientcentrering kan øget patientcentrering være en del af udviklingsindsatsen til øget deltagelse i follow-up screening i RN, da patientcentrering kan øge compliance (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 23), og dermed potentielt medvirke til øget deltagelse i follow-up screening. Igennem systematisk litteratursøgning (afsnit 4.1.2) er der identificeret undersøgelser, der belyser effekten af patientcentrering, herunder "shared decision making" ift. forskellige outcomes. I det følgende inddrages resultater fra to systematiske reviews, da denne publikationstype har evidens styrke A (Juil s. 189), og dermed har den højeste evidens styrke blandt de identificerede undersøgelser. Den ene er et cochrane review som inkluderer 43 RCT undersøgelser, der belyser effekten af patientcentrering på følgende outcomes; konsultationen, tilfredshed, sundhedsadfærd og sundhedsstatus. Sundhedsadfærd er bl.a. defineret som overensstemmelse mellem planlagte pleje- og behandlingsaktiviteter, herunder deltagelse i follow-up (Dwamena, Holmes-Rovner et al. s. 5). Dermed er særligt dette outcome relevant ift. vurdering af, om patientcentrering kan medvirke til øget deltagelsen i follow-up screening. Resultaterne vedr. effekten af patientcentering ift. follow-up screening viste ikke en entydig effekt. Det fælles (pooled) estimat for 4 viste,

der målte outcomet dikotomt, viste, at patientcentrering kunne øge deltagelse i follow-up screening (RR: 1.28 95% CI: 1.18-1.38). Det fælles (pooled) estimat fra 3 studier, der målte outcome kontinuert, viste ingen effekt (Dwamena, Holmes-Rovner et al. s. 15). Derudover viste undersøgelsen, at der var blandede resultater ift. de øvrige outcomes. Dog var interventioner ift. at fremme en patientcentret tilgang inden for kliniske konsultationer effektive ift. at fremme færdigheder hos sundhedsprofessionelle (Dwamena, Holmes-Rovner et al. s. 17). Et andet systematisk review undersøger effekten af beslutningsstøtte ift. at fremme informeret beslutningstagning i forbindelse med pleje- og behandling af gravide, da beslutningstagning for gravide kan være særligt følsomt, da deres valg både kan have konsekvenser dem selv og deres barn (Vlemmix, Warendorf et al. s. 257-258). Som beskrevet i tidligere (afsnit 5.3.4), gør dette sig gældende for kvinder med tidligere GDM, da deres beslutninger også er påvirket af bekymringer om deres barns helbred, hvorfor undersøgelsen er interessant i denne sammenhæng. Informeret beslutningsstøtte tager udgangspunkt i en information, som er ikke direktiv, og som inkluderer risiko og fordele, for herigennem at støtte til beslutningstagning på baggrund af individuelle værdier (Vlemmix, Warendorf et al. s. 257-258). Beslutningsstøtte har dermed fællestræk med en patientcentreret tilgang, da der tages udgangspunkt i patienternes individuelle værdier (afsnit 4.2.1). Effekten af beslutningsstøtte måles på de tre følgende outcomes: "Decisional conflict score" der måler patienters bevidsthed om individuelle værdier, graden af information og støtte i forbindelse med beslutningstagning samt viden og angst (Vlemmix, Warendorf et al. s. 258). Reviewet indbefatter 10 RCT undersøgelser og det fælles estimator viser, at beslutningsstøtte fremmer viden (WMD (Weighted mean difference) 11.06% 95% CI: 4.85-17.27), mindsker "decisional conflict scores" (WMD -3.66% 95% CI: -6.65- -0.68) og mindsker angst (WMD -1.56% 95% CI: -2.75- -0.43). En af de inkluderede undersøgelser viste ydermere, at kvinder som blev informeret via informeret beslutningsstøtte i højere grad deltog i prænatal screening (RR: 1.15 95% CI: 1.04-1.24) (Vlemmix, Warendorf et al. s. 260-263). Med udgangspunkt i ovenstående undersøgelser er evidensen for effekten af patientcentring ift. at øge deltagelse i follow-up screening ikke entydig, da reviewet af Dwamena et. al. viser effekt ift. data inddelt dikotomt, hvilket ikke var tilfældet for estimatet for de kontinuerte data, som kan skyldes at information kan gå tabt ved dikotomisering, da analysen er mindre sensitiv (Juil s. 257). Reviewet af Vlemmix et. al. viser bl.a., at beslutningsstøtte har en signifikant effekt på patienters viden og bevidsthed om individuelle værdier og støtte i forbindelse med information. Relateres resultaterne fra de to reviews, kan en patientcentreringsindsats, i forløb for kvinder med GDM, medvirke til, at kvinderne opnår mere viden om eksempelvis deres forløb, samt at de i højere grad føler, at der tages højde for deres individuelle værdier i forbindelse med informationer og beslutninger. Dermed er der mulighed for at øge meningen i kvindernes forløb, således at de kan træffe beslutning om deltagelse i follow-up screening med udgangspunkt i deres individuelle værdier, behov og præferencer. På baggrund af de fælles estimator fra metanalyserne er det ikke

muligt at udlede at patientcentrering kan øge deltagelsen i follow-up screening i RN signifikant, og dermed kan patientcentrering ikke alene udgøre en udviklingsindsats til øget deltagelse. I et senere afsnit (afsnit 6.2) vil en samlet anbefaling til en udviklingsindsats, hvor et eller flere andre elementer, der kan medvirke til øget deltagelse follow-up screening, ligeledes vil indgå.

5.3.4 "Deltagelse og risiko"

Under dette tema kom kvindernes oplevelser relateret til risikoen for diabetes og deltagelse i follow-up screening til udtryk. Temaet er underinddelt i undertemaer, som havde betydning for deltagelse i follow-up screening. Inddelingen er som følger: "Vigtighed af follow-up screening", "Oplevelse af risiko" og "Follow-up screening i et hverdagsperspektiv".

5.3.4.1 "Vigtighed af follow-up screening"

Størstedelen af kvinderne oplevede anbefalingen om follow-up screening som positiv og vigtig for deres fremtidige helbred og alle kvinderne har, som tidligere beskrevet, også fået foretaget mindst en follow-up screeningstest (afsnit 5.1). Kvinderne oplever opfølgning som en naturligt konsekvens af GDM pga. risikoen for udvikling af diabetes senere i livet. Kvinderne anser muligheden for tidlig opsporing af diabetes, som betydningsfuld og en investering i eget helbred. De kvinder, der fx også familiært disponerede for udvikling af diabetes, er bevidste om deres risiko, men anser ikke follow-up screening som vigtigere end de øvrige kvinder. Dermed giver kvinderne ikke udtryk for at deltagelse i follow-up screening forekommer uvæsentlig eller uvedkommende. Kvinderne har dermed generelt en positive tilgang til muligheden for tidlig opsporing, da de er bevidste om at dette kan medvirke til forebyggelse af senkomplikationer. Eksempelvis udtrykker Christina:

"Og det er vigtigt fordi at det er noget der kan gå ud over en selv på længere sigt ikke hvis man ikke er opmærksom på det." (Christina)

Og

"Øhmm så synes jeg det altså er vigtigt og få fulgt op på altså også fordi jeg tænker at det er noget der er høj sandsynlighed at jeg kan få..." (Christina)

Christina udtrykker, at hun anser follow-up screening er vigtigt, og finder det gavnlig for sit fremtidige helbred. Christina er ydermere bevidst hendes risiko for udvikling af diabetes, som hun anser som høj, hvilket kan skydes, at hun er familiært disponeret herfor. Christina forholder sig dermed til det gavnlige ved anbefalingen, og stiller sig ikke kritisk ift. denne. I kontrast hertil er dog en kvinde, som udtrykker en undren over follow-up screening ikke anbefales oftere, og som den eneste stiller hun sig dermed kritisk overfor anbefalingen om follow-up screening, hvilket hun udtrykker således: *"Uhm (pause) jeg synes faktisk det var*

lidt en gang om året". Dorthe tænker dermed, at hyppigere follow-up screening kan være fordelagtigt. Dorthes kritiske tilgang ift. anbefalingen har en forbindelse til hendes oplevelse af sin risiko, som vil uddybes nærmere i det følgende undertema. Den ene af de to kvinder, som ikke har kendskab til anbefalingen om fremadrettet follow-up screening, udtrykker deres opfattelse af en enkelt opfølgende test 8-uger efter fødsel, og Gitte siger:

"Jeg synes måske godt man kunne gøre opmærksom på at i fremtiden skulle man måske få nogle øhh efter jeg ved ikke 2 år eller sådan noget lige få det checket igen hvis der ikke er noget for en sikkerheds skyld." (Gitte)

Gitte giver udtryk ligeledes, at hun anser fremadrettet follow-up screening som relevant, på trods af at hun ikke har kendskab til. Hun beskriver, at fremadrettet follow-up screening bidrage med sikkerhed, og hun forholder sig dermed undrende til den ene test, hun er bevidst om. I kontrast hertil opfatter en kvinde, anbefalingen om fremadrettet, og dermed livslang screening, som unødvendig, hvilket kan føre til fravalg heraf. Heidi udtrykker dette således:

"Og nogen gange så synes jeg måske heller ikke hvis der er gået 4 år og man det ved jeg ikke nu er der ikke gået så lang tid endnu, men det kunne måske godt forestille mig så åhh er det mon også nødvendigt nu har jeg gjort det 24 gange eller.." (Heidi)

Heidis giver udtryk for, at hun som tiden går muligvis kan opfatte anbefalingen som mindre væsentlig, hvilket muligvis kan tilskrives hendes risikoopfattelse eller manglende bevidsthed om risikoen for udvikling af diabetes ikke kun er høj umiddelbart efter fødsel, men er 40 % indenfor 10 år efter fødsel (Lauenborg, Hansen et al. 2004). Dermed er Heidis opfattelse af deltagelse i follow-up screening som mindre vigtigt udtryk for at risikoen for diabetes ikke er styrende for hendes liv.

5.3.4.1.1 "Oplevelser af risiko"

Kvinderne udtrykker forskellige oplevelser af deres fremtidige risiko for udvikling af diabetes, og dermed kan der være forskellige risikoopfattelser, der også kan påvirke kvindernes opfattelse af anbefalingen om follow-up screening. For størstedelen af kvinderne (5) fyldte risikoen ikke noget i hverdagen, selvom de oplevede risikoen for udvikling af diabetes som ubehagelig, da de er bevidste om, at diabetes kan påvirke deres liv på flere måder. De kvinder, som var disponeret for udvikling af diabetes, oplevede ikke risikoen som mere påtrængende end ikke-disponerede kvinder, men var dog bevidste herom, hvilket også kom til udtryk under ovenstående tema. For de kvinder, som havde viden om deres barns øgede risiko for udvikling af diabetes, blev denne risiko anset som mere alvorlig end deres egen, hvilket Janni udtrykker således: *"Nej jeg tænker ikke så meget over det det gør jeg godt nok ikke jeg var mere nervøs for at mine børn skulle få det.."* (Janni).

Bekymringen om barnets risiko var for størstedelen af kvinderne heller ikke en påtrængende tanke i hverdagen. Kvinderne hæfter sig ved, at det er en risiko, og at det langt fra er givet af de udvikler diabetes hvilket, for kvinderne hvor risikoen ikke fyldte meget, medvirkede til at risikoen trådte i baggrunden, eksempelvis udtrykker Heidi: *"På en eller anden måde er det en bagatel når man ved at man ikke fejler det lige nu og altså sådan har jeg det lidt."*

Heidi udtrykker, at risikoen kan træde i baggrunden, da den ikke opleves som umiddelbart påtrængende. Hendes opfattelse af risikoen viser at denne ikke styrende for hendes liv. Kvindernes lægperspektiv er styrende for deres opfattelser af deres risiko, da kvinderne tolker risikoen ud fra deres opfattelser af sundhed og sygdom. Der er dermed mulighed for, at kvindernes opfatter risikoen som mindre påtrængende og som en bagatel. Det, at kvinderne oplever risikoen som en bagatel, kan muligvis tilskrives informationen herom i forløbet, og det at denne muligvis ikke opleves som meningsfuld for kvinderne. På trods af at kvinderne ikke oplevede risikoen som påtrængende i hverdagen, udtrykker en kvinde, at kropslige ændringer medvirker til en øget bevidsthed om risikoen:

"... og så er det først nu herefter at jeg har været ved optiker og mit syn er blevet meget dårligere at jeg igen er blevet opmærksom på om det kan være det altså..." (Gitte)

Gittes udtrykker, at risikoen kan træde frem i nogle situationer, hvilket muligvis kan være udtryk for en underliggende bevidsthed herom, selvom risikoen ikke normalt er påtrængende. En anden kvinde udtrykker en tilsvarende oplevelse i tiden omkring follow-up screening, hvor tanker om risikoen for sygdom medvirker til bekymring, som herefter igen træder i baggrunden. Dermed er der en bevidsthed om risikoen blandt kvinderne, som de i nogle situationer føler sig konfronteret med. To af kvinders opfattelser af deres risiko står i kontrast til de øvrige kvinders opfattelser heraf, hvilket Dorthe udtrykker således:

"Jamen ligepludselig at få det afvide at det var 50 % risiko for..." (Dorthe)

Og *"Jamen jeg synes det kommer da et eller andet sted ligesom et slag i ansigtet fordi...bom ikke også."* (Dorthe)

For Dorthe opleves risikoen som et chok, som får ganske stor betydning for hendes hverdagsliv, og medvirker til at hun vælger kostomlægning for hele familien på baggrund heraf. For Dorthe fyldte risikoen meget i hendes hverdag, hvilket kommer til udtryk således:

"...jeg havde haft sådan en træt periode hvor jeg bare var jeg ved så ikke lige om det var en hård vinter men hvor jeg sagde til ham jamen jeg har jo et eller andet sted mit måleudstyr, så jeg kunne selv lige se hvordan mit blodsukker ligger en gang imellem" (Dorthe)

Her ses det, at Dorthe tolker sin træthed ud fra sin risiko, hvilket medvirker til at hun handler herpå ved at måle sit blodsukker. I de kvinders tilfælde, hvor risikoen fylder mest, tolkes hverdagen i højere grad end de øvrige kvinder, ud fra risikoen om udvikling af diabetes. Der hersker også en mere udtalt bekymring om barnets risiko blandt disse kvinder, som begge har meget viden om den procentvise risiko, hvilket også er beskrevet under temaet "information" (afsnit 5.3.2). Dermed tyder det på, at indgående viden om risikoen, uden yderligere uddybende information herom, kan medvirke til at risikoen fylder meget for nogle kvinder som tolker deres hverdag med udgangspunkt heri, og dermed ud fra en medicinske forståelsesramme, hvilket kan betegnes som medikalisering (Timm 1997 s. 67).

5.3.4.1.2 "Follow-up screening i et hverdagsperspektiv"

Alle kvinderne gav udtryk for, at der kunne forekomme problematikker relateret til deltagelse i follow-up screening. Hverdagslivet og barnets behov blev oplevet som vigtigere, og prioriteres dermed frem for follow-up screening. Herunder kunne praktiske omstændigheder i livet med små børn også medvirke til, at det var svært at få passet follow-up screening ind, hvilket i nogle tilfælde medvirkede til at det blev udskudt. Eksempelvis udtrykker Heidi, hvad hun oplevede som problematisk ift. at deltagelse i follow-up screening efter sin fødsel:

"Sådan var det lidt og så skal du selv bare kunne vide at du har den forhøjede risiko og så bare leve sundt eller det var sådan lidt altså lidt det der var øhm altså det kan også godt være vi har fået mere afvide, men jeg ved ikke jeg synes det så går det hele op i baby og barn og der skal man huske man skal derhen efter en måned og efter 2 måneder... og altså det kan jeg ikke huske." (Heidi)

Heidi udtrykker det komplekse i situationen efter fødsel, hvor der er mange andre behov at varetage, når man har et spædbarn, og evt. også børn i forvejen. Dermed medvirker de mange aftaler relateret til barnet til at huske follow-up screening bliver mindre vigtigt, at huske. Heidi udtrykker ydermere, at det at hun bare fik at vide, at hun skulle huske dette uden at det blev uddybet yderligere, var en medvirkende årsag til at det kunne være svært at huske. Dermed kan mangel på uddybende information om follow-up screening (afsnit 5.3.2) medvirke til, at follow-up screening ikke forekommer meningsfuldt ift. hverdagslivet.

5.3.4.2 "Påmindelse - perspektiver på en udviklingsindsats"

Kvinderne spørges under interviewet om deres tanker ift. en indsats der kunne medvirke til, at de ville fortsætte med at deltage i follow-up screening. Kvinder reflekterer i denne forbindelse over en mulig indsats og udtrykker her tanker omkring, hvad der kan medvirke til at de vil deltage i follow-up screening fremadrettet. Hovedparten af kvinderne (6) angiver, at de tænker at en påmindelse, og dermed automatisk indkaldelse, kan forhindre at de selv, og muligvis andre kvinder, ikke deltager i follow-up screening

fremadrettet, da de herigennem bliver mere opmærksomme på anbefalingen, hvilket vil gøre deltagelse i follow-up screening nemmere. Eksempelvis udtrykker Christina:

”Altså hvis jeg sådan var altså det ville blive meget nemmere hvis jeg fik et brev altså sådan hvor der stod at nu er det tid ligesom man får til de her celleforandringer...” (Christina)

Christina udtrykker, at hun ser påmindelse som fordelagtigt, da det at påmindet vil gøre nemmere at huske follow-up screening, og hun relaterer sine overvejelser ift. screeningsprogrammet som er et organiseret screeningprogram (Sundhedsstyrelsen 2012). For Christina, der er familiært disponeret for diabetes, har der været et større fokus herpå i familien, hvilket har medvirket til at de har påmindet hinanden om tjek. Dermed har hun en øget bevidsthed om risikoen for diabetes. Kvinderne udtrykker også hvilken form påmindelse kan have og her nævnes bl.a. brev, email eller sms, og dermed er der flere muligheder for hvilken form for påmindelse der kan udsendes. De to kvinder, som ikke var bevidste om anbefalingen om fremadrettet follow-up screening, udtrykte et behov for information herom i deres forløb, da de anså det information herom, som afgørende for fremadrettet deltagelse i follow-up screening, eksempelvis udtrykker Gitte:

”Ja ja altså så synes jeg helt klart at man skulle informere bedre altså forløbet efter graviditeten og man fokuserer meget på under graviditeten og hvad der skal ske der øhh, hvor jeg synes godt man kunne sætte lidt mere ind efter øhm så man fanger nogle måske tidligere end man ellers ville gøre...” (Gitte)

Gitte udtrykker behov for bedre information, og nævner de problematikker, der kan være forbundet med informationen i forløbet, blandt andet det at der under forløbet kan forekomme manglende fokus på GDM. Hun beskriver at hun blev påmindet om deltagelse, inden udskrivelse fra barselsafdelingen, hvilket hun synes fungerede godt, og det medvirkede til at hun fik foretaget follow-up screening ved 8-ugers undersøgelsen. De to kvinder udtrykker dermed et behov for forbedring og mere fokus på information om GDM og hvordan de skal forholde sig hertil fremadrettet efter fødsel.

Som beskrevet i det ovenstående udtrykker hovedparten af kvinderne at en påmindelse kan have en fordelagtig effekt ift. deltagelse i follow-up screening, mens en kvinde har en anden tilgang, som hun udtrykker dette således:

”Ja jamen det gør det ikke for mig, så jeg tænker ikke jeg kan se hvad der ellers skulle til...”
(Janni)

Og

”Det er et sundhedstjek hvor man investerer lidt tid i sig selv også...” (Janni)

Janni udtrykker, at hun oplever ansvaret for follow-up screening som sit eget, og at det er en investering i sig selv. Dermed har hun en anden tilgang til påmindelse, som hun anser som overflødig, da det burde være ens egen interesse at få foretaget follow-up screening af helbredsmæssig årsager. Jannis syn på sit ansvar for eget helbred har dog alligevel ikke medført, at hun fik foretaget follow-up screening ved 8. ugers undersøgelsen, efter fødslen af sit andet barn, pga. praktiske omstændigheder i hverdagen. Dermed kan der også for hende forekomme nogle af de samme problematikker i forbindelse med deltagelse, som for de øvrige kvinder.

To af kvinderne udtrykker, at det at follow-up screening knyttes op på fx børneundersøgelser, kan medvirke til at de i højere grad vil få foretaget follow-up screening, eksempelvis udtrykker Birgitte:

”Eller måske at de praktiserende lægere bliver bedre til at koble det sammen med ... og eksempelvis sige; at når nu du alligevel skal have dit barn til to års undersøgelse, skal vi så ikke lige få det her ordnet samtidigt. For det er alligevel de første fem år man kommer ind til lægen en gang om året. Det er jo oplagt. Man skal have taget den en gang om året og kommer alligevel en gang om året, jamen så kan man jo lige så godt få det taget.” (Birgitte)

Birgitte udtrykker dermed det oplagte i at koble follow-up screening sammen med børneundersøgelser, og at praktiserende læge med fordel kunne have fokus herpå. At dette forekommer som en god løsning kan muligvis tilskrives det, at kvinderne ikke skal passe flere lægebesøg ind i deres travle hverdag og at follow-up screening kobles op på noget andet, hvorved det bliver lettere at huske. Et par af de andre kvinder udtrykker dog, at der foretrækkes at follow-up screening kun er en konsultation for dem alene, eksempelvis udtrykker Anja:

”Altså jeg ved heller ikke vil det ikke også være svært når man har et spædbarn der skal ammes og sådan noget og man skal sidde stille og hvad nu hvis de græder og sådan noget og man skal jo bare altså jeg fik virkelig at vide du skal sidde helt stille... hvad så hvis hun græd skulle jeg så bare sidde og glo på hende.” (Anja)

Anja oplever det dermed som problematisk, hvis follow-up screening blev koblet sammen med en børneundersøgelse især imens barnet er helt lille især hvis der påtænkes en 2-timers oral glukose tolerans test, da denne er tidskrævende, og kræver at kvinden sidder stiller, og dermed ikke kan tage vare på sit barn imens. Der kan også forekomme problematikker ift. ubehag ved blodprøvetagning, hvor situationen kan virke ekstra stressende hvis barnet også er tilstede, hvilket Christina udtrykker.

”Uhhh (pause) ikke for mit vedkommende fordi jeg er ikke så god til at få taget blodprøver så jeg ville helst være der selv.” (Christina)

5.3.4.2.1 "Ro og tryghed"

Over halvdelen af kvinderne (4) gav udtryk for, at påmindelse om follow-up screening kunne medvirke til en følelse af tryghed og mindre bekymring, hvilket også kan relateres til kvindernes oplevelser af kompleksitet i deres hverdag, som kommer til udtryk under et af de øvrige undertemaer (8.3.4.1.2). Kvinderne kan igennem påmindelse give mere slip på bekymringen vedr. risikoen for udvikling af diabetes og komplikationer forbundet hermed. Eksempelvis udtrykker Heidi:

"Nej jeg ville egentlig nok synes at det var egentlig meget trygt at man ikke var helt glemt eller hvad skal man sige" (Heidi)

Heidi giver udtryk for at en påmindelse kan medvirke til at hun ikke føler sig overladt til sig selv efter forløbet, og at ansvaret for follow-up screening ikke udelukkende er hendes eget, hvilket bidrager med tryghed omkring den fremadrettede anbefaling. Det er ikke kun Heidi der har et afslappet forhold til risikoen, som giver udtryk for at en påmindelse kan bidrage med tryghed, eksempelvis udtrykker Dorthe:

"Jo så ville jo så ville de øhh altså selvfølgelig skal jeg stadig bekymre mig om hvad jeg handler ind og hvad jeg fylder ham med, men man kan sådan ligesom læne sig tilbage og tænke åhh nå jamen øhh der er tjek på det..." (Dorthe)

Dorthe beskriver den tryghed der for hende ligger i, at hun kan slippe bekymringerne, hvilket virker befriende for hende. For Dorthe kan en påmindelse dermed også bidrage med en form for ro omkring risikoen og hendes fremtidige deltagelse i follow-up screening. Dermed oplever kvinderne, uanset om risikoen er styrende for deres hverdag eller ej, påmindelse som fordelagtig.

5.3.4.3 Rekontekstualisering af temaet "Deltagelse og risiko"

Igennem dette tema kommer kvindernes opfattelser af follow-up screening og deres risiko samt hverdagslivets betydning til udtryk. Kvindernes hverdagsliv og betydning for deltagelsen i follow-up screening er ligeledes belyst i problemanalysen (afsnit 2.2.2). Perspektiverne fra problemanalysen vedr. kvindernes oplevelser af deres risiko relateres i det følgende til kvindernes hverdagsperspektiv og risikoopfattelser, men vil ikke være styrende for den videre analyse, da formålet med denne bearbejdelse er at opnå indsigt i de forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening i RN. En dybdegående analyse af kvindernes hverdagsperspektiver og deres opfattelser af risikoen anses som værende uden for denne bearbejdelse, men vil inddrages i det omfang de interagerer med oplevelser af deres forløb. Dog belyses hverdagslivsperspektivet for at tydeliggøre kvindernes prioritering heraf ift. deres opfattelser af risiko, hvilket kan have betydning for den lave deltagelse i follow-up screening, da informationen om follow-up screening og risiko under forløbet ikke medvirkede til meningskabelse blandt kvinderne. Igennem temaet kommer det

til udtryk at kvindernes læggerspektiv på forståelse af og valg ift. sygdom kobles sammen med en subjektiv og hverdagskulturel forståelse. Ifølge Kleinman udspilles patienters hverdagsliv i den folkelige sektor hvor opfattelser, forståelser og valg vedr. egen sundhed og sygdom i højere grad er uensartede og individuelle grundet hverdagslivets kompleksitet (Kleinman s. 50-70). Dermed har udspringer kvindernes individuelle forståelse og opfattelser af sygdom af hverdagen som er referenceramme herfor. Kompleksiteten kommer til udtryk ved, at kvinderne tolker anbefalingen om follow-up screening ift. deres hverdag med små børn og andre forpligtigelser, hvor årsagen hertil kan være at kvindernes værdier, erfaringer og normer er præget af hverdagen. Ifølge Kleinmann vil patienter som er i kontakt med sundhedsvæsenet befinde sig imellem den folkelige sektor, den alternative sektor og den professionelle sektor (Kleinman s. 50-70), som er uddybende beskrevet i problemanalysen afsnit (2.2.2.1). Når patienter er i kontakt med andre sektorer vil deres subjektive erfaringer, normer og værdier, som er præget af hverdagslivets kompleksitet, være indlejret i den enkeltes meningsskabende proces, hvilket kan have betydning for hvorledes patienten agerer i henhold til den alternative og professionelle sektorer (Kleinman s. 50-70). Kvindernes subjektive normer og værdier som er præget af deres hverdag kan have betydning for den meningsskabende proces relateret til informationen om risiko og follow-up screening i deres forløb og dermed deres fremadrettede deltagelse heri. Dette er ligeledes identificeret under rekontekstualiseringen af temaet "Information", hvor kvindernes kontekst og deres individuelle perceptionsfelt, ifølge Luhmann, kan have betydning for kvindernes forståelse af meningsindholdet i informationen. Dermed er kvindernes forståelse afhængigt af kvindernes kontekst, som er et produkt af deres måde at opfatte og tænke på (5.3.2.3.1.3). Det kan betyde, at kvinderne ikke tillægger risikoen, samt nødvendigheden af follow-up screeningen, samme betydning og vægt i den meningsskabende proces, hvilket kan medvirke til at deltagelse i follow-up screening ubevidst vælges fra og føles unødvendigt. At kvinder med tidligere GDM ikke er særligt optagede af risikoen for diabetes (Devsam, Bogossian et al. s. 74-75) fremgår ligeledes af problemanalysen (afsnit 2.2.2). Det er dermed afgørende for deltagelse i follow-up screening, at kvinderne oplever og tillægger follow-up screening betydning i denne meningsskabende proces, hvilket muligvis ikke er tilfældet, da informationen herom ikke er meningsfuld ift. kvindernes hverdag. Kvindernes opfattelser af deres risiko kunne dermed tyde på manglende mening relateret hertil hvilket medvirkede til at risikoen i nogle tilfælde blev nedprioriteret i hverdagen, hvor deltagelse i follow-up screening blev oplevet som mindre nødvendig. Dermed kan der under kvindernes forløb være mulighed for at meningen med både selve forløbet, og informationen heri, påvirker den betydning kvinderne tillægger deres risiko og anbefalingen om follow-up screening, hvilket vedrører den fjerde selektion (afsnit 5.3.2.3). Der kan dermed være tale om at kvinderne med baggrund i hverdagen vælger deltagelse i follow-up screening fra, da denne ikke forekommer meningsfuld, hvilket ligeledes er analyseret i rekontekstualiseringsafsnittet under temaet "Information" (afsnit 5.3.2.3.1.2). At der blandt kvinderne kan

være manglende bevidsthed om risikoen for diabetes, og at dette muligvis kan tilskrives manglende information (Kapustin s. 551, Keely 2012 s. 314, Devsam, Bogossian et al. s. 76), blev også fremanalyseret i problemanalysen (afsnit 2.2.2). Dog udviser nogle af kvinderne tegn på medikalisering, da de deres hverdag er blevet genstand for tolkning af risikoen, som dermed tolkes ud fra en medicinsk forståelsesramme, som også er belyst i problemanalysen (afsnit 2.4). Betydning af mening i forløbet er analyseret og udfoldet mere teoretisk under temaet "Fokus på kvinden", og vil dermed ikke analyseres yderligere i dette afsnit.

5.3.4.3.1 Indsatser rettet mod øget deltagelse i follow-up screening

Kvinderne opfatter deltagelse i follow-up screening som vigtig, da de er bevidste om den betydning tidlig opsporing af diabetes kan have for deres fremtidige helbred. Dermed skyldes den lave deltagelse i follow-up screening ikke, at kvinderne ikke ønsker at deltage heri. Kvindernes perspektiver på en udviklingsindsats, der kan øge deltagelse i follow-up screening, vedrører især påmindelse, da de reflekterer over at en påmindelse kan forhindre at de glemmer follow-up screening. Kvinderne angiver at en påmindelse kan medvirke til, at de ikke behøver at huske det selv, hvilket anses som fordelagtigt, da de oplever at der generelt er meget de skal huske på og tage stilling til i hverdagen. Dermed anses det som væsentligt at belyse om en påmindelse kan medvirke til øget deltagelse i follow-up screening, således at deltagelse i højere grad bliver en betingelse for kvindernes adfærd, som registerundersøgelsen har vist ikke er tilfældet. Igennem den systematiske litteratursøgning (afsnit 4.1.2) er der identificeret udenlandske undersøgelser af indsatser til øget deltagelsen i follow-up screening, blandt kvinder med tidligere GDM. Flere af undersøgelserne finder, at kommunikation og introduktion af systemer, som fx reminder systemer kan øge deltagelsen i follow-up screening (Vesco, Dietz et al., Clark, Graham et al., Keely). Reminder systemer er en mere systematisk tilgang til follow-up screening, og effekten ift. øget deltagelse kan muligvis tilskrives øget opmærksomhed på kvindernes risiko og vigtigheden af follow-up screening, både blandt de sundhedsprofessionelle og kvinderne (Vesco, Dietz et al., Clark, Graham et al.). En af de ovennævnte undersøgelser er et RCT med en studiepopulation på 223 kvinder. Et RCT har en høj evidensstyrke (Juul s. 189), og dermed har undersøgelsen en højere evidensstyrke end de øvrige publikationstyper. RCT undersøgelsens evidensstyrke kan tilskrives randomiseringen, da risikoen for skæv fordeling af counfoundere, og dermed risikoen for fejltolkning mindskes (Juul s. 147). Derfor vil udgangspunktet i det følgende være denne undersøgelses resultater. Undersøgelsen belyser effekten af brevremindere udsendt 3 måneder efter fødsel på deltagelse i follow-up screening, og afdækker effekten af hvem der blev remindet, og der er inddelt 4 grupper. De 4 grupper er: 1) Remindere til både patienter og praktiserende læger (60.5 %). 2) Remindere udelukkende til praktiserende læger (51.6 %). 3) Remindere udelukkende til patienter (55.3 %). 4) Ingen remindere (14.3 %) $p < 0.05$. Undersøgelsen viser, at påmindelse øger deltagelse i follow-up screening signifikant indenfor 1 år efter fødsel blandt de påmindede grupper. Statistikere og forskere var "blinded" ift. gruppe allokeringen (Clark, Graham et al.), hvilket kan nedsætte

risikoen for informationsbias (Juul s. 170). Brevremindere medvirkede især til øget deltagelse i gruppen hvor både praktiserende læger og kvinderne blev påmindet efterfulgt af gruppen med kvinder, som blev påmindet (Clark, Graham et al.). Dermed spiller praktiserende læge en væsentlig rolle i deltagelse i follow-up screening, da lægernes fokus på follow-up screening har stor betydning for deltagelsen heri. Dog tager undersøgelsen af effekten af reminder udgangspunkt i den første follow-up screening, og viser dermed ikke om remindere har en vedvarende effekt på deltagelsen. Endvidere er undersøgelsen er udført i en canadisk kontekst, hvor organisering af sundhedsvæsenet kan være anderledes end den danske organisering, og indsatsen effekt kan derfor ikke nødvendigvis forventes i en dansk kontekst. Automatisering af processer indlejret i forløb, som fx informations støttesystemer, igennem registrering og udsendelse af remindere, kan effektivt medvirke til påmindelse om fx deltagelse i follow-up, hvilket kan øge kvalitet og patientsikkerhed (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 29). I Danmark er de praktiserende læger forpligtede til at anvende IT-systemer, som bl.a. understøtter modtagelse af udskrivningsepikriser og ambulateepikriser (Lægeforeningen). De informationer de praktiserende læger besidder, kan anvendes til at udsende remindere fx til kvinder med tidligere GDM. I overenskomsten for almen praksis (profylakseaftalen), findes der mulighed for at der kan indgås aftaler om at den praktiserende læge kan kontakte familier der ikke deltager i børnevaccinationsprogrammet (Lægeforeningen s. 5-6). Der er indgået en aftale hvori Statens Seruminstitut må udsende påmindelse for således at øge tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet (Lægeforeningen). Computerbaserede administrative systemer kan registrere hvornår en patient har fået foretaget test, hvorefter systemet vil varsle almen praksis om at patienten skal have tilbudt screening ved næste konsultation. I almen praksis forefindes der allerede IT-systemer der rummer muligheden herfor, og ellers vil registreringen kunne foregå i de regionale IT-systemer (Sundhedsstyrelsen-Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering s. 127). Remindere om deltagelse i follow-up screening kan dermed udsendes fra enten almen praksis eller regionen, som det er praksis fx ift. invitation til deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen s. 32). RCT undersøgelsen viser, at der er størst effekt ved udsendelse af remindere til både kvinderne og de praktiserende læge ift. at øge deltagelsen. Udsendelse af remindere fra de praktiserende læger skal dog imødekommes i deres overenskomst (Lægeforeningen). Automatiseret påmindelse igennem remindere kan medvirke til, at kvinderne påmindes, hvorved det kan forhindre at follow-up screening bliver glemt, hvilket kvinderne oplever som trygt og befriende. Endvidere viser kvindernes oplevelser af follow-up screening hos praktiserende læger, under temaet "Information", at de havde begrænset viden herom og ofte ikke havde fokus på initiering af screeningen (afsnit 5.3.2). Dermed kan påmindelse af kvindernes praktiserende læger muligvis medvirke til, at de i højere grad gøres bevidste om anbefalingen om follow-up screening og deres ansvar i forbindelse hermed. Dermed anses automatiseret påmindelse ift. deltagelse i follow-up screening som værende en

relevant udviklingsindsats, der kan øge deltagelsen, og dermed det uudnyttede potentiale i follow-up screening i RN. Dog anses en sådan indsats ikke som tilstrækkelig ift. kvindernes oplevelser af manglende mening vedr. risiko, som ligeledes er identificeret under temaet "Fokus på kvinden" (afsnit 5.3.3). Kvindernes oplevelser af manglende mening i deres forløb kan dermed ikke alene læses af en reminder. En samlet anbefaling om en mulig indsats til øget deltagelse i follow-up screening følger under diskussion (afsnit 6.2).

6. Diskussion

Igennem analysen af temaerne (afsnit 5.3) kom kvindernes oplevelser relateret til sammenhæng, information, fokus på kvinden samt deltagelse og risiko til udtryk. I de følgende afsnit vil forbindelser på tværs af temaer, ud fra kvindernes oplevelser, diskuteres således at årsager til den lave deltagelse i follow-up screening i RN kan identificeres. Med baggrund heri udledes en udviklingsindsats med henblik på at øge den fremtidige deltagelse i follow-up screening i RN, hvor implementering og evaluering af indsatsen vil indgå. I denne forbindelse inddrages ny teori vedr. implementering og evaluering i et begrænset omfang. Afslutningsvis følger en diskussion af valg vedr. analyse og metode anvendt i rapporten samt betydning heraf for undersøgelsens resultater.

6.1 Samlet diskussion af temaer

Med udgangspunkt i temaerne kan patientcentrering anses som et dækkende begreb ift. problematikker i kvindernes forløb, som eksempelvis kvindernes oplevelser af manglende sammenhæng og kontinuitet (afsnit 5.3.1), mangelfuld information (afsnit 5.3.2), manglende inddragelse af kvindernes individuelle kontekst (afsnit 5.3.3) og ønsker forbundet med follow-up screening (afsnit 5.3.4). Årsagen til at patientcentrering anses som dækkende ift. ovenstående problematikker er at de rummes i de syv dimensioner under patientcentreringsbegrebet, herunder eksempelvis *overgange og kontinuitet, Information og kommunikation, respekt for patientens værdier, præferencer og udtrykte behov samt følelsesmæssig støtte og lindring af frygt og angst*. Den følgende diskussion vil således struktureres med udgangspunkt i de relevante dimensioner af patientcentrering, da de som beskrevet ovenfor anses som dækkende for kvindernes oplevelser relateret hertil for at foretage en sammenfattende diskussion af den lave deltagelse i follow-up screening.

6.1.1 Manglende inddragelse af kvinderne og deres kontekst – *respekt for værdier, præferencer og udtrykte behov samt følelsesmæssig støtte og lindring af frygt og angst*

Et centralt tema i analysen af kvindernes oplevelser var at de ikke blive mødt og manglende inddragelse i deres forløb (afsnit 5.3.3). Ud fra kvindernes oplevelser tydeliggøres et ønske om mere inddragelse, da den manglende inddragelse medvirkede til manglende oplevelser af mening igennem forløbet. Utilstrækkeligt

inddragelse i beslutninger relateret til forløbet, kunne endvidere resultere i uvished ift. planlægning af bl.a. fødselsforløbet og dermed skabe bekymring, angst og frustration hos kvinderne. De forskellige forståelser og oplevelser af inddragelse påvirker kvindernes oplevelser af mening i deres forløb, hvilket kan medvirke til manglende compliance (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 23) og dermed forårsage lav deltagelse i follow-up screening. Den manglende konfrontation samt diskussion af kvindernes oplevelser af deres forløb ud fra deres individuelle kontekst, kan medvirke til manglende deltagelse i follow-up screening (afsnit 5.3.3.4), da inddragelse af patienternes perspektiver har betydning for tilslutning til pleje- og behandling (Kiesler, Auerbach s. 336). Derfor bør både behandlingen og interaktionen mellem patienter og sundhedsprofessionelle tilrettelægges således, at den individuelle patients behov og præferencer imødekommes (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 50). Imødekommelse og inddragelse af kvinderne kan således øges igennem en patientcentreret tilgang (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 5). Kontekstens betydning kom ligeledes til udtryk under informationstemaet, hvor konteksten ifølge Luhmann har betydning for mening, som dermed er kontekstafhængig. Kvindernes kontekst har betydning for deres forløb, og deres individuelle oplevelser er dermed afgørende for måden de opfatter information på. Kvinderne kan opfatte rammen forskelligt og nogle kan opfatte fx travlhed, hvor andre kan opfatte samme ramme som udtryk for effektivitet (afsnit 5.3.2.3). Kvindernes kontekstafhængige opfattelser af information om anbefaling og risiko kan dermed have betydning for hvordan de opfatter denne, og dermed påvirke deres senere deltagelse i follow-up screening. Som beskrevet i problemanalysen er patientinddragelse (afsnit 2.2.1.3) i kvalitetsarbejdet ikke altid et mål i sig selv, men et middel til at udvikle kvalitet, hvilket er problematisk da patienternes oplevelser anses som betydningsfulde ift. kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (Timm 1997 s. 35). Kvindernes oplevelser af kvalitet bør derfor være målet i sig selv og ikke et middel til professionel kvalitetsudvikling. Den manglende inddragelse af kvinderne igennem deres forløb kan dermed have betydning for kvaliteten, og hvis de sundhedsprofessionelle i højere grad valgte at inddrage kvindernes oplevelser kunne dette medvirke til øget oplevelse af kvalitet blandt kvinderne, som bør være målet. Konsekvenserne ved den manglende patientcentrering i kvindernes forløb kan bl.a. være lav deltagelse i follow-up screening, og dermed et "quality gap", da patientcentrering som tidligere beskrevet (afsnit 2.2.1.1) kan være en målsætning for forbedring af sundhedsydelser (Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America s. 25).

6.1.1.2 Manglende hensyn til kvindens behov

Kvinderne udtrykker et ønske om at blive mødt som hele mennesker, da det af have GDM for størstedelen af kvinderne var forbundet med utryghed, forvirring og frustration. Ydermere kom kvindernes behov for samvær med deres barn især til udtryk hos kvinder, hvis børn var indlagt på neonatalafdeling, hvilket gav anledning til en følelse af ubegribelighed og undren over organiseringen af deres efterfødselsforløb. Igennem

en patientcentret tilgang kan familiens behov for samvær anerkendes, hvorigennem der vil tages hensyn til betydningen af samværet i efterfødselsforløbet og dermed understøttelse af den tidlige mor-barn tilknytning (afsnit 5.3.3.4). Kvindernes oplevelser af fokus på barnet og fysiologiske faktorer forbundet med GDM medvirkede til, at de ikke følte at der blev taget hensyn til individuelle behov og præferencer. Adskillelsen fra barnet forårsagede stort tab af mening i kvindernes efterfødselsforløb, hvilket også efterfølgende har påvirket kvindernes hverdagsliv. Manglende fokus, afklaring og inddragelse af kvindernes individuelle behov og præferencer i deres forløb, kan påvirke kvindernes deltagelse i follow-up screening pga. manglende mening hermed (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 23, Kiesler, Auerbach s. 336). Endvidere kan dette anses som et kvalitetsproblem, da kvinderne som beskrevet oplever adskillelsen fra barnet som et altoverskyggende brud.

6.1.2 Manglende forståelseskontrol og "shared-decision making" – *Information og kommunikation*

Fund fra temaet "Fokus på kvinden" viser manglende patientcentrering, og herunder inddragelse af kvinderne, hvilket ligeledes var relateret til informationen i forløbet, hvor der kunne forekomme mangel på uddybende information. Mangel på uddybende information kom til udtryk i nogle af kvindernes tilfælde, da der ikke forekom "shared-decision-making", og dermed mangel på patientcenteret information, som i højere grad kræver at de sundhedsprofessionelle inddrager kvinderne i beslutningsprocesser (afsnit 5.3.3.4). Den manglende inddragelse af kvinder kommer ligeledes til udtryk under temaet "Information" (afsnit 5.3.2), hvor den manglende patientcentrering ligeledes gør sig gældende ift. information og beslutninger i kvindernes forløb. Der ses en tilgang til informationen i kvindernes forløb, som noget der kan gives, hvilket dermed kan anskues ud fra Luhmanns definition af overførselsmetaforen. Kvindernes oplevelser af informationen om risiko og anbefalingen om follow-up screening igennem hele forløbet var præget af begrænset samt mangel på dialog og mulighed for uddybende information herom. Problematikken vedr. overførselsmetaforen er, at kvinderne anses som passive modtager af information, hvormed der i mindre grad er mulighed for bl.a. forståelse, konsensus og "shared decision making". De fleste kvinder tilkendegav at være blevet informeret om risikoen for diabetes og anbefalingen om follow-up screening, hvormed manglende information ikke kan være årsagen til den faldende deltagelse i follow-up screening (afsnit 5.3.2.3). Det kan dermed i højere grad skyldes at kvinderne gøres til passive modtagere af information uden inddragelse og dialog i forbindelse hermed, hvilket ifølge Luhmann kan øge risikoen for misforståelse som bør søges at kontrolleres og korrigeres. Dette kan foregå hvis de sundhedsprofessionelle søger, at afdække kvindernes forståelse igennem forståelseskontrol, og dermed søger refleksiv kommunikation hvorigennem kvinderne inddrages og deres forståelse således kan komme til udtryk. En sådan refleksiv kommunikation forekom dog ikke i kvindernes tilfælde. Forståelsen af anbefaling og risiko (kommunikationens tredje selektion) afhang af kvindernes selektion ift. den meddelte information, men også om hvorvidt der forekom

forståelseskontrol i kommunikationen mellem kvinderne og de sundhedsprofessionelle (afsnit 5.3.2.3). Endvidere kan afdækning af kvindernes forståelse, ud fra en patientcenteret tilgang, medvirke til at deres individuelle præferencer, værdier og behov tydeliggøres, hvorefter den sundhedsprofessionelle kan tage udgangspunkt heri (afsnit 5.3.3.4). Manglende forståelseskontrol og reflektiv kommunikation kan dermed være årsagen til, at nogle af kvinderne ikke er bevidste om den egentlige anbefaling. I tillæg hertil kan den manglende patientcentrering og inddragelse samt information i kvindernes forløb medvirke til, at der blandt kvinderne forekommer manglende forståelse af anbefalingen om follow-up screening og risiko. Dette kan medvirke til faldende deltagelse i follow-up screening, da kvinderne ikke gør informationen om deltagelse heri til betingelse for egen adfærd. Selvom kvinderne er blevet informeret medfører dette ikke nødvendigvis, at de deltager i follow-up screening, hvorved registerundersøgelsen kan anses som et udtryk for tilslutningshandlinger, dvs. at kvinderne generelt ikke tilslutter sig meningsindholdet i det de sundhedsprofessionelle har kommunikeret til dem ift. anbefalingen (afsnit 5.3.2.3). Registerundersøgelsen (artikel) viser, at der ud kvinderne med tidligere GDM var 80.5 % (egen læge) og 10.2 % (biokemisk afdeling) der fik foretaget follow-up screening ved 1. follow-up screening efter fødslen, og de fleste kvinder fra case studiet har også fået foretaget testen på dette tidspunkt (afsnit 5.3.2.3). Valg og tilslutning til follow-up screening kan i højere tage udgangspunkt i kvindernes egne forudsætninger, og kan dermed afhænge af hvorledes informationen i forløbene bliver uddybet og tilpasset kvinderne. Igennem *“shared decision making”* kan en patientcenteret tilgang øges, hvor kvinderne i højere grad vil inddrages i beslutningsprocessen angående deltagelse i fremtidig follow-up screening (afsnit 5.3.3.4). Det er dermed afgørende for deltagelse i follow-up screening, at kvinderne oplever denne som menings- og betydningsfuld, hvilket muligvis ikke er tilfældet, da informationen herom kan være misforstået, og dermed ikke forekommer vedkommende og meningsfuld, ift. kvindernes hverdag hvilket kan medvirke til faldende deltagelse.

6.1.2.1 Hverdagen og oplevelsen af risiko

Kvindernes risikoopfattelser identificeret under temaet *“Deltagelse og risiko”* (afsnit 5.3.4.3) viser, at mening af både selve forløbet og informationen heri, påvirker den betydning kvinderne tillægger deres risiko og anbefalingen om follow-up screening. Der kan dermed være tale om at kvinderne vælger follow-up screening fra på trods af at de faktisk anser dette som vigtigt og ønsker deltagelse heri. Risikoen for udvikling af diabetes var ikke styrende i de fleste kvinders hverdag, dog var der i to tilfælde tale om tegn på medikalisering, hvor deres hverdagsliv i højere grad blev tolket ud fra en medicinsk forståelsesramme (afsnit 5.3.4.3). Informationen om risiko og follow-up screening i kvindernes forløb, som ikke uddybes, kan anses som risikoorienteret kommunikation, der kan virke moraliserende og manipulerende. Information om den fremtidige risiko, som i nogle tilfælde blev uddybet og i andre ikke, kan tage udgangspunkt i en forventning om at kvinderne handler på baggrund af informationen fra de sundhedsprofessionelle. Dette kan betegnes

som en form for "bindingseffekt" som Luhmann beskriver, hvor information om follow-up screening forpligter til deltagelse heri ud fra moralske overbevisninger (5.3.2.3). Medikalisering af kvindernes hverdagsliv anses som en utilsigtet konsekvens forårsaget af den risikoorienterede kommunikation uden uddybelse i kvindernes forløb, da den fyldte meget i kvindernes hverdag. For kvinderne hvor risikoen ikke fyldte i hverdagen kunne fysiologiske symptomer eller deltagelse i follow-up screening udløse bekymring og tanker om risikoen, som dog efterfølgende igen trådte i baggrunden (afsnit 5.3.4.3). Dermed er risikokommunikationen uden uddybelse ikke en velegnet tilgang til at fremme deltagelsen i follow-up screening, med udgangspunkt i Luhmann, da en sådan kommunikation kan forekomme moraliserende med den hensigt at tvinge eller manipulere kvinderne til at gøre det tiltænkte ud fra et biomedicinsk perspektiv (afsnit 5.3.2.3). I højere grad bør kvinderne have mulighed for selv at træffe beslutning om deltagelse på baggrund af egne behov, værdier og præferencer, således at meningen ift. informationen om follow-up screening styrkes. Dermed synes den kommunikative succes ift. de sundhedsprofessionelles information om risiko og anbefaling om follow-up screening begrænset, da denne afhænger af om kvindernes gør indholdet om deltagelse i follow-up screening som betingelse for egen adfærd.

6.1.3 Manglende sammenhæng i kvindernes forløb - *Information og kommunikations betydning ift. overgange og kontinuitet heri*

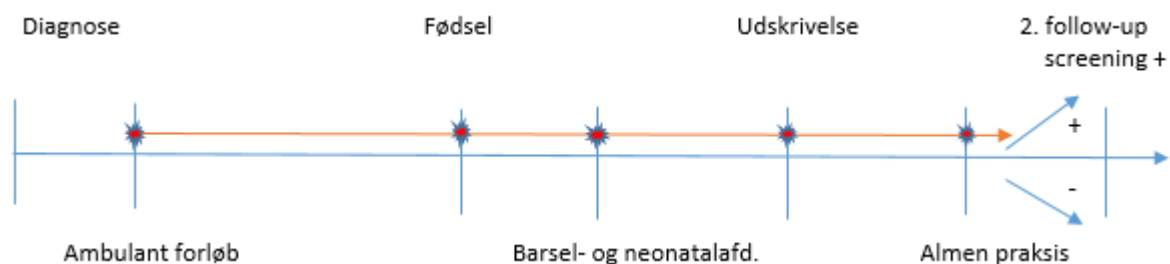
Kvindernes forløb med GDM har præg af manglende sammenhæng ved overgange mellem hhv. ambulatoriet, fødeafdelingen, neonatalafdelingen og praktiserende læge, hvilket kom til udtryk under temaet "Sammenhæng" (afsnit 5.3.1). Den manglende sammenhæng skyldes især manglende koordinering, hvilket kan relateres til manglen på information og fokus på anbefalinger for kvinder med graviditet kompliceret af GDM (afsnit 5.3.2). Information har dermed betydning kontinuiteten i kvindernes forløb, da der igennem information kan skabes kontinuitet i forløb, hvorigennem patienterne kan få øget forståelse for deres forløb med udgangspunkt i deres egen individuelle kontekst (Haggerty, Roberge et al. s. 267-268). For kvinderne var det ubegribeligt, at det ikke var muligt at organisere deres forløbet med GDM bedre, hvilket påvirker deres oplevelser af sammenhæng (afsnit 5.3.1.3). Manglende organisering og koordinering kom til udtryk i forbindelse med ventetid ved diagnosticering samt overgangen mellem de ovenstående afdelinger og primær sektor. Den manglende sammenhæng gav anledning til forvirring og medførte manglende kontinuitet og miskommunikation i kvindernes forløb (afsnit 5.3.1.3). Sammenhængen i kvindernes forløb kan ligeledes påvirkes af manglende patientcentrering (afsnit 5.3.3.4). En patientcenteret tilgang hvor kvindernes opfattelser af koordinationen af deres forløb i højere grad inddrages, kan medvirke til øget oplevelse af sammenhæng (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 5-10). Således kan kvindernes individuelle behov, værdier og præferencer i højere grad diskuteres og konfronteres, hvilket er i overensstemmelse med kvindernes ønsker om mere mening og sammenhæng i deres forløb, som startede i det obstetriske ambulatorie. Endvidere bør

informationen om forløbet og de forskellige afdeling og sektors ansvar og opgaver heri også uddybes, således at kvindernes forståelse af forløbet søges afdækket. Hvis kvinderne i højere grad inddrages og informeres uddybende om aktiviteterne i deres forløb, kan det mindske tvivl og forvirring forbundet med fx efterfødselsforløbet. Kvinderne oplevede eksempelvis, at praktiserende læge ikke var bevidst om sin funktion eller sit ansvar ift. til efterfødselsforløbet og anbefalingen om follow-up screening (afsnit 5.3.1 og 5.3.2). Manglende information og fokus på risiko og follow-up screening medvirkede til, at kvinderne var i tvivl om hvem der havde ansvaret herfor, hvilket kan medvirke til at kvinderne føler at ansvaret ligger hos dem. Manglende sammenhæng ved overgange kan tilskrives tab af information samt manglende koordinering og ansvarsdeling, da der kan opstå tvivl om ansvaret for follow-up screening, som kan medvirke til lav deltagelse i follow-up screening blandt kvinder med tidligere GDM i RN (afsnit 5.3.1.3). Informationsoverlevering ved overgange kan sikre koordineringen mellem afdelinger fx vha. af overleveringsteams (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1413-1415). I en undersøgelse beskrives det også at indførelse af forløbskoordinatorer kan facilitere deltagelse i follow-up screening (Keely s. 315). Dermed kan både forløbskoordinatorer og overleveringsteams medvirke til øget sammenhæng i kvindernes forløb, hvilket kan medvirke til øget deltagelse i follow-up screening. Den manglende sammenhæng ved overgangene kan påvirke kvindernes meningsforståelse, hvilket i yderste tilfælde kan føre til tab af oplevelsen af sammenhæng for kvinderne i det videre forløb og dermed også ift. risikoen for diabetes og deltagelsen i follow-up screening, som dermed ikke bliver en betingelse for egen adfærd. Manglende sammenhæng i kvindernes forløb kan også anses som et kvalitetsproblem som vedrører manglende målopfyldelse (Mainz, Bartels et al. s. 23), da der i RN er en målsætning om gode sammenhængende forløb (De nordjyske kommuner og region Nordjylland KKR s. 7), hvilket ikke er i overensstemmelse med kvindernes oplevelser af deres forløb.

6.1.2.1 Brud og fejl i forbindelse med sammenhæng og information i kvindernes forløb

Med udgangspunkt i Reason's systemperspektiv på fejl har været udgangspunkt for belysning af de mulige brud og fejl i kvindernes forløb. I det følgende vil brud og fejl identificeret på tværs af temaerne diskuteres for herigennem, at belyse hvilke årsager der kan forårsage brud i kvindernes forløb. Igennem diskussion er manglende eller tabt information fundet betydningsfuld ift. kvindernes oplevelser af sammenhæng i deres forløb. Forløbsperspektivet kan med udgangspunkt i kvindernes oplevelser illustrere fejl og brud i det samlede forløb, som i det følgende vil knyttes op herpå. I nedenstående figur vil sammenhængs- og informationsrelaterede fejl og brud knyttes op på kvindernes forløb (figur 4), hvilket muliggør identifikation af forbedringspotentialet i forløbet.

Figur 4 – Kvindernes forløb og de mulige brud heri



Der kan forekomme manglende sammenhængen i kvindernes forløb, som kan skyldes brud i kontinuiteten, hvilket også er beskrevet ovenfor (afsnit 6.1.2). Brudene forekommer flere steder i kvindernes forløb både ved diagnosticering, fødsel, på barsels- og neonatalafdelingen samt ved overgange til almen praksis (afsnit 6.3.1.3). Brudene opstår pga. latente betingelse, der kan medføre huller eller svagheder i barrierer (afsnit 6.3.1.3.2), hvilket i kvindernes tilfælde kommer til udtryk som ineffektive procedurer og tilrettelæggelse af deres forløb. I forbindelse med kvindernes forløb imødekommer procedurerne ikke i tilstrækkelig grad kontinuitet og dermed sammenhæng for kvinderne, hvilket kan skyldes at de kliniske procedurer ikke sikrer informationsoverlevering ved overgangene i de sårbare og sociale processer der forekommer her (afsnit 6.3.1.3.2). Dette kan resultere i, at kvinderne ikke informeres om den videre forløbsbeskrivelse med udgangspunkt i den aktuelle kontekst på de forskellige afdelinger, hvorved kvindernes behov og ønsker om sammenhæng i deres forløb ikke imødekommes. Manglende sammenhæng i kvindernes forløb, som kommer til udtryk ved svagheder i barrierer ved overgange pga. ineffektive procedurer, hvilket er forårsaget af de latente betingelser, kan medvirke til aktive fejl. Latente fejl kan være svære at opdage i komplekse systemer som kvindernes forløb indgår i, da de kan være skjulte i fx rutine processer, hvorved latente fejl kan føre til at aktive fejl opstår (afsnit 6.3.1.3.2). Aktive svigt kendetegner usikre handlinger begået af mennesker i kontakt med en patient eller et system, som indbefatter "slips" og "lapses" (afsnit 6.3.2.4.2). Ved misvisende eller mangelfuld information i kvindernes forløb kan der være tale om enten "slips" og "lapses", da de informationsrelaterede fejl er identificerbare. Fejl vedr. mangelfuld information kan dermed problematisere kvindernes mulighed for informeret samtykke (Retsinformation). Ligeledes kan der forekomme manglende barrierer i forbindelse med information om risiko og follow-up screening i kvindernes forløb (afsnit 6.3.2.4.2). Brud og fejl resulterer i manglende sammenhæng samt misvisende eller mangelfuld information i kvindernes forløb. De latente betingelser i procedurer for pleje og behandling af kvinder med GDM kan generere de ovenfor beskrevne aktive fejl som fx kommer til udtryk ved de sundhedsprofessionelles mangle på uddybende information. Dermed kommer det komplekse samspil imellem processer i kvindernes forløb til udtryk, hvor de latente betingelser kan manifestere sig som aktive fejl med betydning for den information, der formidles til kvinderne. De ovenfor beskrevne brud og fejl i kvindernes forløb kan resultere i manglende

sammenhæng samt misvisende eller mangelfuld information, som kan forårsage lav deltagelse i follow-up screening (afsnit 6.3.2.4.2).

6.2 Udviklingsindsats- beslutningsgrundlag

Igennem temaerne er der identificeret flere årsager til den lave deltagelse i follow-up screening i RN, der går på tværs af temaerne:

- Forskellige forståelser og mangel på konsensus påvirker kvindernes oplevelse af mening i forløbet. Manglende forståelseskontrol, reflektiv kommunikation og "shared decision making".
- Manglende patientcentrering og inddragelse også ift. information i kvindernes forløb. Manglende fokus, afklaring og inddragelse af kvindernes individuelle behov og præferencer i deres forløb. Kvindernes kontekstafhængige opfattelser af information om anbefaling og risiko kan have betydning for hvordan de opfatter informationen om risiko og follow-up screening.
- At deltagelse i follow-up screening fravælges med udgangspunkt i hverdagen som referenceramme på trods af at de faktisk anser dette som vigtigt og ønsker deltagelse heri.
- Indholdet i information om deltagelse i follow-up screening bliver ikke en betingelse for egen adfærd.
- Manglende information og fokus på risiko og follow-up screening medvirkede til, at kvinderne var i tvivl om hvem der havde ansvaret.
- Manglende sammenhæng ved overgange kan tilskrives tab af information samt manglende koordinering og ansvarsdeling, da der kan opstå tvivl om ansvaret for follow-up screening.
- Brud forårsaget af manglende sammenhæng kan medvirke til latente betingelser som kan manifestere sig som aktive fejl med betydning for den information, der formidles til kvinderne.

De indbyrdes forbindelse mellem temaer medvirker til at temaerne fremstår som indbyrdes forbundne. Hvor de førnævnte temaer inden diskussionen fremstod, som mulige adskilte indsatsområder med hvert sit udviklingspotentiale, er forbindelserne imellem temaerne og årsagerne til den lave deltagelse igennem diskussionen blevet tydeligere. Dermed kan det følgende forslag til en udviklingsindsats udgøre et beslutningsgrundlag til en samlet indsats der skal styrke den lave deltagelse i follow-up screening i RN, da der forekommer et uudnyttet potentiale i follow-up screening.

En patientcenteret tilgang kan imødekomme nogle af de forløbsrelaterede årsager som mangel på patientcentrering, sammenhæng og mangel på uddybende information, som kan være årsager til den lave deltagelse i follow-up screening. Under temaet "Fokus på kvinden" hvor indsatser af patientcentrering er belyst (afsnit 5.3.3.4.5) er der ikke entydig evidens for effekten af patientcentrering ift. at øge deltagelsen i

follow-up screening. Reviewet af Vlemmix et. al. viser, at beslutningsstøtte har en signifikant effekt på patienters viden og bevidsthed om individuelle værdier og støtte i forbindelse med information med mulighed for øget deltagelse i screening (Vlemmix, Warendorf et al. s. 260-263). Igennem større indsigt i viden og bevidsthed om individuelle værdier er der mulighed for, at oplevelsen af mening i kvindernes forløb kan øges, således at de kan træffe beslutning om deltagelse i follow-up screening (afsnit 5.3.3.4.5). På trods af manglen på entydig evidens for effekten af patientcentrering anses denne tilgang som en respektfuld tilgang til kvinderne og deres individuelle livskvalitet, hvilket kan styrke deres autonomi (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 6). Patientcentrering kan med udgangspunkt i ovenstående være en del af indsats til øget deltagelse i follow-up screening blandt kvinderne. Dog kan koordinering igennem overleveringsteams eller forløbskoordinatorer også medvirke til øget sammenhæng i kvindernes forløb, hvilket er beskrevet tidligere (afsnit 6.1.3). Specialets udviklingsindsats tager ikke udgangspunkt i fx forløbskoordinatorer, da de allerede er en del af den nye organisationsstruktur for det nordjyske sundhedsvæsen. I udkastet til den nye organisering beskrives det, at koordinationen skal foregå i alle forløb, mellem den overgivende part til den modtagende part, således at der hele tiden er en såkaldt "stafetholder". Ansvaret er ikke overgivet før den modtagende part accepterer ansvaret, hvilket også gælder ift. praktiserende læger (Region Nordjylland 2012). Kvinderne oplever dog ikke at deres forløb bærer præg af koordinering vha. forløbskoordinatorer eller overleveringsteams, og omfanget af den nye strukturs implementering er dermed uvis. Da der allerede eksisterer en beskrivelse af koordinering ift. forløb i RN vil udviklingsindsatsen tage udgangspunkt i andre indsatser til øget deltagelse i follow-up screening. Under temaet "Deltagelse og risiko" gav kvinderne udtryk for at påmindelse kunne medvirke til fremadrettet deltagelse i follow-up screening, da dette kunne bidrage med ro og tryk i kvindernes hverdag (afsnit 5.3.4.3). Med udgangspunkt i en patientcenteret tilgang anses kvindernes ønsker som vigtige ift. at tilrettelægge deres forløb, således det på en respektfuld måde kan bidrage til øget kvalitet i deres hverdag, da flere af kvinderne gav udtryk for at de dermed kunne slippe bekymringerne, hvilket de angav kunne virke befriende. Et anden mulig indsats til øget deltagelse i follow-up screening er påmindelse igennem brevremindere, som kan øge deltagelse i follow-up screening. Påmindelsen er mest effektiv, når både kvinderne og lægerne blev påmindet, og deltagelsen kan øges med 46.2 % (60.5 %- 14.3 %) ift. ingen påmindelse (Clark, Graham et al.) (afsnit 5.3.4.3.1). *Dermed anses reminder systemer og en patientcenteret tilgang tilsammen at kunne udgøre en indsats til øget deltagelse i follow-up screening, da de komplementerer hinanden ift. at imødekomme kvindernes oplevelser af mening ift. deltagelse i follow-up screening. Herigennem kan kvaliteten af kvindernes forløb øges, da dette vedrører målopfyldelse her ift. follow-up screening, som også er beskrevet i problemanalysen (afsnit 2.2.1.1).* Udviklingsindsatsen kan dermed tage udgangspunkt i de følgende to fokuspunkter:

- **Patientcentrering:** Kan medvirke til oplevelsen af mening i kvindernes forløb, således at de kan træffe beslutning om deltagelse i follow-up screening med udgangspunkt i deres individuelle værdier, behov og præferencer. Patientcentrering kan dog ikke stå alene, da der ikke er entydig evidens ift. potentialet for at øge deltagelsen i follow-up screening (afsnit 5.3.3.4.5). Endvidere giver kvinden udtryk for et ønske om at deltage i follow-up screening samt at blive påmindet herom, hvormed remindere anses som en imødekommelse af deres behov.
- **Reminder systemer:** Kan øge deltagelsen i follow-up screening og give kvinderne mere ro og tryghed i hverdagen, hvilket kvinderne udtrykker som et ønske om en indsats til styrke deltagelsen i follow-up screening. Udsendelse af brevremindere bør tage udgangspunkt i kvindernes perspektiver, og dermed være patientcenteret, da remindere alene ikke kan øge meningen i kvindernes forløb (afsnit 5.3.4.3.1). Her er kvindernes oplevelser af vigtigheden af follow-up screening essentiel, da dette ellers kan forekomme som en bagatel, der nedprioriteres i hverdagen og dermed ikke bliver en betingelse for egen adfærd (5.3.4.3). Information i invitationer bør være objektiv for at undgå moralisering og manipulation, som led i deltagelse i follow-up screening (Wistoft s. 84). Informationen bør dermed ikke være risikoorienteret og moraliserende, da det der herved ikke tages udgangspunkt i kvinden (afsnit 5.3.2.3.1.2). Teknologiske hjælpemidler bør styrke mulighed for interaktion med de sundhedsprofessionelle for herved at sikre mulighed for beslutningsstøtte med baggrund i den nødvendige information (Pelzang s. 915). Dermed bør et påmindelsesbrev til kvinderne tage udgangspunkt i den nødvendige information om risiko og anbefaling formidlet på en måde, som lægger op til at kvinden har mulighed for at få hjælp til beslutningsstøtte. Systematisk screening kan sidestilles med organisering af et reminder system, dog skal WHO's Wilson kriterier (Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F s. 356) opfyldes før en systematisk organisering af follow-up screening efter GDM kan overvejes, hvilket ikke bearbejdes da det ikke er indenfor dette speciales formål.

6.2.1 Implementering og evaluering

I almen praksis forefindes der IT-systemer som understøtter muligheden for udsendelse af reminder systemer (5.3.4.3.1), og dermed er der mulighed for udsendelse af reminder breve til kvinderne og evt. også af kvindernes praktiserende læge, hvilket er den mest effektive påmindelsesform (afsnit 5.3.4.3.1). At påmindelserne udsendes fra almen praksis kan begrundes med det, at der i forløbsbeskrivelsen for diabetes i almen praksis henvises til, at praktiserende læge har tovholder rollen i kvindernes efterfødselsforløb (Dansk selskab for almen medicin) (afsnit 2.2.1.2). Udsendelse af remindere fra de praktiserende læger skal dog imødekommes i deres overenskomst (afsnit 5.3.4.3.1.), og interessen herfor samt regionens villighed til at betale, skal dermed undersøges nærmere.

Mere patientcentrering i kvindernes forløb, både i sekundær og primær sektor, kræver omfattende ombygning af en patientcenteret kultur og nye tilgange til pleje og behandling samt måden hvorpå der kommunikerer og interageres med patienter på (Pelzang s. 914). Implementering af en mere patientcenteret tilgang bør foregå på et organisatorisk niveau på gynækologisk-obstetrisk afdeling og i almen praksis, og kan imødekommes igennem følgende faktorer:

- 1) **Lederskab:** På et organisatorisk niveau bør ledere udvise engagement og drive ift. at forene og fastholde i organisationen i den overordnede mission.
- 2) **Udvikling af en klar vision og strategiplan:** Fastlæggelse af hvordan patientcentrering kan implementeres i det daglige kliniske arbejde samt udarbejdelse af en vision og mission. Med simple elementer, som kan indpasses i rutine aktiviteter.
- 3) **Involvering af patienter og familie:** Patienter og familie kan involveres i forbindelse med pleje- og behandling hvor de kan bidrage med information. De bør endvidere involveres i planlægning af pleje- og behandling.
- 4) **Arbejds miljø:** De ansatte bør mødes med den samme respekt som de forventes at møde patienterne med. Endvidere bør de ansatte involveres i design og implementering af patientcentrering i deres organisation.
- 5) **Systematisk måling og feedback:** Måling, herunder feedback, fra patienterne ift. specifikke interventioner der understøtter patientcentrering. Sådanne målinger kan foretages som surveys og patienttilfredsheds målinger.
- 6) **Kvalitet af de fysiske omgivelser:** De fysiske omgivelser har betydning for patientcentrering, da det har betydning for den måde patienter og deres familie føler sig mødt på samt den mulighed de har for deltagelse.
- 7) **Teknologi:** Informationsteknologi kan understøtte patienters og familiers deltagelse i pleje og behandling og facilitere tilgang til information og beslutning støtte hjælpeværktøjer (Pelzang s. 914-915).

Til implementering af reminder systemet kan metoder til kvalitetsudvikling eller forbedring anvendes, da disse har til formål at reducere et muligt "quality gap" (afsnit 2.2.1.1) Til implementering af indsatsen vil der tages udgangspunkt i forbedringsmodellen og herunder "plan – do - study – act" (PDSA) metoden som er en systematisk metode til implementering og udvikling af praksis (Mainz, Bartels et al. s. 49) (afsnit 2.2.1.2). PDSA metoden hører under forbedringsmodellen, som indeholder tre spørgsmål, som skal besvares inden planlægning af en PDSA-cyklus (Glasziou, Ogrinc et al. s. 13).

- **Hvad ønsker vi at opnå (målsætninger)?**

Øget deltagelse i follow-up screening således at niveauet for 1. screening på 80.5 % (egen læge) og 10.2 % (biokemisk afdeling) søges opretholdt til de efterfølgende screeninger.

- **Hvordan kan vi vide, om de indførte forandringer medfører forbedringer (målinger)?**

Deltagelsen kan måles igennem registrering af antallet af kvinder i en praksis der får foretaget follow-up screening, hvilket kan foretages igennem metoder til statistisk kvalitetsforbedring som fx seriediagrammet der er et enkelt og nyttigt redskab til vurdering af om en forbedringsindsats har den tilsigtede effekt, og dermed ikke bare indeholder hvad der kan betegnes som tilfældig variation (Mohammed, Worthington et al. s. 137).

- **Hvilke ideer kan vi afprøve for at opnå de ønskede forbedringer (forandringer)?**

Der kan udsendes reminder breve til kvinderne fra almen praksis, og egen læge kan ligeledes påmindes igennem deres eget IT-system, som beskrevet ovenfor.

Herefter følger PDSA cyklussen, hvor de mere konkrete planer for indsatsen defineres og afprøves (Glasziou, Ogrinc et al. s. 13-14):

- **Plan:** Afprøvning af udsendelse kunne foregå som en pilottest i en lægepraksis hvorfra der kan udsendes reminder breve og påmindelse til lægen i den pågældende praksis, via eget IT-system.
- **Do:** Udsendelse af remindere til alle kvinder med tidligere GDM i den pågældende praksis, og dermed afprøvelse i lille skala for herigennem at afprøve effekten i en praksis inden den implementeres i hele i regionen.
- **Study:** Her undersøges effekten af indsatsen ift. hvor mange der deltog efter den første udsendelse af reminder, hvilket vil uddybes i det følgende afsnit om evaluering (afsnit 6.2.2).
- **Act:** Hvis udsendelse af brev remindere medførte den tilsigtede stigning i deltagelsen i follow-up screening er der baggrund for implementering af indsatsen. Hvis reminderne ikke havde den tilsigtede effekt ændres indsatsen som søges afprøvet i en ny PDSA cyklus.

Dermed implementeres indsatserne ift. patientcentrering og reminder systemer på forskellige måder, og ved implementering af patientcentrering i kvindernes forløb er udgangspunktet ovenstående organisatoriske faktorer. Årsagen til at patientcentrering ikke er søgt implementeret igennem forbedringsmodellen, herunder PDSA, er at det ved denne metode er fokus på målinger og statisk kvalitetsforbedring (Glasziou, Ogrinc et al. s. 13). Patientcentrering er baseret på individuelle oplevelser, som ikke kan måles på den måde som det er tiltænkt ved anvendelse af forbedringsmodellen.

6.2.2 Evaluering

Evaluering af de to udviklingsindsatser til øget deltagelse i follow-up screening i RN fordrer to forskellige tilgange. Hvorvidt kvinderne i højere grad oplever patientcentrering efter implementering heraf kan

evalueres igennem en brugerevaluering, hvor brugernes erfaringer med indsatsen kan afdækkes, da målgruppens vurdering af en indsats er betydningsfuld (Rieper s. 18). Evalueringen af kvindernes oplevelser af patientcentrering i deres forløb kan foretages inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme, herunder den forstående forskningstype hvor der søges forståelse for fænomener i en bestemt kontekst (Rieper s. 26). Herunder kan der eksempelvis anvendes et semistruktureret interview (Rieper s. 26), hvor kvindernes oplevelser af patientcentrering, med udgangspunkt i Gerteis et. al.'s 7 dimensioner (afsnit 4.2.1) i deres forløb, kan belyses. Der kan også foretages brugertilfredshedsundersøgelser, men disse har svagheder da de ikke direkte belyser brugernes erfaringer (Rieper s. 20), hvilket i højere grad kan imødekommes igennem den forstående forskningstype, som beskrevet ovenfor. Ligeledes kan deres oplevelser af beslutningsstøtte i reminder brevene inddrages i interviewene. Effekten af påmindelsesindsatsen i RN kan evalueres igennem en gentagelse af registerundersøgelsen, som befinder sig inden for det empirisk-analytisk paradigme hvor den beskrivende forskningstyper (Rieper s. 26) søger, at beskrive hvorvidt deltagelsen i follow-up screening er steget. Herigennem kan påmindelsesindsatsens effekt evalueres med henblik på, at vurdere om denne har medført øget deltagelse i follow-up screening i RN. Mere patientcentrering i kvindernes forløb, som også vil være tilgangen i reminder brevene, kan ligeledes afspejles i registerundersøgelsen, da der er mulighed for at øget mening igennem beslutningsstøtte kan medvirke til øget deltagelse i follow-up screening, hvis dette forekommer meningsfuldt for kvinderne. Effektevaluering af både reminder- og patientcentreringsindsatsen kan også foretages som et RCT, hvorigennem indsatsernes effekt kan evalueres da forskellen mellem den randomiserede gruppe og kontrol gruppen alene kan tilskrives indsatsen (Rieper s. 59).

6.2.3 Utilsigtede konsekvenser

Ud fra kvindernes oplevelser af deres forløb var der nogle tilfælde tale om tegn på medikalisering, da disse kvinders hverdagsliv i højere grad blev tolket ud fra en medicinsk forståelsesramme (Timm 1997 s. 67) (afsnit 5.3.4.3). Informationen om risiko og follow-up screening i kvindernes forløb, som ikke uddybes, kan anses som risikoorienteret kommunikation, der kan virke moraliserende og manipulerende (afsnit 2.3.2.3). I følge Steen Wackerhausens teori om det åbne sundhedsbegreb, bør individets mål for egen sundhed udspringe fra subjektet selv, hvilket betegnes som "ægte mål", som er reflekterede og tvangsfrie. I modsætning hertil står de "uægte mål" som er pålagt af andre med et vist element af tvang (Jensen, Uffe, J., Andersen, Peter, F. s. 54-56). Information i reminder breve kan med fordel være objektiv for at undgå moralisering og manipulation, som led i indsatsen til øget deltagelse i follow-up screening for at kvinden ikke oplever "frivillig tvang". Hermed er det op til kvinden selv, at basere beslutning om deltagelse i egen subjektiv forståelse af sundhed. I relation til ovenstående kan grundlæggende etiske principper som autonomi, ikke-skade (non maleficence), godgørelse (beneficence) og retfærdighed (Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk

Teknologivurdering 2007 s. 38-41) også inddrages, da deltagelse i follow-up screening, bør respektere kvindernes selvbestemmelse, igennem det informerede samtykke hvilket er patienters lovmæssige ret i Danmark (Retsinformation) (afsnit 2.2.2.2). I forbindelse med screening kan der opstå sygeliggørelse, der kan defineres som en problematik, der kan opstå når risikogrupper udpeges af sundhedsvæsenet, og konsekvenserne kan være ekspertafhængighed. Afhængigheden kan muligvis udvikle sig til et behov for hyppige kontakter med sundhedsvæsenet med henblik på at opnå tryghed og sikkerhed (Etisk råd). Således kan en invitation til screening, eller påmindelse herom, virke betryggende for den enkelte, men det bør overvejes om denne ligeledes kan opleves som "frivillig tvang" hvor det kan forekomme svært at fravælge deltagelse grundet frygt for risikoen for sygdom (Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F s. 356). Dermed understreges vigtigheden i at information i reminder breve ikke er moraliserende manipulerende, men tager hensyn til kvindernes ønske om påmindelse om deltagelse, da dette kan skabe tryghed og ro i hverdagen (afsnit 5.3.4). Andre utilsigtede konsekvenser i forbindelse med screening er, at negative test svar kan virke som en godkendelse af den nuværende sundhedstilstand og medvirke til, at potentielt gavnlige livsstilsinterventioner ikke integreres og efterleves (Etisk råd). Hvorimod positive svar kan betyde at kvinderne må leve med angst og bekymring forbundet med sin sygdom i længere tid, hvilket kan påvirke deres livskvalitet, i forlængelse heraf kan screeningstilbud også medføre stigmatisering, forbundet med fokus på risiko (Etisk råd, Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F s. 358). Deltagelse i follow-up screening kan dermed være forbundet med nogle utilsigtede konsekvenser og etiske problematikker, som ligeledes kan forekomme i forbindelse med en udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening blandt kvinder med tidligere GDM i RN.

6.3 Metodekritik

6.3.1 Case studiet

Single case studiets undersøgelse af forløb med GDM på gynækologisk obstetrisk afdeling på Aalborg Universitetshospital har styrker og svagheder. En svaghed ved single case designet er ifølge Yin, at det kan være svært at opnå robust evidens på baggrund af en case, og dermed kan multiple case designs være mere fordelagtige (Yin s. 46). Kvindernes oplevelser af deres forløb med GDM på gynækologisk-obstetrisk afdeling på Aalborg Universitetshospital styrker undersøgelsens generaliserbarhed, da disse kan relateres til konteksten for den lave deltagelse der blev detekteret i registerundersøgelsen. Ifølge Yin afhænger case studiets generaliserbarhed af etablering forbindelser til den kontekst eller domæne fundende skal generaliseres til (Yin s. 34). Ligeledes understøtter anvendelse af teori i single case studiet, ifølge Yin, generaliserbarheden (Yin s. 34), hvormed rekontekstualiseringens afsnittene styrker generaliserbarheden, da kvindernes oplevelser fortolkes ud fra en bredere referenceramme (afsnit 4.5.6.1). Det "embedded"

design og analysestrategien synes at styrke case studiets interne validitet, som ifølge Yin muliggør identifikation af komplekse forbindelser (Yin s. 34), hvormed forbindelse imellem kvindernes oplevelser fremkom igennem analysen af de forskellige temaer. Analysen af kontraster og ligheder mellem kvinders oplevelser under de enkelte temaer (afsnit 5.3) udgjorde dermed en samlet analyse af oplevelser relateret til deres forløb. Det anbefales at anvende triangulering af forskellige kilder til evidens i et case studie (Yin s. 97). Anvendelse af det kvalitative interview til analyse af case studiet af forløb med GDM på Aalborg Universitetshospital, udgør dermed en begrænset kilde til evidens. Andre kilder som kunne medvirke til øget evidens ift. et case studie kan være dokumentanalyse, fokusgruppe eller observation mm. (Yin s. 97-98). Dermed kunne analyse af det informationsmateriale, som kvinderne modtager i deres forløb have bibragt øget indsigt i informationen i forløbet. Ligeledes kunne observation forskellige steder i forløbet understøtte kvindernes oplevelser, hvilket ifølge Yin er en fordel ved triangulering under casen (Yin s. 99). Mangel på triangulering påvirker dermed case studiets "construct validity", da undersøgelse af casen er baseret udelukkende på kvindernes oplevelser. Valget om at undersøge casen udelukkende ved hjælp af kvindernes fortællinger tilskrives det at kvindernes oplevelser anses som betydningsfulde, da de ifølge Helle Timm kan bidrage med fortællinger om bl.a. sammenhængskraft (Timm 2010 s. 84). Kvindernes fortællinger bidrog således med indsigt i deres oplevelser af sammenhæng og andre forløbsrelaterede årsager, og igennem analyse heraf en dybere forståelse for den lave deltagelse i follow-up screening i deres forløb. Endvidere underbygges valget om, at undersøge casen med udgangspunkt i kvindernes subjektive oplevelser som betydningsfulde, da kvinderne er genstand og udgangspunktet for forløb, pleje og behandling i forbindelse med GDM. Case studiets "construct validity", som ifølge Yin vedrører relevant mål der muliggør belysning af formålet (Yin s. 34), er operationaliseret i interviewguiden (bilag 6) og muliggjorde dermed undersøgelse af de forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening. Ligeledes styrker interviewguiden undersøgelsens reliabilitet, da denne tydeliggør operationaliseringen således at dataindsamling kan gentages, hvilket har ifølge Yin har betydning for case studiets reliabilitet (Yin s. 34).

9.3.1.1. Interviewundersøgelsen

Kvindernes karakteristika er overvejende generaliserbare ift. kvinderne fra registerundersøgelsen, da de aldersmæssigt er ca. 30 år og har haft et forløb med GDM på Aalborg Universitetshospital og dermed bidrager til belysning af undersøgelsens formål. Igennem interviewene oplevede vi et mætningspunkt ift. kvindernes oplevelser, som var ensartede. Informanternes karakteristika og det opnåede mætningspunkt antages at øge undersøgelsens validitet, da undersøgelsens formål er belyst nuanceret og tilstrækkeligt (Vallgård, Koch s. 82). Vi oplevede, at lokaliteten for interviewene havde betydning for interviewets forløb, da interview foretaget i vores grupperum ikke var ligeså righoldige som interview foretaget på fx fødeafdelingen, hvilket kan skyldes at kvinderne følte sig mere trygge på afdelingen. Dog forsøgte vi at spørge omhyggeligt ind til

meningen i det sagte med udgangspunkt i Kvales "type spørgsmål" (Kvale 1997 s. 137-139), hvilket ifølge Kvale medvirker til at styrke interviewets validitet (Kvale 1997 s. 232). Ydermere er der mulighed for at den dynamiske dimension i varierende grad fremmede interaktionen, da denne har betydning for herfor (Kvale 1997 s. 134), fx ift. righoldigheden af interviewene. Vores uddannelsesmæssige baggrund kan have genereret social disability bias, da kvinderne kan have ønsket at leve op til anbefalingen om fx follow-up screening og herigennem søge anerkendelse og legitimering hos os i kraft af vores professioner, hvilket ifølge Kvale ligeledes kan påvirke interviewets troværdighed. Dermed kan lokaliteten og vores uddannelsesmæssige baggrunde have påvirket reliabiliteten, da interviewene kunne have forløbet anderledes (Vallgård, Koch s. 82) hvis det var foretaget af andre og i anden lokalitet. Dog styrkes refleksiviteten, da vi under interviewet har positioneret os selv som studerende. Vi oplevede under interviews hvor vi begge var tilstede, at vi i højere grad fik sikret at interviewet forløb i overensstemmelse med undersøgelsens formål og forhindrede blinde vinkler, som kan påvirke validiteten (Vallgård, Koch s. 82). En ordret og stringent transskriptionsstil anses, som anvendelig ift. tydeliggørelse af kvindernes oplevelser af deres forløb, hvilket øger undersøgelsens reliabilitet, da overensstemmelse mellem lydoptagelse og transskription har betydning herfor (Vallgård, Koch s. 82-83).

6.3.2 Samlet vurdering

Tematisering med udgangspunkt i analyseredskabet (afsnit 4.5.6.1) kan have haft betydning for undersøgelsens reliabilitet, da der er flere forskellige tolkninger af udsagn (Vallgård, Koch s. 82-83). Dog anses tematiseringen som pålidelig, da der er givet repræsentative eksempler på udsagn, som søger at vise at disse er "grounded" i data. Udsagnene bidrager således med gennemsigtighed, hvilket ligeledes er hensigten med eksemplet på anvendelse af analyseredskabet (afsnit 5.2). Vi har foretaget en rekontekstualisering, analyseredskabets 4. trin, under hvert af de 4 temaer for at sikre en bred og dybdegående analyse heraf. I diskussionen er forbindelserne imellem årsager på tværs af temaer diskuteret ift. betydningen for den lave deltagelse i follow-up screening, men risikoen herved kan være, at der kan forekomme elementer af videretolkning af temaerne i den samlede diskussion. De forskellige teorier i single case studiet som har udgjort referencerammen for analysen positionerer sig under humanvidenskab, hvor den videnskabelige hovedopgave er opnåelse af forståelse (afsnit 4.3.1), hvilket ligeledes er udgangspunktet for undersøgelsen af den lave deltagelse i follow-up screening på baggrund af kvindernes oplevelser. Overensstemmelsen mellem teoriens og undersøgelsens positionering gør at teorien er anvendelig til analyse af de bagvedliggende årsager til den lave deltagelse, da der hersker de samme grundlæggende antagelse til videnskab (afsnit 4.4.1). Udviklingsindsatsen (afsnit 6.2) beror på effektestimater fra undersøgelser af høj evidens såsom et RCT og et review, hvilket styrker den anbefalede indsats til øget deltagelse i follow-up screening. Med udgangspunkt i de ovenstående afsnit er case studiets, og herunder

interviewenes, validitet og reliabilitet medvirkede til at resultaterne anses som egnede til besvarelse af problemformuleringen. Da case studiets fund er kontekstafhængige (Denzin, Lincoln s. 301, Yin s. 12-13) påvirkes generaliserbarheden heraf. Fundene tager udgangspunkt i forløb med GDM på Aalborg Universitetshospital og bidrager dermed til viden om forløb her og de mulige forbedringspotentialer forbundet hertil. Dermed medvirker kontekstens betydning fundenes generaliserbarhed til forløb med GDM andre steder i Danmark, da deres forløb kan være organiseret anderledes, hvilket kan afspejles i kvindernes oplevelser heraf. Hvis deltagelsen i follow-up screening undersøges andre steder i Danmark og findes lav, kan specialet anses som et bidrag der give forståelse for mulige bagvedliggende årsager hertil. Ydermere er der mulighed for at kvindernes oplevelser af deres forløb kan være generelle og gøre sig gældende ift. forløb for andre patientgrupper, da koordinering og svagheden forbundet hermed er et overordnet kvalitets- og patientsikkerhedsproblem (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1412).

7. Konklusion

Igennem case studiet er der identificeret flere forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i follow-up screening, som særligt kan skyldes manglende sammenhæng ved overgange i kvindernes forløb, der kan tilskrives tab af information samt manglende koordinering og ansvarsdeling. Ovenstående medvirkede til, at kvinderne oplevede at de stod alene med ansvaret for deres forløb. I almen praksis kom dette til udtryk ved manglende fokus og viden om follow-up screening, som kvinderne derfor ofte selv initierede. I forbindelse med information i kvindernes forløb forekom der manglende dialog, da tilgangen til information som noget der overføres ikke bidrager til forståelse af information om risiko og follow-up screening. Endvidere blev kvinderne ofte ikke inddraget i beslutningsprocesser, hvilket kan øge risikoen for misforståelse, hvor kvindernes forståelse således ikke kommer til udtryk.

Den mangelfulde information og sammenhæng kan anses som manglende patientcentrering i kvindernes forløb, da der ud fra kvindernes oplevelser ikke er fokus på inddragelse af kvinderne samt deres behov, værdier og præferencer, hvilket på sigt kan medvirke til at follow-up screening ikke giver mening i kvinders kontekst og hverdagsliv. I tillæg hertil ønsker og reagerer kvinderne positivt ift. at blive mødt af de sundhedsprofessionelle, hvilket tydeliggør behovet for øget patientcentrering i kvindernes forløb. Dermed kan kvinderne vælge fremadrettet deltagelse i follow-up screening fra på baggrund af deres hverdag, som at deltagelse ikke bliver en betingelse for kvindernes adfærd, da de ikke vedvarende tilslutter sig hertil. Kvinderne anser dog follow-up screening, som vigtigt og ønsker deltagelse heri.

Kvinderne oplever store brud i deres forløb især i forbindelse med overgange fra det ambulante forløb i graviditeten til barselsperioden samt ved overgange til opfølgning i almen praksis. Bruddene medvirker til manglende sammenhæng samt misvisende eller mangelfuld information i kvindernes forløb. De bagvedliggende procedurer for pleje- og behandling af kvinder med GDM kan generere de fejl som kommer til udtryk når kvinderne informeres, som kan forårsage lav deltagelse i follow-up screening. De forløbsrelaterede årsager til den lave deltagelse i RN kan anses som en kvalitetsproblematik, da målopfyldelse her follow-up screening, ikke sker.

En udviklingsindsats til øget deltagelse i follow-up screening kan tage udgangspunkt i øget patientcentrering i kvindernes samlede forløb, herunder beslutningsstøtte, som kan bidrage til styrket oplevelse af mening i kvindernes forløb. Hvis kvindernes oplevelser af sammenhæng og mening i deres forløb styrkes, og de inddrages i beslutningsprocesser, er der mulighed for at dette på sigt kan medvirke til øget deltagelse i follow-up screening. Herunder er påmindelse til kvinderne igennem brevremindere en indsats der også kan bidrage til øget deltagelse i follow-up screening. Registerundersøgelsen viser, at deltagelse i follow-up screening kan medvirke til tidlig opsporing af diabetes og forebygge udviklingen af diabetes relaterede senkomplikationer, hvilket også er beskrevet indledningsvist. Dermed kan deltagelsen have gavnlige konsekvenser for kvindernes helbred. Remindere kan fungere som en barrier for den mangelfulde information. I tillæg hertil giver kvinderne udtryk for et ønske om at blive påmindet, hvilket kan bidrage til ro og tryghed. Som led i en patientcentreringsindsats bør indholdet i brevet til kvinderne tage udgangspunkt i den nødvendige information om risiko og anbefaling formidlet på en måde, som lægger op til at kvinden har mulighed for at få hjælp til beslutningsstøtte, og på denne måde ikke har en risikoorienteret og moraliserende tilgang. I undersøgelsen af kvindernes oplevelser af deres forløb og betydningen heraf for deltagelsen i follow-up screening identificeret. Det uddnyttede potentiale i follow-up kan med udgangspunkt i ovenstående indsats medvirke til øget deltagelse heri, blandt kvinder med tidligere GDM i RN, da kvindernes forståelse for follow-up screening og mening hermed kan styrkes. Fordelen ved patientcentrering kan således være inddragelse i det individuelle forløb, hvor respekt og øget autonomi kan bidrage til at klarlægge kvindernes perspektiver og præferencer ift. follow-up screening, hvilket kan bidrage til et meningsfuldt og aktivt til- eller fravalg heraf.

8. Perspektivering

Som tidligere beskrevet (afsnit 6.2) er det i udkastet til den nye sygehusvæsenet i RN beskrevet, at der skal foregå koordination i alle forløb mellem den overgivende og modtagende part, således at der hele tiden er en såkaldt "stafetholder" (Region Nordjylland 2012 s. 10-11), hvilket er en indsats som også kan facilitere deltagelse i follow-up screening blandt kvinder med tidligere GDM (Keely s. 315). Forløbs koordinatore kan

endvidere bidrage til implementering eller styrke den patientcentrerede tilgang på et organisatorisk niveau, da koordinering af forløb ud fra patientens perspektiv ligeledes indebærer konkretisering af opgaver og ansvaret for behandlingen internt blandt de sundhedsprofessionelle. Dette kan endvidere øge formidling af information til patienten (Gerteis, Edgman-Levitan et al. s. 52). Specialets undersøgelse af kvindernes oplevelser af deres forløb med GDM viste at deres forløb var usammenhængende med manglende koordinering på tværs af afdelingerne samt sektorer. Den manglende koordinering medvirkede til, at kvinderne ikke følte sig tilstrækkelig inddraget og mødt af de sundhedsprofessionelle, hvilket ydermere medførte at informationen ikke tog udgangspunkt i kvindernes værdier, behov og præferencer og at deltagelse i beslutninger vedr. kvindernes forløb således ikke var muligt. Som tidligere nævnt hører patientovergange til blandt de mest risikofyldte procedurer inden for sundhedssektoren, da der i disse situationer tabes væsentlig information eller forekommer uklarhed om ansvaret for patienten, og dermed kan der opstå risiko for nedsat effektivitet (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1412-1413) (afsnit 5.3.1.4). Den manglende koordinering i kvindernes tilfælde kan anses som værende medvirkende til at deltagelsen i follow-up screeningen ikke opretholdes på sigt. Forløbskoordinatorer er ikke en del af specialets udviklingsindsats, da det allerede indgår som en del af den nye struktur hvorfor det antages at foregå i et vist omfang (afsnit 6.2). Dermed kunne et andet perspektiv på en undersøgelse af deltagelse i follow-up screening i RN vedrøre omfanget af koordinering imellem afdelingerne ift. at belyse omfanget heraf i kvindernes forløb. Undersøgelsen kan tage udgangspunkt i observationer at kvindernes forløb i praksis og de forskellige aktiviteter indlejret heri. Ydermere kan arbejdsgange og processer varetager af forløbskoordinatorer med ansvar for kvindernes samlede forløb observeres og interview for herigennem at undersøge den koordinerede indsats. Dermed kan en videre undersøgelse af koordinering af kvindernes forløb foretages, som et case studie hvori der indgår metodetriangulering. Kvindernes oplevelser at manglende sammenhæng kan muligvis tyde på et vist forbedringspotentiale ift. implementering af forløbskoordinering i deres forløb. Manglende koordinering ved overgange og koordinering er en generel og risikofyldt problematik (Siemsen, Michaelsen et al. s. 1412-1413), og dermed kan resultater fra specialets undersøgelse heraf også gøre sig gældende ift. andre patientgruppers oplevelser af deres forløb.

Referenceliste

ANDERSEN, P.T. and TIMM, H., 2010. *Sundhedssociologi: En grundbog*. Hans Reitzel.

BELLAMY, L., CASAS, J., HINGORANI, A.D. and WILLIAMS, D., 2009. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, **373**(9677), pp. 1773-1779.

BIRKLER, J., 2005. *Videnskabsteori : en grundbog*. Kbh.: Munksgaard Danmark.

CARLSSON, M., SIMOVSKA, V. and JENSEN, B.B., 2009. *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme-teori, forskning og praksis*. Aarhus Universitetsforlag.

CENTER FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, , Critical appraisal. Available:

<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157> [16-05, 2014].

CHARLES, M., FLEISCHER, J., WITTE, D.R., EJSKJAER, N., BORCH-JOHNSEN, K., LAURITZEN, T. and SANDBAEK, A., 2013. Impact of early detection and treatment of diabetes on the 6-year prevalence of cardiac autonomic neuropathy in people with screen-detected diabetes: ADDITION-Denmark, a cluster-randomised study. *Diabetologia*, **56**(1), pp. 101-108.

CLARK, H.D., GRAHAM, I.D., KAROVITCH, A. and KEELY, E.J., 2009. Do postal reminders increase postpartum screening of diabetes mellitus in women with gestational diabetes mellitus? A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **200**(6), pp. 634. e1-634. e7.

CZARNIAWSKA, B., 2007. *Shadowing, and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmø; Frederiksberg; Oslo: Liber; Copenhagen Business School Press; Universitetsforlaget.

DAMM, P., OVESEN, P., ANDERSEN, L.L., MØLLER, M., FISCHER, L.R., MATHIESEN, E., JENSEN, D.M., WOLF, C., STAGE, E., RASMUSSEN, A., HANSEN, N.C., DRIVSHOLM, T. and LAUGESEN, C.S., 2009. *Kliniske retningslinier for gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening, diagnostik, behandling og kontrol samt follow-up efter fødslen*. Sundhedsstyrelsens diabetesgruppe.

DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN, , Vejledning type 2 diabetes. Available:

<http://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=532&gotoChapter=533&gotoElement=764> [29-03-2014, 2014].

DANSK SELSKAB FOR OBSTETRIK OG GYNÆKOLOGI, 2010. *Kliniske retningslinier for gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening, diagnostik, behandling og kontrol samt follow-up efter fødslen*.

DE NORDJYSKE KOMMUNER OG REGION NORDJYLLAND KKR, 2011. *Den generelle sundhedsaftale*.

DENZIN, N.K. and LINCOLN, Y.S., 2011. *The SAGE handbook of qualitative research*. Sage.

DEVSAM, B.U., BOGOSSIAN, F.E. and PEACOCK, A.S., 2013. An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framework to enhance midwifery assessment. *Women and Birth*, **26**(2), pp. e69-e76.

DWAMENA, F., HOLMES-ROVNER, M., GAULDEN, C.M., JORGENSEN, S., SADIGH, G., SIKORSKII, A., LEWIN, S., SMITH, R.C., COFFEY, J. and OLOMU, A., 2012. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*, **12**.

EBSCOHOST, 2014-last update, The cinahl database. Available: <http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database> [10-05, 2014].

ETISK RÅD, 1999-last update, Screening - en redegørelse- Rådets overvejelser. Available: <http://www.etiskraad.dk/upload/publikationer/forebyggelse/screening-en-redegoerelse/kap05.htm> [17-05, 2014].

FINN KAMPER-JØRGENSEN, GERT ALMIND, BJARNE BRUUN JENSEN, 2009. *Forebyggende sundhedsarbejde : baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder*. 5 edn. Kbh.: Munksgaard Danmark.

GERTEIS, M., EDGMAN-LEVITAN, S., DALEY, J. and DELBANCO, T.L., 1993. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. Jossey-Bass San Francisco.

GLASDAM, S., 2004. Betragtninger over medicin, sygepleje og sygeplejerskeuddannelse. *Antologi med præsentation af sygeplejerskers kandidatspecialer og masterprojekter i Vestsjællands Amt.Sygeplejeskolen Vestsjællands Amt*, .

GLASZIOU, P., OGRINC, G. and GOODMAN, S., 2011. Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? *BMJ quality & safety*, **20 Suppl 1**, pp. i13-17.

GLÜMER, C., JØRGENSEN, T. and BORCH-JOHNSEN, K., 2003. Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in a Danish Population The Inter99 study. *Diabetes care*, **26**(8), pp. 2335-2340.

GRIFFIN, S.J., BORCH-JOHNSEN, K., DAVIES, M.J., KHUNTI, K., RUTTEN, G.E., SANDBÆK, A., SHARP, S.J., SIMMONS, R.K., VAN DEN DONK, M. and WAREHAM, N.J., 2011. Effect of early intensive multifactorial therapy on 5-year cardiovascular outcomes in individuals with type 2 diabetes detected by screening (ADDITION-Europe): a cluster-randomised trial. *The Lancet*, **378**(9786), pp. 156-167.

HAGGERTY, J.L., ROBERGE, D., FREEMAN, G.K. and BEAULIEU, C., 2013. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Annals of family medicine*, **11**(3), pp. 262-271.

HOLM, A.B., 2011. *Videnskab i virkeligheden : en grundbog i videnskabsteori*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

HVIID JACOBSEN, M., LIPPERT-RASMUSSEN, K. and NEDERGAARD, P., 2014. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Kbh.: Nota.

INSTITUT FOR KVALITET OG AKKREDITERING I SUNDHEDSVÆSENET, IKAS, 2013-last update, Status for DDKM. Available: <http://www.ikas.dk/DDKM/Status.aspx> [29-03-2013, 2013].

INSTITUT FOR KVALITET OG AKKREDITERING I SUNDHEDSVÆSENET, IKAS, 2011-last update, Akkrediteringsstandard, Graviditet, fødsel og barsel 3.4.3 Barsel (3/3). Available: [http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/1.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-\(2009-2012\)/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.3-Barsel-\(3/3\).aspx](http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/1.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-(2009-2012)/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.3-Barsel-(3/3).aspx) [29-03-2013, 2014].

INSTITUTE OF MEDICINE (US). COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.

JENSEN, UFFE, J., ANDERSEN, PETER, F., 1994. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus: Philosophia.

JUUL, S., 2008. Epidemiologi og evidens.

KAPUSTIN, J.F., 2008. Postpartum management for gestational diabetes mellitus: policy and practice implications. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, **20**(11), pp. 547-554.

KEELY, E., 2012. An opportunity not to be missed—how do we improve postpartum screening rates for women with gestational diabetes? *Diabetes/metabolism research and reviews*, **28**(4), pp. 312-316.

KIESLER, D.J. and AUERBACH, S.M., 2006. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient education and counseling*, **61**(3), pp. 319-341.

KJØLLER M, JUEL K, KAMPER-JØRGENSEN F, 2007. *Folkesundhedsrapporten*. Statens institut for folkesundhed.

KLEINMAN, A., 1980. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Univ of California Press.

KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M. and DONALDSON, M.S., 2000. *To err is human: building a safer health system*. National Academies Press.

KVALE, S., 2007. *Doing interviews*. Los Angeles, Calif.: Sage.

KVALE, S., 1997. *Interview : en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Kbh.: Hans Reitzel.

KWONG, S., MITCHELL, R.S., SENIOR, P.A. and CHIK, C.L., 2009. Postpartum Diabetes Screening Adherence rate and the performance of fasting plasma glucose versus oral glucose tolerance test. *Diabetes care*, **32**(12), pp. 2242-2244.

LÆGEFORENINGEN, , Anvendelse af IT i almen praksis. Available:

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/OE%2001-04-2011/Indhold%20-%20OE%2001-04-2011/PARAGRAF_96 [07-05-2014, 2014].

LÆGEFORENINGEN, , Hørings svar. Available:

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/L%C3%A6geforeningen%20mener/HOERINGSSVAR?public_visningsType=5&public_modtager=0&public_forrigeVisningstype=4&public_nyhedsId=93301&public_afsender_gruppe=6. [07-05-2014, 2014].

LÆGEFORENINGEN, , Profylakseaftale. Available:

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/OE%2001-04-2011/Profylakseaftalen1 [07-05-2014, 2014].

LAUENBORG, J., HANSEN, T., JENSEN, D.M., VESTERGAARD, H., MØLSTED-PEDERSEN, L., HORNNES, P., LOCHT, H., PEDERSEN, O. and DAMM, P., 2004. Increasing Incidence of Diabetes After Gestational Diabetes A long-term follow-up in a Danish population. *Diabetes care*, **27**(5), pp. 1194-1199.

LAUNSØ, O.&R., 2013. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. Kbh.: Nota.

- LEGA, I.C., MCLAUGHLIN, H., CORONEOS, M., HANDLEY-DERRY, F., DONOVAN, N. and LIPSCOMBE, L.L., 2012. A physician reminder to improve postpartum diabetes screening in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice*, **95**(3), pp. 352-357.
- LUHMANN, N., 2000. *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*. Kbh.: Hans Reitzel.
- MAINZ, J., BARTELS, P., BEK, T., PEDERSEN, K.M., KRØLL, V.P. and RHODE, P., 2011. *Kvalitetsudvikling i praksis*. Munksgård Danmark.
- MALTERUD, K., 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, **358**(9280), pp. 483-488.
- MOHAMMED, M.A., WORTHINGTON, P. and WOODALL, W.H., 2008. Plotting basic control charts: tutorial notes for healthcare practitioners. *Quality & safety in health care*, **17**(2), pp. 137-145.
- MØLLER, M., Jørgensen Hildburg, 2013-last update, Diabetes, graviditetsbetinget (forløbsbeskrivelse). Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/nordjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/diabetes-graviditetsbetinget/> [13.12, 2013].
- MURRAY, E., POLLACK, L., WHITE, M. and LO, B., 2007. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient education and counseling*, **65**(2), pp. 189-196.
- NOLAN, C.J., 2011. Controversies in gestational diabetes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, **25**(1), pp. 37-49.
- PELTOMAA, K., 2012. James Reason: Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese. *Quality Management in Healthcare*, **21**(1), pp. 59-63.
- PELZANG, R., 2010. Time to learn: understanding patient-centred care. *British journal of nursing*, **19**(14), pp. 912.
- PLOUG, T., HOLM, S. and BRODERSEN, J., 2012. To nudge or not to nudge: cancer screening programmes and the limits of libertarian paternalism. *Journal of epidemiology and community health*, **66**(12), pp. 1193-1196.

PSYCHINFO, 2014-last update, Homepage. Available:

<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx> [10-05, 2014].

REASON, J., 1990. *Human error*. Cambridge university press.

REASON, J., 2000. Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, **320**(7237), pp. 768-770.

REGION NORDJYLLAND, 2012. *Oplæg til Fremtidig klinisk Ledelsesmæssig Organisering*.

REGION NORDJYLLAND, , Graviditetsbetinget sukkersyge, gestationel diabetes mellitus, GDM, - behandling.

Available: <https://pri.rn.dk/pri/SV/GOA/Sider/cc6be2e4-3301-4759-a31c-91df82a013ac.aspx> [27-03, 2014].

RETSINFORMATION, , Sundhedsloven paragraf 15 stk. 3. Available:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K5> [17-05, 2014].

RIEPER, O., 2004. *Håndbog i evaluering : metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser*. Kbh.: AKF.

SIEMSEN, I.M.D., MICHAELSEN, L., NIELSEN, J., ØSTERGAARD, D. and ANDERSEN, H.B., 2011. Der er mange sikkerhedsrisici ved patientovergange. *Ugeskrift for Læger*, **173**(20), pp. 1412-1416.

STROBE STATEMENT, . Available: <http://www.strobe-statement.org/> [16-05, 2014].

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2013. *Svangreomsorgen 2013*.

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2012. *Screening for livmoderhalskræft-anbefalinger*.

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2009. *Kræftprofil-Livmoderhalskræft 2000-2007*.

SUNDHEDSSTYRELSEN, ENHED FOR MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING, 2007. *Metode håndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen.

SUNDHEDSSTYRELSEN-CENTER FOR EVALUERING OG MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING, 2003. *Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling*. 1.

THISTED, J.,f.1952, 2010. *Forskningsmetode i praksis : projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. Kbh.: Munksgaard Danmark.

TIMM, H., 2010. *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. Kbh.: Videncenter for Sammenhængende Forløb; Books on Demand.

TIMM, H.U., 1997. *Patienten i centrum? : brugerundersøgelser, læggerspektiver og kvalitetsudvikling*. Kbh.: DSI - Institut for Sundhedsvæsen.

VALLGÅRDA, S. and KOCH, L.(.), 2013. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Kbh.: Nota.

VESCO, K.K., DIETZ, P.M., BULKLEY, J., BRUCE, F.C., CALLAGHAN, W.M., ENGLAND, L., KIMES, T., BACHMAN, D., HARTINGER, K.J. and HORNBROOK, M.C., 2012. A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, .

VESCO, K.K., DIETZ, P.M., BULKLEY, J., BRUCE, F.C., CALLAGHAN, W.M., ENGLAND, L., KIMES, T., BACHMAN, D., HARTINGER, K.J. and HORNBROOK, M.C., 2012. A system-based intervention to improve postpartum diabetes screening among women with gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, .

VLEMMIX, F., WARENDORF, J., ROSMAN, A., KOK, M., MOL, B., MORRIS, J. and NASSAR, N., 2013. Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **120**(3), pp. 257-266.

WHITELAW, B. and GAYLE, C., 2011. Gestational diabetes. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, **21**(2), pp. 41-46.

WISTOFT, K., 2009. *Sundhedspædagogik : viden og værdier*. Kbh.: Hans Reitzel.

YIN, R., 2003. K.(2003). Case study research: Design and methods. *Sage Publications, Inc*, **5**, pp. 11.