



Er praktiserende læger i Danmark gode til at følge op på GDM-patienter postpartum?

FT-opgave af

Maria Cecilie Davidsen, Stefan Bajagic og Zenia Mogensen, hold 65

Vejleder Annemette Bondo

Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	3
Metode.....	5
Resultat.....	7
Analyse.....	9
Diskussion.....	10
Styrker.....	10
Begrænsninger.....	11
Dataopsamling.....	11
Lokalisation.....	12
Konklusion.....	13
Referencer.....	15
Appendix.....	17

Er praktiserende læger i Danmark gode til at følge op på GDM-patienter postpartum?

Introduktion

Gestationel diabetes mellitus (GDM) er defineret ud fra udvikling af hyperglykæmi under graviditet. I Danmark stilles diagnosen ved en oral glukose tolerance test (OGTT), hvor den gravide kvinde indtager 75 gram glukose, og efter to timer måles en plasma-glukose værdi med højkvalitetsmetode og ved glukoseværdi på $\geq 9,0$ mmol/L. GDM er som regel asymptomatisk, hvorfor man har defineret, hvem man tilbyder OGTT til ud fra bestemte risikofaktorer, se tabel 1.[2,4]

Risikofaktorer for GDM
Gravide med tidligere GDM
Maternel overvægt før graviditet (BMI ≥ 27 kg/m ²)
Familiær disposition til diabetes (type 1 eller 2 hos bedsteforældre, forældre, søskende eller egne børn)
Tidligere fødsel af et stort barn (≥ 4500 gram)
Kendt Polycystisk Ovariesyndrom
Flerfoldsgravide
Glukosuri

Figur 1: oversigt over risikofaktorer for GDM

Stigende prævalens

Prævalensen for GDM er stigende. I 2004 havde 1,7% af alle gravide i Danmark GDM, mens det i 2012 var steget til 2,7% og i 2021 var prævalensen oppe på 5,9%.[1] Til sammenligning ligger prævalensen i Danmark lavere end andre internationale opgørelser, som ligger op mod 13% og tillige har været stigende over tid. Opmærksomheden kommer formentlig på baggrund af den viden, der er kommet på området, hvor man er blevet mere bevidst om de følger GDM kan have. Eksempelvis ved man, at cirka 40-50% af gravide med GDM, udvikler regelret diabetes mellitus 10 år efter fødslen [2,3]. I et norsk studie, fandt man, at det var individuel vurdering, som betød meget for, om kvinderne blev fulgt op for deres GDM [12]

Derfor er det vigtigt, at vi i Danmark har et system, der tilbyder relevant opfølgning til de kvinder med GDM, så man dels kan arbejde på at motivere og støtte til livsstilsændringer og dermed forebyggelse af diabetes mellitus type 2, og dels kan minimere de komplikationer, som ubehandlet GDM kan føre med sig, (fødselskomplikationer, stort barn og hypoglykæmi hos barnet umiddelbart efter fødsel). [2, 4, 10]

Øget fokus på opfølgning af gravide med GDM

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) og Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) er i 2023 gået sammen om at udarbejde et opdateret opfølgningsprogram til gravide med GDM ud fra vejledningen i 2009, hvor man anbefalede opfølgning med OGTT 2-4 måneder efter fødsel og derefter OGTT eller venøs faste-glucose (HbA1c) hver 1-3. år. Vejledningen for *screening og diagnose af GDM* afventer i skrivende stund behandling i Sundhedsstyrelsen[2]. I den nye anbefaling for *opfølgning af GDM* hedder det således HbA1c i stedet for OGTT 3 måneder post partum, medmindre man har haft insulinkrævende GDM, for så anbefales der både venøs HbA1c og OGTT [2, 4]

I 2012 blev PCOS og flerfoldsgraviditeter tilføjet som risikofaktor i OGTT-screeningen [8, 2,7]. Man må formode, at det tager nogle år, før

ændringer bliver fuldt implementeret i praksis. Et nordjysk studie har også fundet, at der ligefrem kan være modvilje mod de nationale guidelines, som laves, hvilket yderligere kan have indflydelse på screeningsopfølgningen. [11] Dette kan være en medvirkende faktor til, at flere er fundet med GDM efter 2020.

I 2020 kom der ligeledes en artikel ud i *Ugeskriftet for Læger*, hvor der kom øget fokus på opfølgning af gravide med GDM og risikoen for udvikling af Diabetes Mellitus.[5]

Et amerikansk studie har undersøgt barrierer for opfølgning og er kommet frem til, at der generelt er lav tilslutning til opfølgningen af GDM og at tilslutningen falder år for år [6]. I 2023 kom en opdateret anbefaling fra DSOG og DES, hvor HbA1c delvis erstatter OGTT, 3 mdr. post partum [4].

Forskningsspørgsmål

Formålet med vores undersøgelse er at finde ud af, hvorvidt de praktiserende læger i Danmark er opdateret på denne anbefaling og følger denne. Derfor lyder vores forskningsspørgsmål:

Følger de alment praktiserende læger i to udvalgte almen praksis de gældende retningslinjer for opfølgning af gravide med GDM i almen praksis?

Metode

Litteratur som baggrundsviden

Baggrundsviden om GDM er søgt på PubMed, hvor søgetermer: "GDM, General Practice, follow up" resulterede i 44 artikler. Disse blev sorteret, så det kun var artikler inden for de seneste 5 år, der blev inkluderet, hvilket resulterede i 21 artikler. Disse, foruden Lægehåndbogen og de forskellige faglige selskaber, DSOG, DES og DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) er brugt som primære kilder til videnssøgning.

Audit i to almen praksis

For at se på, hvad der foregår af behandling i de faktiske lægepraksisser, valgte vi at udføre en audit i de 2 almen praksis, hvor vi er i fase 2. Selve data er trukket ud og bearbejdet med udgangspunkt i de to lægeklinikker, vi er tilknyttet. De repræsenterer de to typer af praksis, man omtaler i Danmark: landpraksis og bypraksis. Ydermere er forudsætningen, for at være repræsentativt, at antallet af patienter tilknyttet de to klinikker er i overensstemmelse med det forventede antal patienter i Danmark per kapacitet, der er i en klinik (1600 patienter per kapacitet).

De to klinikker er Vorgod Lægehus, (VL), en landpraksis, og Lægerne Rådhusgården, (LR), en bypraksis. Begge klinikker opererer med IT-systemet XMO, hvorfor begge dataudtræk er sket på samme måde. For at trække data ud og få et overblik over, hvor mange gravide klinikkerne har, som har eller har haft påvist GDM, har vi søgt under diagnosekoder på både ICPC-2 og ICD-10. For ICPC-2 har vi søgt under følgende diagnosekode:

- w85: debuterende diabetes i svangerskab

For ICD-10 har vi søgt under følgende diagnosekoder:

- do244: Graviditet, fødsel eller barsel med gestationel diabetes
- do249: Graviditet, fødsel eller barsel med diabetes UNS

Efter at have fundet antallet af gravide med GDM er journalerne gennemlæst med henblik på at besvare følgende spørgsmål

1. I hvilket årstal er GDM konstateret?
2. Er der fra lægepraksis tilbudt et opfølgingsforløb efter fødslen?
3. Er der taget en HbA1c eller OGTT, 3-6 måneder efter fødslen?
4. Er der taget rutineblodprøver med 1-3 års interval?
5. Har kvinden anden kronisk sygdom, der kræver blodprøvekontrol i et givent interval?
6. Er der manifest diabetes mellitus konstateret efter fødsel?

Ydermere har vi søgt på følgende diagnosekoder for ICPC-2 og ICD-10 for at finde antal graviditeter i de to lægeklinikker

For ICPC-2 er der søgt under følgende diagnosekode:

- w78: Svangerskab

For ICD-10 er der søgt under følgende diagnosekoder:

- dz340: Graviditet, første graviditet
- dz348: Anden graviditet
- dz349: Normal graviditet UNS

Statistisk analyse af data

Efter opsamling af data på henholdsvis antallet af gravide, og gravide med konstateret GDM, testes hvorvidt 90% (standard) af patienter med konstateret GDM bliver tilbudt et opfølgingsprogram med prøver 3-6 måneder efter fødsel (HbA1c eller OGTT) samt kontrol af HbA1c i intervaller af 1-3 år. De 90% har vi valgt ud fra vores vurdering af hvad faglig standard er.

Dette gøres ved at opstille en nulhypotese, defineret ved at mindst 90% af de gravide med GDM tilbydes et opfølgingsprogram.

Herved kan følgende formel anvendes til at finde z-score

$$z = \frac{p - p_0}{SE}$$

p er andelen af gravide med GDM, der bliver fulgt op i decimal og p_0 er den forventede andel, man følger. SE er standard error og udregnes ved

$$SE(\hat{p}) = \sqrt{\frac{\hat{p}(1 - \hat{p})}{n}}$$

Når vi har fået vores z-værdi, kan den konverteres til en p-værdi, ved brug af opslag.[9]

Resultat

I LR og VL er der sammenlagt 9301 patienter tilknyttet, som der er data på. Af disse er der 853 patienter, der er eller har været gravide. 24 har fået konstateret GDM, mens 16 har fået konstateret GDM efter 1. januar 2020. Se tabel 1.

Ved gennemgang af journaler ses, at to ud af 24 er aktuelt gravide. Ved 12 gravide med konstateret GDM er der journalført/ordineret et

opfølgingsprogram, hvoraf 9 har fået taget en blodprøve med HbA1c eller OGTT inden for 3-6 måneder post partum og 11 har fået det taget med 1-3 års mellemrum.

Tabel 1

Kohorte karakteristisk	Værdi
Antal patienter (n)	9301
Antal gravide (n)	853
Antal gravide med konstateret GDM (n)	24
Antal gravide med konstateret GDM efter 2020 (n)	16
Gennemsnitsalder blandt gravide med konstateret GDM (år)	31
Etnisk danske med konstateret GDM (n)	19
Antal gravide med konstateret GDM, som har andre kroniske sygdomme (n)	6

Tabel 1: kohorte karakteristisk

Analyse

Eftersom 2 gravide med konstateret GDM aktuelt er gravide, ekskluderes de fra analysen, da det er for tidligt for dem at indgå i follow up tilbuddene. Dette resulterer i, at en endelig kohorte på 22 patienter blev inkluderet i analysen. Ud fra disse data ses, at et gennemsnit på 55% (42-68%) er blevet tilbudt et opfølgningsprogram med enten HbA1c eller OGTT. Data peger også på, at 41% i gennemsnit (28-54%) bliver fulgt op med en OGTT/HbA1c 3-6 måneder efter. Interessant nok ses dog, at gennemsnitligt 50% (37-63%) får taget blodprøver med intervaller på 1-3 år, hvori der tages en HbA1c og således får taget denne kontrol.

Kigger man i stedet på, hvor mange gravide der fik konstateret GDM efter 2020, ses at et gennemsnit på 71% (55-87%) blev tilbudt opfølgning med en blodprøve/OGTT.

Det afspejles i konfidensintervallet, at praktiserende læger i Danmark ikke følger tilstrækkeligt op på de gravide med GDM i efterfødselsperioden, men det ses også, når tidligere omtalte nulhypotese testes.

Positiv udvikling trods fortsat plads til forbedring

Der ses 8 patienter med GDM før 2020 hvoraf 2 er blevet tilbudt opfølgning 3-6 måneder efter fødslen svarende til 25% mod de 71%, der er blevet tilbudt opfølgning efter 2020. Så der er en tendens, der peger på, at der er sket en overordnet forbedring i opfølgningen af patienter efter GDM, men stadig ikke op til det niveau på 90%, der forventes i denne undersøgelse, ift. almindelig faglig standard.

Data peger således på, at lægehusene i Danmark ikke følger tilstrækkeligt op på de gravide med GDM. Dette gælder både, når vi kigger på alle gravide med GDM, men også efter der kom øget opmærksomhed på området efter 2020.

Diskussion

Styrker

De to lægehuse repræsenterer de to typer af praksis: landpraksis og bypraksis, og de har 1860 patienter per kapacitet tilknyttet, hvilket gør, at vi har to repræsentative typer og størrelse af praksis. Der er en blandet population tilknyttet, dog har vi ikke udtrukket data herom, hvilket giver en mindre begrænsning i vores generaliserbarhed.

En anden styrke i vores undersøgelse er, at vi skelner imellem, hvorvidt opfølgingsprøverne er blevet taget, og hvorvidt de gravide med GDM er blevet *tilbudt* opfølgingsprøverne, da det egentlig er tilbuddet, der afspejler den lægelige opmærksomhed på området, og hvorvidt de er opdateret på de nye vejledninger. Denne detaljerede skelnen er en styrke i vores studie.

Vi kigger også på, hvorvidt der er sandsynlighed for, at de praktiserende læger i Danmark følger op på de gravide med GDM efter fødslen efter 2020, hvor man så en stigning i antallet af artikler og dermed opmærksomhed på området.

Til sidst bygger vores data på en grov antagelse; at alle praktiserende læger håndterer problemstillingerne, som man gør i VL og LR og at dette resulterer i en standard på opfølgning ved 90% af de gravide kvinder med GDM. Dette på grund af det er et nationalt tilbud, at man kommer til sin egen læge 8 uger post partum, hvor man forventer, at de gravide med GDM bliver tilbudt et opfølgingsprogram.[10] Hvorvidt denne antagelse er realistisk, kan vi diskutere ved at inddrage en tidligere forskningstræningsopgave. Her har gruppen lavet en spørgeskemaundersøgelse, hvor de spørger ind til de praktiserende lægers opfølgende adfærd ved komplikationer under graviditet. Når det gælder GDM angiver hele 92% procent af lægerne, at de anbefaler kvinden opfølgning og yderligere diagnostisk udredning. Med hensyn til fremtidig opfølgning efter GDM anbefalede 96% det altid eller ofte, og alle 51 (100%) respondenter anbefalede HbA1c til denne opfølgning, mens 4 (8%)

supplerede med OGTT, 2 (4%) med fastebloodsukker og 3 (6%) med bred kardiovaskulær screening indeholdende EKG, lipider mm. Anbefalingerne for tidsrammen for den fremtidige opfølgning fordelte sig således, at 33% tilråder opfølgning hvert år fremadrettet, 28% hvert andet år og 39% i intervaller mellem 1 og 3 år. [13]

Det kan dog ikke udelukkes, at denne undersøgelse, hvor de praktiserende læger selv besvarer et spørgeskema, er biased af "social desirability". Hvilket betyder, at de praktiserende læger kan tænkes at fremstille sig selv i et lidt mere positivt lys end deres faktiske adfærd berettiger. Dette også med det nordjyske studie i mente [11]

Begrænsninger

Dataopsamling

Den største begrænsning i denne undersøgelse, er, at data kræver at lægerne eller personalet på sygehuset og/eller lægepraksis korrekt koder de gravide med konstateret GDM i enten ICPC-2 eller ICD-10 kodningen.

Et interessant fund i de tilgængelige rådata er, at man har fundet 8 gravide med GDM, hvor de er kodet/diagnosticeret før 2015, hvorefter der ses ingen med konstateret GDM mellem 2015 og 2020. Dette er gældende i begge lægehuse. Der har i XMO ikke været mulighed for at fritekst-søge, hvilket ville optimere fundene, da det antages, man vil kunne finde flere gravide med GDM. Dette kan også afspejles i, at der er 2,8% gravide med GDM i vores datasæt, mens det estimeres, at der er 5,9% med GDM i Danmark.

Hvis man skelner til viden, som vores kollegaer fra tidligere FT-opgave [13] har fundet, oplyses der om forskellig praksis fra de obstetriske afdelinger ift. epikriserne.

Såfremt "fødselsepikrisen" tolkes som tilhørende det nyfødte barn, må der rent juridisk kun inkluderes oplysninger om maternal graviditetsbetinget sygdom, hvis det ud fra en konkret medicinsk vurdering skønnes relevant for barnet[14]. Epikrisen på det nyfødte barn autogenereres eller udfærdiges af

jordmødre på nogle obstetriske afdelinger, hvorfor almen praksis næppe informeres om GDM, præeklamsi eller gestationel hypertension herigennem. [13]

Hvorvidt det skyldes tilfældig variation i populationen eller manglende kodning af data, kan vi ikke afgøre.

Lokalisation

De udvalgte lægehuse er begge lokaliseret i Region Midtjylland i det vestlige distrikt. Undersøgelsen tager ikke højde for mulige forskelle mellem Vestjylland og Østjylland og sågar heller ikke Vestdanmark og Østdanmark.

Ud fra tilgængelige data har vi ikke mulighed for at kunne skelne mellem, hvorvidt de gravide med GDM bliver fulgt op på grund af deres GDM eller en anden kronisk sygdom, der kræver årlig opfølgning med blodprøver, der tilfældigvis kræver HbA1c-måling - omend denne begrænsning er af mindre betydning.

Ydermere er en begrænsning - hvis man udelukkende kigger på de to lægepraksissers måde at opfølge på - så siger vores data intet om, hvorvidt de gravide med konstateret GDM var tilknyttet lægehusene på debuttidspunkt, eller om de har fået konstateret GDM i et andet lægehus, hvor der ikke var lagt en opfølgingsplan. Denne begrænsning bør også være af mindre betydning, da man i forbindelse med lægehuskifte kan forvente, at lægerne/personalet screener journalen igennem for mulige helbredsrelevante interesser, men dette må antages at være en større opgave end at diagnosticere GDM og lægge en opfølgingsplan. Dertil har kvinder også selv et ansvar i at nævne det for lægen, ifm. fremtidig graviditet eller opfølgning, men det kræver, at de er blevet ordentlig informeret. Det er dog ikke helt uvæsentligt at huske at minde kvinderne om dette ifm. 8 ugers kontrol post partum, da de fleste glemmer det, når de får det at vide ifm. fødslen.

Konklusion

Som minimum kan man forvente en lægeordineret plan for opfølgning for at kunne definere, hvorvidt praktiserende læger i Danmark var opdateret på de nye anbefalinger inden for opfølgning af GDM. Vores datasæt peger dog på, at lægehusene i Danmark ikke følger tilstrækkeligt op på de gravide med konstateret GDM. Det er dog ikke forkert at konkludere, at det er generelt i hele Danmark, at man ikke er helt up to date ift. nyeste retningslinjer.[11] Da sundhed.dk blev tilgængeligt 29/1-25, stod der intet om opdaterede retningslinjer, men det gør der nu, når man tjekker Lægehåndbogen.[2]

Undersøgelsen var med en del begrænsninger, men selv når man ser bort fra data mellem 2015 og 2020 og dermed eliminerer en stor usikkerhed i dataopsamling, ses fortsat et muligt resultat, at de praktiserende læger i Danmark ikke følger tilstrækkeligt op på de gravide med GDM efter de har født.

Der har tidligere været forsøg med GDM-opfølgning i sygehusregi, men det sluttede i 2022, hvor Regionshospitalet Gødstrup, som er det regionale sygehus, begge lægepraksisser er tilknyttet, deltog. Det burde dog ikke påvirke vores data synderligt, da der stadigvæk burde være sendt epirkiser ud med pågældende information. [13]

Dog peger data samtidig også på, at der er sket en overordnet forbedring i opfølgning af patienter med GDM i praksis.

Et andet interessant fund i vores undersøgelse er, at flere får foretaget blodprøver herunder HbA1c 1-3 år, end der får opfølgning 3-6 måneder post partum. Dette kan hænge sammen med, at vores kohorte også kan have konkurrerende lidelser, der kræver årlige blodprøver herunder HbA1c. Det er dog i overensstemmelse med andre data, hvor der er flere, der bevidst fravælger OGTT 3 mdr. post partum[4]. Med de nye retningslinjer er forventningen således, at der vil være større tilslutning, men det er for tidligt at udtale sig om, på nuværende tidspunkt, grundet det sparsomme datamateriale.

Det vil dog være forventning om højere tilslutning til en blodprøve frem for OGTT, som tager væsentlig kortere tid for kvinden at få udført, og det kan kombineres med barnets 3. mdr. vaccine. Samtidig skal man ikke hverken

faste eller opleve det ubehag, som OGTT kan medføre, hvilket også må formodes at spille ind, når man nu får mulighed for blodprøve, ifm. post partum GDM screening. Det er derfor vigtigt, at man i det respektive lægehus, sikrer sig, at sekretærerne og det øvrige personale, er opmærksomme herpå, og sørger for at booke tid til både kvinden og barnet, hvormed man sikrer tilslutning til opfølgning. Der er også set muligheder for, at man kan sende reminder pr. sms [11], hvilket dog kræver at man i lægehuset er sat op internt til at håndtere dette. Det er dog i sidste ende kvindens eget ansvar, men vi har som læger ansvar for at informere om anbefalingen om opfølgning.

Vores undersøgelser har også data på, hvor mange med tidligere GDM, der rent faktisk får foretaget HbA1c i passende intervaller efter endt graviditet. Dette siger noget om compliance, men er underordnet for vores undersøgelse, da vi kigger på i nærværende opgave er, om lægerne tilbyder undersøgelsen.

Det har ikke været muligt at undersøge tilstrækkeligt om ændringen i anbefalingen fra DSOG og DES i 2023, hvor man overgik fra OGTT til HbA1c, er blevet implementeret i praksis, eftersom data er sparsomme på nuværende tidspunkt og vil kræve at man havde data fra flere år efter indførelsen.

Referencer

- [1] Davidsen E, Maindal HT, Damm P, Nielsen KK. Gestationel diabetes mellitus er forbundet med stigma [Gestational diabetes mellitus is associated to stigma]. Ugeskr Læger. 2025 Feb 17;187(8):V04240280. Danish. doi: 10.61409/V04240280. PMID: 40025889.
- [2]<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/risikofaktorer-i-svangerskabet/gestationel-diabetes-gdm/> 1/4/2025
- [3] Endocrinology - klinisk retningslinje.
https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/gestationel-diabetes-mellitus-gdm/#_Toc161934028
- [4] www.dsog.dk/obstetrik
Gestationel diabetes mellitus (GDM) - Screening og diagnose (2023)
- [5]<https://ugeskriftet.dk/videnskab/udvikling-af-type-2-diabetes-hos-kvinder-med-tidligere-gestationel-diabetes> 15/4/25
- [6] Sacks DB, Bruns DE, Goldstein DE, Maclaren NK, McDonald JM, Parrott M. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. Clin Chem. 2002 Mar;48(3):436-72. PMID: 11861436.
- [7] Weeks JW, Major CA, de Veciana M, Morgan MA. Gestational diabetes: does the presence of risk factors influence perinatal outcome? Am J Obstet Gynecol. 1994 Oct;171(4):1003-7. doi: 10.1016/0002-9378(94)90023-x. PMID: 7943062.
- [8]<https://gynobsguideline.dk/wp/wp-content/uploads/2013/02/GDM-Sandbjerg-2014-godkendt-2014.pdf>
- [9]
<https://www.socscistatistics.com/pvalues/normaldistribution.aspx>
- [10]
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Anbefalinger-for-svangreomsorgen> 7/4/25
- [11]Nielsen JH, Fonager K, Kristensen JK, Overgaard C. Follow-up after gestational diabetes: a qualitative study of perspectives from general practices. Nielsen JH, Fonager K, Kristensen JK, Overgaard C. BJGP Open. 2022 Sep 28;6(3):BJGPO.2021.0241.
- [12] Toft JH, Økland I, Risa CF. Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian primary health care: a qualitative study. Toft JH, Økland I, Risa CF. BJGP Open. 2022 Mar 22;6(1):BJGPO.2021.0104.

[13]

https://www.speam.dk/files/21/opfoelgning_etter_graviditetsbetinget_sygdom.pdf

[14] https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/10036_7/4/25

Appendix

Patient-ID\item	1	2	3	4	5	6
1	2013					
2	2015	+	+	+	+	
3	2022	+				
4	2022	+	+	+		
5	2006				+	
6	2022	+	+	+		
7	2021				+	
8	2024	+	+	+		
9	2015					
10	2013					
11	2024	+	+	+		
12	2023	+	+	+		
13	2008			+	+	+
14	2020					
15	2014				+	
16	2023	+				+
17	2014	+	+	+		+
18	2023					
19	2021	+		+		
20	2023	+	+	+	+	

21	2023	+	+		
22	2020			+	+
23	2024	G	G	G	
24	2025	G	G	G	+

item 1: År for konstateret GDM, **item 2:** tilbudt HbA1C-ktrl inden for 3-6 mdr post partum, **item 3:** Taget HbA1C 3-6 mdr post partum, **item 4:** Rutinetjek HbA1C mellem 1-3 år, **item 5:** Anden komorbid sygdom, **item 6:** Har manifest DM, **G:** aktuelt gravid