

# Diætetisk behandling under og efter GDM

*“Men al sygdom vil man jo gerne holde fra døren”*

**Af:** *Kia K. K. Tang-Jensen, klinisk diætist, Svendborg Sundhedshus, Svendborg Kommune og Sofie Højskred, klinisk diætist, Center for Kræftrehabilitering og -palliation, Odense Kommune.*

**Kontakt:** *kia.kathrine.tangjensen@svendborg.dk, shoha@odense.dk*

Flere kvinder i Danmark får gestationel diabetes mellitus (GDM), der øger risikoen for senere at udvikle type 2-diabetes mellitus (T2DM). Men hvordan kan diætbehandling gøre en forskel for kvinder der har haft GDM, så de oplever at være aktør i egen sundhed — og hvorfor oplever så mange kvinder, at de står uden den nødvendige støtte efter endt GDM-forløb?

Denne artikel er skrevet på baggrund af et bachelorprojekt fra januar 2025.

## Baggrund

I Danmark er forekomsten af GDM steget fra 3-4 % til 6 % årligt (1). GDM defineres som glukoseintolerance af varierende sværhedsgrad, der enten opstår eller for første gang viser sig under graviditeten. Tilstanden ophører efter fødslen (2-4). Ca. 50 % udvikler senere T2DM, ofte inden for de første 10 år (1,3,5). Derudover er barnet i øget risiko for at udvikle T2DM senere i livet (4).

Ved diagnosticering tilknyttes kvinderne bl.a. en klinisk diætist. Diætisten vejleder kvinden i diæt, som tilgodeser stabilt blodglukose (BG) under graviditeten (3,6). Vejledningen og behandlingen af kvinderne foregår i den sekundære sektor under graviditeten, og overgår efter fødsel til den primære sektor. Dansk selskab for obstetrik og gynækologi (DSOG) fremhæver i deres retningslinje, at der *“bør tilbydes konkret rådgivning om sund kost og motion”* som en del af opfølgningen. Hvordan og i hvilken sammenhæng er ikke specificeret (6).

## Formål

Projektets formål var at undersøge diætbehandlingen, som tilbydes kvinder med GDM. Herunder hvordan behandlingen formidles og tilpasses for at reducere risikoen for udviklingen af T2DM. Projektet belyste kvindernes oplevelse og håndtering af diætbehandlingen, støtte under og efter diagnosen, samt diætisternes rolle i deres forløb. Formålet var desuden at udarbejde et handlingstiltag, der kan understøtte kvinder med tidligere GDM, til at opleve at være aktør i egen sundhed efter deres forløb. Handlingstiltaget skal derudover ses som et formidlingsredskab i det diætetiske arbejde.

## Metode

Bachelorprojektet var en kvalitativ undersøgelse. Der blev udført fem semistrukturerede interviews med henholdsvis tre kvinder, der tidligere har haft GDM og to diætister der arbejder med målgruppen. Informanterne belyste oplevelsen af GDM, den diætetiske behandling og vejledning under og efter diagnosen.

For at sikre en nuanceret besvarelse af problemstillingen blev der udført en systematisk litteratursøgning, der indeholdt både kvalitativ og kvantitativ empiri.

## Spørgeguide

Vores interviews blev udført med en semistruktureret interviewguide og blev understøttet af to forskningsspørgsmål, der fungerede som mellemlid til de tematiske stillede spørgsmål (7). Spørgsmålene blev udformet med henblik på at frembringe interviewpersonernes oplevelser og forståelse af vejledningen under og efter GDM (Figur 1) (8). Vi udfordrede vores forforståelse og skabte en ny forståelse ud fra informanternes udsagn (9).

Interviewene blev transskriberet og fortolket til meningskondenseringer, som efter fortolkningen blev suppleret med søgt litteratur. Ud fra nævnte forsøgte vi at forstå, hvordan erfaringer fra kvinderne og fagpersoner kunne bidrage til effektive og vedvarende interventioner i post partum perioden. Dette skabte retningen for handlingstiltaget.

Figur 1: Interviewguide – Patient med tidligere GDM.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
<p>Hvilke diætetiske anbefalinger gives typisk til kvinder med GDM under graviditeten?</p> <p>Hvordan oplever kvinderne selve vejledningen, og er der udfordringer ved at fastholde anbefalingerne?</p>	<p>Hvad var diætistens / sundhedspersonalets fokus i vejledningen?</p>	<p>Hvilke anbefalinger fik du af diætisten?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kost, motion, andet?</li> <li>• var du i insulinkrævende behandling?</li> </ul> <p>Hvordan oplevede du vejledningen fra diætisten/sundhedspersonalet?</p> <p>Følte du, at diætisten tog udgangspunkt i dine personlige behov og præferencer?</p> <p>Hvordan oplevede du at skulle implementere anbefalingerne i din hverdag?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Var det overskueligt eller mødte du udfordringer?</li> <li>• Hvordan var det overskueligt/hvordan var det udfordrende?</li> </ul> <p>Havde din ægtefælle/samlever mulighed for at deltage? Hvad synes han/hun om ændringerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Støtte eller modstand til at følge anbefalingen?</li> </ul> <p>Hvordan har det påvirket din motivation for at fastholde anbefalingerne?</p>

## Resultat

Vi anvendte en kombination af deduktiv og tværgående analysestrategi og vi udførte en todelt meningskondensering for at sammenligne diætisternes og kvindernes udsagn i analysen (7). Det gav fire temaer:

**Tema 1:** Diætetisk vejledning og anbefaling til fysisk aktivitet.

**Tema 2:** Oplevelsen og håndteringen af diætetisk vejledning under og efter GDM.

**Tema 3:** Motivation og barrierer til håndteringen af livsstilinterventioner under og efter GDM.

**Tema 4:** Social støtte til håndteringen af livsstilinterventioner.

Diætisterne fortalte, at der vejledes efter kostprincipperne beskrevet i FaKDs rammeplan, med fokus på mængde og kvalitet af kulhydrater, fødevareremærkning, frugt og grønt (3). Vejledning i lavt glykæmisk indeks blev fremhævet i litteraturen, men ikke af de interviewede. Kvinderne udtrykte i interviewene, at fysisk aktivitet blev brugt som en strategi til at stabilisere BG.

*“Ja, graviditeten hæmmede mig, men jeg fandt en måde hvor jeg svingede med mine arme [...] så kunne jeg gøre det i et kvarter og bagefter spise min aftensmad.”*

Litteraturen fremhævede især erfaringer med at styre BG gennem fysisk aktivitet, kunne styrke kvindernes handlekompetence og bevare langsigtede livsstilsændringer (10).

Diætisterne tilstræber at nå de anbefalede antal vejledninger for at motivere kvinderne (3,5). Vi udledte, at kvindernes

motivation var til stede, men at diætisten har en central rolle i at understøtte den indre motivation, så interventionerne fastholdes.

Litteraturen viste, at begrænset kontakt og få opfølgninger kan udgøre en barriere for vedvarende adfærdsændringer (10).

En informant udviklede habituelle ændringer og fandt motivationen til at blive aktør i egen sygdom (Boks 1), fordi diætisten tog udgangspunkt i hendes hverdag og hendes egne mål (11,12).

*“Så han (diætisten) var ligesom behjælpelig med at implementere de her vaner, med hvad man eventuelt kunne gøre [...]. Jeg har fortsat det ved at spise ordentligt til mine faste måltider [...] så har jeg en rugbrød med. Sådan nogle vaner havde jeg ikke før.”*

### Boks 1

*“Aktør i egen sygdom”* er en betegnelse vi har anvendt til at beskrive kvindens håndtering af deres sygdom. Vi har defineret det som, at kvinden viser egenomsorg og handling under forløbet med diagnosen. I kvindens postpartum-periode skal hun selv tage ansvar for egen sundhed for at forebygge T2DM. Hvis kvinden efterlevede anbefalinger til livsstilsinterventioner i post partum perioden, var hun *“Aktør i egen sundhed”*.

Litteraturen viser, at diætister er afgørende for at give brugbare og praktiske værktøjer til mestring ift. kost (11,13). Tager vejledningen afsæt i kvindens ressourcer og færdigheder, kan varige ændringer opstå (12). Flere oplevede vejledningen som restriktiv og invaliderende, men samtidig meningsfuld i praksis. Konflikten mellem anbefalinger og egne vaner skabte splittelse i deres dagligdag og udfordrede deres motivation (12,14).

*“Jeg tror det er et stort stykke arbejde at have en restriktiv kost på den måde [...] det her med at gå tilbage til ens normale kost, er jo det nemmeste.”*

Kvinderne oplevede et kontrolleret og restriktivt forløb under graviditeten, men at stå alene med sin egen sundhed efter. Kvinderne blev derfor udfordret i at blive i interventionen og forebygge T2DM, til trods for at diætisterne havde fokus på at skabe varige ændringer (11).

*“Nej, der er ikke tilbudt noget bagefter. Når du har født, så er du afskåret fra systemet.”*

Informanterne og litteraturen udtrykte klart, at det er barnet, som er den bærende motivationsfaktor (11).

*“Man er så motiveret, når det handler om ens barn.”*

I forlængelse af dette fortolkede vi, at hvis kvinderne endte med insulinbehandling, blev det oplevet som et nederlag, der forstærkede følelsen af ikke at have formået at passe ordentligt på barnet. Kvinderne oplevede mindre eller varierende grad af støtte fra deres partner til at implementere interventionerne postpartum. Diætisterne oplevede det som en fordel, at partneren var aktivt deltagende. Det kunne være af stor betydning, hvis partneren blev inddraget i livsstilsinterventionerne med henblik på forebyggelse af T2DM (10,11).

*“[...] så det kunne måske have været lettere for os begge to, hvis han var informeret omkring (red.: anbefalingerne ift. mad), hvad man så gerne ville have eller måtte spise.”*

## Handlingstiltag

Ud fra fortolkningen udarbejdede vi et handlingstiltag, da informanterne gav udtryk for, at de ønskede vejledninger efter endt GDM, der interagerer med familiens behov for

støtte i postpartum-perioden. Vi har tolket, at motivationen spiller en central rolle for at fremme deres vedvarende livsstilsinterventioner og muliggøre forebyggelse af T2DM, der imødekommer kvindernes autonome motivation: Barnet.

Vores forslag til et handlingstiltag var, at diætisten gennemfører et hjemmebesøg sammen med en sundhedsplejerske, hvor både kvinden og familien deltager. Besøget har til formål at understøtte nødvendige interventioner med konkrete forslag til kost og fysisk aktivitet, der tager højde for familiens specifikke rammer og behov.

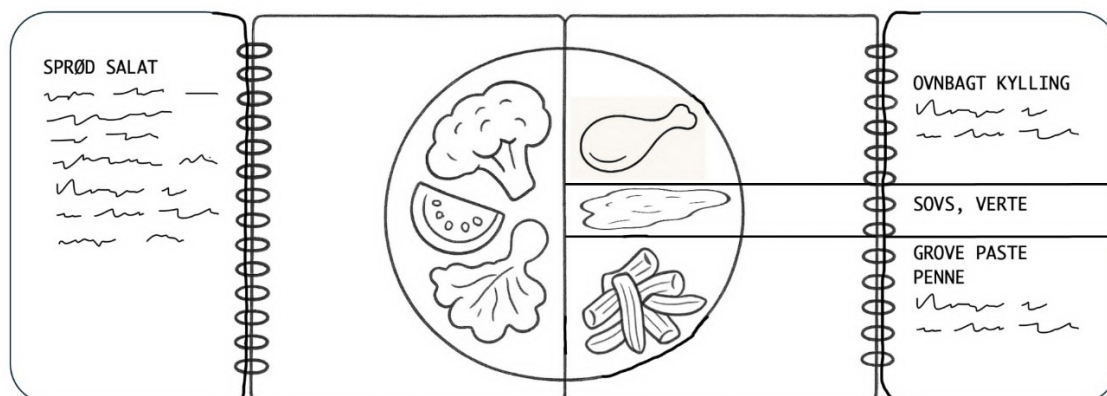
Diætisten vil medbringe en fysisk foldebog med forslag til måltider og fysisk aktivitet for hele familien (Billede 1). Formålet er, at familien selv kan sammensætte måltider og aktiviteter ud fra foldebogen, der stemmer overens med anbefalingerne til T2DM (15).

Efter hjemmebesøget vil der være telefonisk opfølgning to uger senere, samt en tredje opfølgning en måned efter, så kvinderne og deres familier oplever støtte til at vedligeholde interventionerne.

## Diskussion

Projektets resultater underbygges af informanternes udsagn, der beskriver deres oplevelse og forståelse af diætbehandlingen. Resultaterne udledt af analysen er pålidelige for en kvalitativ undersøgelse, grundet gennemsigtighed og metodisk tilgang. Man kunne med fordel have inddraget en kvantitativ tilgang og styrket generaliserbarheden af resultaterne ved f.eks. brug af spørgeskemaer (8). Det ville have givet et større datasæt, der kunne understøtte og udvikle det videre handlingstiltag til målgruppen.

Vi inddrager vores forforståelse for at vise undersøgelsens udgangspunkt. Vores egne holdninger blev udfordret under interviewene, særligt omkring støtte til håndtering (8). Frustration over manglende støtte til kvinderne prægede interviewsituationen og kunne tolkes, som om vi kritiserer sundhedsvæsenet og de mulige kommunale indsatser. Det kunne have været relevant at inddrage kommunale perspektiver for målgruppen til at illustrere kvindernes muligheder i postpartum-perioden. Dette kunne også understøtte udarbejdelsen af handlingstiltaget.



**Billede 1:** Foldebog til at bestemme bl.a. et aftensmåltid. Illustrationen er forfatterens egen.

I interviewene spurgte vi diætisterne, hvilke diætprincipper de anvendte, hvor de fremhævede rammeplanen fra FaKD som deres primære reference. Diætisterne navigerede mellem rammeplanen, nye retningslinjer og deres egen fortolkning af nyere forskning. Diætisterne problematiserede FaKDs rammeplan, grundet dens alder og anvendelighed i praksis.

*“[...] rammeplanen er jo efterhånden lidt forældet.”*

De diætetiske anbefalinger i rammeplanen bekræftes dog i DSOGs retningslinje (5). Vi ledte efter sammenligningspunkter mellem anbefalingerne for GDM og T2DM, da vi ønsker at handlingstiltaget skulle bidrage til kvindens sundhed efter diagnosen. Her fandt vi mindre diskrepanser på trods af diagnosernes ligheder. Vi mener derfor, at det er relevant at opdatere rammeplanen, således at patienter der får konstateret begge diagnoser oplever begrænsede uoverensstemmelser mellem anbefalingerne. Derved fastholdes interventionen, som er formålet for handlingstiltaget.

## Konklusion

Vi konkluderede, at informanterne generelt havde modtaget ensartet diætbehandling, som oplevedes håndterbare, men også restriktive. Den største udfordring for kvinderne var at fastholde livsstilsinterventionerne i postpartum-perioden. Diætisterne var bevidste om betydningen af T2DM-forebyggelse og så behovet for en styrket indsats. Empirien understøttede vigtigheden af vedvarende interventioner og vejledning efter fødslen. Resultaterne pegede på behovet for et handlingstiltag, der tager højde for individuelle behov, habitus, mål og familiens ressourcer. På baggrund heraf er der udviklet et forslag til et handlingstiltag, der skal styrke kvinden og familien i at udvikle handlekompetencer og tage aktiv del i forebyggelsen af T2DM – *blive aktør i egen sundhed*.



## Referencer

1. Videnscenter for diabetes. Risiko for mor og barn ved graviditetsdiabetes. <https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/graviditetsdiabetes/risiko-for-mor-og-barn> (tilgået d. 12/12, 2024).
2. Brot C, Poulsen A. Anbefalinger for Svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen. 2013. [www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen](http://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen) (tilgået 24/11, 2025).
3. Jensen LS, Jørgensen M, Christensen B. FaKD rammeplan: Diætbehandling ved Gestationel diabetes mellitus. 2010. [www.kost.dk/fakd/rammeplaner](http://www.kost.dk/fakd/rammeplaner) (tilgået d. 24/11, 2024).
4. Videnscenter for diabetes. Hvad er graviditetsdiabetes? <https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/graviditetsdiabetes/hvad-er-graviditetsdiabetes> (tilgået d. 5/12, 2024).
5. Ovesen P, Svare J, T. Andersen LL, Møller M, Lauenborg J, Wotmann Pedersen B, m.fl. Gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening og diagnose. 2014. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. [www.dsog.dk/obstetrik](http://www.dsog.dk/obstetrik) (tilgået d. 24/11, 2025).
6. Christensen MH, Christensen TT, Clausen TD, Damm P, Davidsen E, Døllers BB, m.fl. Gestationel diabetes mellitus (GDM)-behandling, obstetrisk kontrol og post partum opfølgning samt standarder for OGTT og screening af bariatrisk opererede. 2023. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. [www.dsog.dk/](http://www.dsog.dk/) (tilgået d. 24/11, 2025).
7. Jensen AMB, Vallgårrda S. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 5. udgave,. København: Munksgaard Danmark; 2019;426:64-94.
8. Astrup Nielsen D, Quist Hjørnholm T, Stray Jørgensen P, Nygaard Hansen TK. Det gode bachelor projek i sundhedsuddannelserne. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2020;480:378-388
9. Launsø, L.; Rieper, O.; Olsen L. Forskning om og med mennesker. 7. Munksgaard Danmark; 2017.
10. Lipscombe LL, Delos-Reyes F, Glenn AJ, de Sequeira S, Liang X, Grant S, m.fl. The Avoiding Diabetes After Pregnancy Trial in Moms Program: Feasibility of a Diabetes Prevention Program for Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus. *Can J Diabetes*. 2019;43:613–20.
11. Svensson L, Nielsen KK, Maindal HT. What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. *Scand J Caring Sci*. 2018;32:756–64.
12. Nielsen L. Kostvejledning Teorier, metoder og perspektiver. 1. udgave,. København: Munksgaard Danmark; 2017.
13. Dunne P, Carvalho M, Byrne M, Murphy A, O'Reilly S. Challenges and recommendations for delivering gestational diabetes care: findings from maternity care dietitians in the Republic of Ireland. *Proc Nutr Soc*. 2022;81:E138.
14. Wilken L. Bourdieu for begyndere. Samfundslitteratur; 2011.
15. Den Nationale Kosthåndbog. Type 2 diabetes. [www.kosthaandbogen.dk/content/type-2-diabetes](http://www.kosthaandbogen.dk/content/type-2-diabetes) (tilgået d. 24/11, 2025).