



# Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

**Britt Laila Bogfjelldal Helseth**

Masteroppgave

Forebygging av Type 2-diabetes hos kvinner med  
tidligere svangerskapsdiabetes

Prevention of Type 2 diabetes in women with previous  
gestational diabetes

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner

**2022**

# Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på min tre år lange studie i Folkehelsevitenskap. Det har vært noen lærerike år som har gitt meg mye kunnskap og innsikt i folkehelsearbeidet, og hvordan det påvirker både individ og samfunn.

Det har vært både oppturer og nedturer, og noen ganger har jeg hatt følelsen av å ville gi opp. Dysleksi i barne- og ungdomså har medført at jeg har dratt med meg en viss lesesvakhet og dette har utfordret meg på gjennomlesning av litteratur.

Med god støtte fra både medstudenter, arbeidskollega, venner og familie har jeg klart å finne motivasjonen på nytt når det har røynt på. Nå er jeg ved veis ende og det er viktig å rette en stor takk til alle støttespillere som har gitt meg oppmuntring og pågangsmot i studietiden.

En stor takk til kvinnene, diabetessykepleierne og fastlegene som lot seg intervju, uten deres respons hadde ikke denne studien latt seg gjennomføre. Jeg retter også stor takk til veileder Hege Eikeland Tjomsland for uvurderlig hjelp og støtte gjennom hele prosessen og som med sin faglige tyngde og kunnskap har gitt konstruktive og nyttige tilbakemeldinger både sent og tidlig.

Medstudentene Åse og Line har bidratt med gode samtaler og en urokkelig tro på at dette skal vi klare, og min nærmeste leder Jorunn har gitt meg fleksibilitet i jobbsammenheng gjennom hele studietiden. Det er allikevel min ektemann Alf og den nærmeste familie som har bidratt med den største støtten gjennom disse årene. Uten deres tålmodighet og forståelse for mitt behov for tilbaketrekning fra både familieliv og sosiale sammenkomster i perioder hadde jeg ikke kunne gjennomføre til tider tøffe prioriteringer.

Å arbeide med en masteroppgave og sette seg inn i litteratur og forskning er givende på flere områder. Det involverer blant annet kontakt med mennesker på en annen måte som gir refleksjon og ettertanke. Denne masteroppgaven har gitt meg både personlig og faglig utvikling og er et viktig bidrag i forhold til nåværende jobb og muligheter for fremtidig engasjement.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Svangerskapsdiabetes .....</i>	1
1.2	<i>Folkehelseperspektivet .....</i>	2
1.3	<i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....</i>	2
1.4	<i>Forskningsspørsmål.....</i>	3
1.5	<i>Masteroppgavens struktur.....</i>	4
<b>2</b>	<b>Litteraturoversikt.....</b>	<b>5</b>
2.1	<i>Gjennomgang av tidligere forskning på temaet.....</i>	5
<b>3</b>	<b>Teoretisk grunnlag .....</b>	<b>12</b>
3.1	<i>Livsstil.....</i>	12
3.2	<i>Livsstilsendring .....</i>	13
3.2.1	<i>Helseatferd .....</i>	13
3.2.2	<i>Health Literacy (Helsekompetanse).....</i>	14
3.3	<i>Empowerment.....</i>	15
3.4	<i>Samarbeidsutfordringer .....</i>	15
<b>4</b>	<b>Metode.....</b>	<b>17</b>
4.1	<i>Begrunnelse for valg av metode.....</i>	18
4.2	<i>Studiedesign .....</i>	18
4.3	<i>Casen .....</i>	19
4.4	<i>Utvalgsstrategi.....</i>	20
4.4.1	<i>Beskrivelse av kvinnene.....</i>	21

4.4.2	Beskrivelse av fastlegene.....	22
4.4.3	Beskrivelse av diabetessykepleiere. ....	23
4.4.4	Bakgrunn for valg av deltakere.....	24
4.5	<i>Datainnsamlingen</i> .....	24
4.5.1	Tematisk analyse .....	25
4.5.2	Analyseprosessen .....	26
	Trinn 1: Transkribering.....	26
	Trinn 4: Gjennomgang av tema .....	27
	Trinn 5: Identifisere og navngi tema.....	28
	Trinn 6: Rapport av funn.....	28
4.6	<i>Etiske betraktninger</i> .....	28
4.6.1	Tillit .....	29
4.6.2	Ikke gjøre skade.....	29
4.6.3	For forståelsen.....	29
<b>5</b>	<b>Presentasjon av funn .....</b>	<b>31</b>
5.1	<i>Erfaringer og opplevelser under svangerskapet</i> .....	32
5.1.1	Kommunikasjon, samtale og informasjon .....	32
5.1.2	Etterlevelse av livsstilsråd.....	33
5.2	<i>Oppfølgingen etter fødsel</i> .....	35
5.2.1	Utfordringer med timebestillingen.....	35
5.2.2	Kompleksiteten i forhold til livsstilsendringer .....	37
5.2.3	Hvordan bør den videre oppfølging være .....	40
<b>6</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>44</b>
6.1	<i>Introduksjon</i> .....	44
6.2	<i>Erfaringer og opplevelser under svangerskap</i> .....	44
6.2.1	Kommunikasjon, samtale og informasjon .....	44

6.2.2	Etterlevelse av livsstilsråd.....	47
6.3	<i>Oppfølging etter fødsel</i> .....	48
6.3.1	Utfordringer med timebestilling.....	48
6.3.2	Kompleksiteten i forhold til livsstilsendringer .....	50
6.3.3	Hvordan den videre oppfølgingen bør være .....	54
<b>7</b>	<b>Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>59</b>
7.1	<i>Studiens funn sett i et folkehelseperspektiv</i> .....	60
7.2	<i>Veien videre</i> .....	60
<b>8</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>61</b>
	<b>Vedlegg 1 – godkjenning fra NSD</b> .....	<b>65</b>
	<b>Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakere til intervju (kvinner)</b> .....	<b>67</b>
	<b>Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakere til intervju (diabetessykepleiere)</b> .....	<b>71</b>
	<b>Vedlegg 4 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakere til intervju (fastleger)</b> .....	<b>75</b>
	<b>Vedlegg 5 - Intervjuguide for samtale med kvinne med tidligere GDM</b> .....	<b>79</b>
	<b>Vedlegg 6 - Intervjuguide for samtale med diabetessykepleier</b> .....	<b>81</b>
	<b>Vedlegg 7 - Intervjuguide for samtale med fastlege</b> .....	<b>83</b>

# Norsk sammendrag

**Bakgrunn:** Kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes (SVD) har en ti ganger høyere risiko for å utvikle diabetes type 2 senere i livet, sammenlignet med kvinner som har normalt glukosenivå i graviditeten. Diabetes type 2 er et stort folkehelseproblem i mange land og økningen i forekomst er en bekymring for helsevesenet verden over. Den store økningen i forekomsten av diabetes type 2 understreker behovet for å revurdere og oppdatere bevisstheten rundt risikoen for å utvikle diabetes etter SVD.

**Mål:** Målsetningen med denne masterstudien var å undersøke hvordan kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes, diabetessykepleiere og fastleger opplever oppfølgingen i svangerskapet, og hvordan de skulle ønske den videre oppfølgingen etter fødsel var mulig å tilby med tanke på forebygging av diabetes type 2 senere i livet.

**Metode:** Studien har en kvalitativ forskningstilnærming, hvor casestudie ble valgt som studeidesign. Datainnsamlingen besto av ni semistrukturerte individuelle intervjuer; tre kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes, tre diabetessykepleiere og tre fastleger.

**Resultat:** Funn fra studien peker ut to hovedtema med fem undertema. Hovedtema 1 viser til erfaringer og opplevelser med oppfølgingen i svangerskapet, med underkategorier på a) kommunikasjon og samtale og b) etterlevelse av livsstilsråd. Hovedtema 2 viser til oppfølging etter fødsel, men undertema a) utfordringer med timebestillingen, b) kompleksiteten i forhold til livsstilsendring og c) hvordan den videre oppfølgingen bør være.

**Konklusjon:** Kontakten mellom kvinner og helsepersonell var i hovedsak en positiv erfaring i svangerskapet, mens oppfølgingen etter fødsel var mer utfordrende. Kvinnene opplevde at motivasjon og fokus på livsstil ble overskygget av andre gjøremål med liten baby å ta vare på og husket ikke bestille time hos fastlege etter fødsel. Fastlegene på sin side opplever å ha liten mulighet for en funksjon der de må sørge for å kalle inn personer til kontroll. Kvinnene, fastlegene og diabetessykepleierne peker på flere tiltak, blant annet gjennom muligheten med å benytte kommunale tilbud som helsestasjon eller frisklivssentral.

## Abstract

**Background:** Women with previous gestational diabetes, from now on called GDM have ten times higher risk for developing diabetes type 2 later in life compared to women with normal glucose level during pregnancy. Diabetes type 2 is a major public health problem in many countries and the increase in occurrences is a concern for the healthcare system worldwide. The major increase in occurrences of diabetes type 2 highlights the need to reconsider and update the awareness around the risk for developing diabetes after GDM.

**Goal:** The objective of this master's study was to examine how women with previous gestational diabetes, nurses specialized in diabetes and doctors experience the follow-up during the pregnancy, and how they would like the further follow-up after birth was possible to offer regarding prevention of diabetes type 2 later in life.

**Method:** This study has the approach of qualitative research, and case study was chosen as the study design. The collection of data consisted of nine semi-structured individual interviews; three women with previous gestational diabetes, three nurses specialized in diabetes and three doctors.

**Results:** Findings from the study points out two main themes with five sub-themes. Main theme number one refers to experiences with the follow-up during pregnancy, including sub-categories on a) communication and conversations and b) compliance of lifestyle advice. Main theme number two refers to the follow-up after birth, including sub-categories a) challenges with the appointment booking, b) the complexity in relation to lifestyle changes and c) how the further follow-up should be.

**Conclusion:** The contact between women and healthcare workers was mainly a positive experience during pregnancy, whereas the follow-up after birth was more challenging. The women experienced that motivation and focus on lifestyle was submissive by other tasks that comes with a new-born baby and forgot to book an appointment with a doctor after birth. On the other hand, the doctors experience having little opportunity for a function where they have to ensure calling people in for a control. Both women, the doctors and the nurses specializing in diabetes points to several measures, for instance the possibility of using municipal services such as a healthcare centre or a wellness centre.

# 1 Innledning

## 1.1 Svangerskapsdiabetes

Denne masteroppgaven har som mål å få et innblikk i hvordan kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes (SVD) kan følges opp for å kunne forebygge videre utvikling av diabetes i årene etter fødsel og hvilke tiltak både kvinnene, fastlegene og diabetessykepleierne skulle ønske det var mulig å tilby med tanke på forebygging. Studien har et kvalitativt design, og kvinner med tidligere SVD, diabetessykepleiere som er kjent med oppfølgingen av kvinner under svangerskapet og fastleger som ifølge retningslinjene har den videre oppfølgingen etter fødsel har deltatt i studien.

Svangerskapsdiabetes (SVD) er en tilstand med hyperglykemi som oppstår eller først blir oppdaget i svangerskapet. Det skyldes vanligvis en kombinasjon av økt insulinresistens og redusert evne til økning i insulinproduksjon (Helsedirektoratet, 2022). SVD øker risikoen for uheldige konsekvenser i graviditeten for både mor og barn, inkludert diabetes type 2 og er en av de mest vanlige svangerskapskomplikasjonene (Kragelund Nielsen et al., 2018). Nye tilfeller fortsetter å øke som en konsekvens av en livsstil med lite fysisk aktivitet, overvekt og usunt kosthold. (Kragelund Nielsen et al., 2018)

Denne studien tar i hovedsak for seg utfordringene med oppfølgingen etter fødsel og tanker rundt hvordan oppfølgingen kan minske risiko for utvikling av diabetes senere i livet. Den fokuserer i mindre grad på utfordringene som forekommer under selve graviditeten, men opplevelsene med denne oppfølgingen er naturlig i denne sammenheng.

SVD er en etablert risikofaktor for utvikling av diabetes senere i livet og kvinner med tidligere SVD har en ti ganger høyere risiko for utvikling av diabetes sammenlignet med kvinner som har normalt glukosenivå i graviditeten (Vounzoulaki et al., 2020). Omtrent



halvparten av kvinner med SVD utvikler diabetes type 2 innen 5 år etter svangerskapet og det gjør SVD til en av de høyeste risikofaktorene for utvikling av diabetes (Bengtson et al., 2021) Jeg har valgt å intervjuer både kvinner med tidligere SVD, diabetessykepleiere som er kjent med oppfølgingen av disse kvinnene under svangerskapet og fastleger som ifølge retningslinjene skal videreføre oppfølgingen etter fødsel.

## 1.2 Folkehelseperspektivet

Diabetes type 2 er et stort folkehelseproblem i mange land og økningen i forekomst er en bekymring for helsevesenet globalt (Khan et al., 2019). Den store økningen i forekomsten av diabetes type 2 understreker behovet for å revurdere og oppdatere vurderingen rundt risikoen for å utvikle diabetes etter SVD (Aagaard et al., 2020).

Kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes har en etablert risiko for å utvikle diabetes type 2 senere i livet og en generell mangel på bevissthet på en slik risiko hos denne gruppen er tydelig. Helsepersonell mangler kjennskap til og etterlevelse av retningslinjer og er usikre på om ansvaret for disse kvinnene ligger hos primær- eller sekundærhelsetjenesten. I mellomtiden øker forekomsten av diabetes type 2 globalt og personer diagnostisert med diabetes har høy risiko for dødelighet av alle årsaker (Vounzoulaki et al., 2020)

## 1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Mange studier peker på at oppfølgingen av kvinner med tidligere SVD er vanskelig, mangelfull og i noen sammenhenger uklare i forhold til retningslinjer (Balaji et al., 2019; Bernstein et al., 2017; Kragelund Nielsen et al., 2018; Svensson et al., 2018; Timm et al., 2021; Van Ryswyk et al., 2015) Flere av disse studiene har gjennomført intervjuer med både

kvinner og helsepersonell som viser til hvilke utfordringer de opplever i forhold til oppfølging etter fødsel og videre fokus på livsstil (Sharma et al., 2021; Svensson et al., 2018; Timm et al., 2021; Toft et al., 2021).

Vi vet dermed en del om hvordan oppfølgingen foregår i dag og hva som eventuelt er mangelfullt med den. Flere av studiene har konkludert med at det trengs mer forskning for å identifisere nye tilnærminger til mer effektive løsninger på helsetilbudet til kvinner med tidligere SVD (Kragelund Nielsen et al., 2018; Timm et al., 2021; Van Ryswyk et al., 2015). Få studier har undersøkt *hva* en konkret skal gjøre videre og hvilke tiltak både kvinner med tidligere SVD og helsepersonell ser for seg som en løsning på denne utfordringen. Med bakgrunn i dette ble målsetning for denne masteroppgaven å rette oppmerksomheten mot dette.

## 1.4 Forskningsspørsmål

Hovedproblemstilling

Hvordan følges kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes opp etter fødsel?

Underproblemstilling

Hvordan opplever kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes og helsepersonell oppfølgingen etter fødsel og hvilke tiltak skulle de ønske det var mulig å tilby?

Hva skjer de første årene etter fødsel for de kvinnene som har hatt svangerskapsdiabetes og hvordan ser de for seg at oppfølgingen bør være for å redusere risiko for videre utvikling av diabetes? Hvilke faktorer har betydning for å kunne forebygge eller utsette videre utvikling av diabetes og hvordan oppleves oppfølgingen som gjennomførbar i denne sammenheng?

## 1.5 Masteroppgavens struktur

Masteroppgaven vil i kapittel 2 gjøre rede for nasjonal og internasjonal forskning knyttet til temaet. Kapittel 3 vil beskrive konseptuell teori og gi en nærmere beskrivelse av begrepene livsstil, helseatferd, Empowerment og samarbeidsutfordringer.

I kapittel 4 vil det gjøres rede for metode og forskningsprosess, før funn og analyse av data blir presentert i kapittel 5. Kapittel 6 inneholder diskusjon og i kapittel 7 presenteres en konklusjon og tanker om veien videre.

## 2 Litteraturoversikt

Dette kapitlet vil belyse relevant internasjonal og nasjonal forskning på tema rundt forebygging av diabetes type 2 etter svangerskapsdiabetes. Forskningen tar for seg oppfølging av svangerskapsdiabetes i selve graviditeten, utfordringer med oppfølgingen etter fødsel, kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes og helsepersonell sin oppfattelse av ulike utfordringer og hva som er gjort av funn innenfor forskning på området.

Den teoretiske tilnærmingen i denne studien tar utgangspunkt i å belyse sentrale begreper som er identifisert gjennom litteraturgjennomgangen og funnene i studien

### 2.1 Gjennomgang av tidligere forskning på temaet

En britisk metaanalyse fra 2020 (Vounzoulaki et al., 2020) peker på at kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes har ti ganger så høy risiko for utvikling av diabetes senere i livet sammenlignet med gravide med normal glukose i svangerskapet. Vounzoulaki og kollega (2020) sin studie viser at demografien av gravide kvinner har endret seg i løpet av det siste tiåret med en økning av kvinner som føder i høyere alder samtidig med at flere er overvektige. Både høyere alder og høyere BMI før graviditet er faktorer som fører til økning i omfanget av SVD, og fra et folkehelseperspektiv bidrar økningen av SVD til et globalt helseproblem med overvekt og diabetes. Vounzoulaki og kollega (2020) beskriver at for å møte denne utfordringen har forskningen på området satt søkelys på forbedring av kvaliteten og effektiviteten på screeningen og diagnostisering av SVD. I sammenheng med endringer av diagnostiske kriterier er det også gjort tiltak for å identifisere populasjoner med høyere risiko for diabetes. Til tross for dette er det behov for å evaluere de nyeste funnene og utforske

betydningen for de etniske gruppene over en lengere periode. Målsetningen med metaanalysen var å utforske progresjonsraten og faktorer som kan avdekke progresjonen til diabetes for kvinner med SVD. Forfatterne konkluderer med at omfanget av denne risikoen peker på viktigheten med tiltak for å forebygge utvikling av diabetes (Vounzoulaki et al., 2020).

I en dansk kvalitativ studie fra 2018 (Svensson et al., 2018) ble kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes intervjuet 3-5 måneder etter fødsel. Svensson og kollega (2018) fant at kvinnene var mest opptatt av og bekymret for barnets helse i svangerskapet og at dette styrte mye av motivasjonen for om de gjennomførte livsstilsendringer mens de var gravide. Oppfølgingen kvinnene hadde under svangerskapet var nødvendig og gav dem en viss følelse av trygghet under graviditeten, men etter fødsel var de mindre oppmerksom på dette og omsorgen for barnet var deres hovedfokus. Utfordringer som mindre sosial og emosjonell støtte (inkludert partneren), varierende erfaringer med oppfølgingen under graviditeten og mindre interaksjon med helsepersonell etter fødselen var noe av årsaken til at kvinnens engasjement for en sunn livsstil avtok (Svensson et al., 2018).

I en australsk oversiktsstudie av Emer Van Ryswyk og kollega (2015) viste at det var viktig at helsepersonell anerkjente den følelsesmessige effekten kvinnene fikk gjennom SVD diagnosen og tapet av et normalt svangerskap. Dette for å kunne gi tilstrekkelig støtte og sørge for at rådgivning er tilgjengelig. Selv om kvinnene ofte hadde kunnskap om risiko for utvikling av diabetes og forebyggingen av dette var det flere utfordringer for opprettholdelse av forebyggende atferd. Kvinnene uttrykte blant annet behov for hjelp og støtte i livsstilsendringer og mer oppfølging etter fødsel. De gav også uttrykk for at de ønsket en mer helhetlig, ikke-dømmende og positivt fokus på omsorgen. Emer Van Ryswyk og kollega

(2015) konkluderte blant annet med at en forbedring av opplæringen som gis til kvinnene angående risiko for videre utvikling av diabetes og forebyggingen av dette kan være gunstig.

En kanadisk litteraturstudie oppsummerte noen av hovedutfordringene med oppfølging av gravide med SVD og den videre screeningen etter fødsel (Balaji et al., 2019). Balaji og kollega fant at til tross for klare bevis på viktigheten med diabetesscreening etter fødsel var det svært liten oppfølging på dette i de fleste land. Mangel på bevisstgjøring av dette blant helsearbeidere og pasientrelaterte utfordringer som blant annet emosjonelt stress og tilpassing til morsrollen har vært pekt på som noe av forklaringen på den manglende oppfølgingen. Med tanke på den store økningen av kvinner som utvikler diabetes i etterkant av svangerskapsdiabetes er det viktig å se på betydningen av screening etter fødsel med kulturelle tilpasninger for å oppnå det samme i ulike populasjoner. Utfordringene med screening etter fødsel for både pasientene og helsearbeidere må gjennomgås for å forbedre samsvarsraten og sikre at kvinner med tidligere SVD ikke møter nye svangerskap med uoppdaget diabetes. Det å holde seg oppdatert på gjeldende anbefalinger; skape engasjerte team av profesjonelle for å kunne gi personlig veiledning; implementering av omsorgstjenester der det er mulig og bruk av systemer for påminnelser er noen av de metodene helsevesenet kan håndtere oppfølgingen av gravide etter fødsel på. I tillegg bør kvinner også få tilstrekkelig informasjon om effekten av SVD på helsen, noe som kan bidra til å forbedre videre testing etter fødselen (Balaji et al., 2019).

I en amerikansk litteraturstudie som analyserte data fra 12622 kvinner med svangerskapsdiabetes i tidsrommet mellom 2005-2015 ble det funnet lave forekomster av glukosetesting og overgang til primæromsorg i gruppen (Bernstein et al., 2017). Flere av kvinnene hadde svangerskapskomplikasjoner som gir økt risiko for fremtidig kronisk sykdom.

Til tross for at disse kvinnene hadde helseforsikring unnlot de ofte å følge oppfordringen om videre testing, og flere hadde vanskeligheter med å finne frem i helsevesenet. Resultatene peker på et behov for tiltak for å lukke gapet mellom fødselsomsorg og primærhelsetjenesten for å sikre tilgangen til forebyggende tjenester som er anbefalt av både American Diabetes Association og American Congress of Obstetricians and Gynecologists.

I en dansk litteraturstudie var målsetningen å summere opp kunnskap rundt svangerskapsdiabetes etter fødsel med et spesielt fokus på potensialet for å kunne forebygge diabetes, sett i en familiekontekst (Kragelund Nielsen et al., 2018). Gjennom de siste ti-år har man tydelig sett både utfordringer og fordeler ved å oppdage, diagnosere og behandle SVD i graviditeten på kort sikt, men det står mye igjen for å forstå de langsiktige konsekvensene med SVD i hverdagslige situasjoner. Det har vært pekt på flere utfordringer, spesielt i forhold til familiekonteksten. Det er kjent at familiekonteksten spiller en viktig faktor for helse og sykdom. Dette er gjerne satt i sammenheng med arv og genetikk, men gjelder også fordi familiemedlemmer ofte deler samme omgivelser, de er ofte eksponert for mange av de samme sosiale og fysiske faktorene og atferd har en tendens til å følge samme sosiale og økonomiske faktorer. Familiekonteksten er ofte en oversett faktor for forebygging av diabetes, og selv om SVD er diagnostisert hos den gravide ser konsekvensene ut til å påvirke hele familien. Strukturert livsstilsintervensjon kan forhindre eller forsinke utbruddet av diabetes, men fordi det er sammensatt kan det være hindringer for å opprettholde en sunn livsstil etter fødsel. Disse kan grupperes i det som gjelder oppfatningen av diabetes, familiekonteksten og helsevesenet. Helsekompetansenivå og oppfatninger av helse- og sykdomsrisiko kan endre disse hindringene (Kragelund Nielsen et al., 2018).

Et dansk forskerteam gjennomførte en oppfølgingsstudie med to uavhengige kohorter av kvinner med SVD (Aagaard et al., 2020). Studien ble utført på to kohorter der henholdsvis cohort 1 besto av 406 kvinner (herav var 54 med SVD og 352 uten SVD) og cohort 2 hadde 433 kvinner diagnostisert med SVD. Den første kohorten hadde nesten 25 års oppfølging og ga informasjon om omfanget, konverteringsfrekvens og type diabetes. Den andre kohorten ble startet for å vurdere om nyere diagnostiske kriterier og baseline informasjon om den første kohorten fortsatt var gyldig for prediksjon av diabetesrisiko.

Den globale økningen i forekomsten av diabetes understreker behovet for å gjennomgå og oppdatere vurderingen av risikoen for påfølgende diabetes etter SVD.

Store randomiserte studier av kvinner med tidligere SVD støtter livsstilsintervensjon for forebygging av diabetes etter fødsel, men implementering av disse tiltakene er utfordrende. Deltakelsen på livsstilskurs er lav etter fødsel på grunn av mangel på retningslinjer for å etablere sunnere livsstil i offentlige kampanjer sammen med mangel på kunnskap om risikoen for senere utvikling av diabetes etter SVD. Mens de fleste er enige om at kvinner med tidligere SVD bør tilbys livsstilskurs er det lite kjent når den mest hensiktsmessige tiden for deltagelse på slike kurs er optimal.

Forekomsten av diabetes etter SVD er høyere enn den som tidligere er rapportert i skandinaviske populasjoner, og frekvensen av etablert diabetes har en bratt stigning 15 år etter graviditet og videre etter 40 år. Kvinnene i cohort 2 med nylig SVD ser ut til å ha en høyere hastighet på risiko for utvikling av diabetes. På bakgrunn av dette er resultatene av denne studien nyttige for å identifisere tiden der kvinner med SVD kan dra nytte av effektiv implementering av behandling for å utsette eller forebygge diabetes (Aagaard et al., 2020).

I en skotsk observasjonsstudie var målsetningen å undersøke den langsiktige risikoen for utvikling av diabetes som en etterfølger av SVD og det å kunne identifisere hvilke faktorer



som er assosiert med økt risiko for diabetes (Eades et al., 2015). Eades og kollega samlet inn data fra kvinner som var diagnostert med SVD fra to regioner i Skottland i tidsrommet mellom 1994-2004. Kvinnene var i alderen 16-43 år med et gjennomsnitt på 30 år. Studien viser at det er gode indikasjoner for at livsstilsintervensjoner kan forebygge eller forsinke utvikling av diabetes for kvinner i risikogruppen, som for eksempel personer med prediabetes. Dette innebærer at en diagnosering av SVD gir en mulighet for å kunne forebygge diabetes. Resultatene fra studien viste at 25% av kvinnene utviklet diabetes i tiden med oppfølgingen. Tiden fra de hadde vært diagnostert med SVD til de fikk påvist diabetes varierte mellom 4 måneder til 16 år, med et gjennomsnitt på ca 8 år. Av disse kvinnene hadde bare 7,3% utviklet diabetes to år etter SVD og videre 9,8% av dem i perioden 2-4 år etter. Funnene viser altså at 1 av 4 kvinner med SVD hadde utviklet diabetes i et tidsvindu på gjennomsnittlig 8 år og majoriteten utviklet diabetes ca 4 år etter diagnosering med SVD. Disse 4 årene etter fødsel må dermed vurderes som en mulighet for å sette i gang intervensjoner for kvinnene til å gjøre nødvendige endringer på livsstil i forsøk på å redusere eller forebygge diabetes. Studien konkluderer med at kvinner med størst risiko for utvikling av diabetes må prioriteres i forebyggende intervensjoner og foreslår at en bruker tiden etter fødsel som en mulighet for å forebygge videre utvikling av diabetes og identifiserer den mest optimale måten å hjelpe disse kvinnene på (Eades et al., 2015).

En dansk kvalitativ studie fra 2021 (Timm et al., 2021) undersøkte helsepersonells perspektiv i forhold til en tverrfaglig tilnærming på omsorgen for kvinner med svangerskapsdiabetes både under og etter graviditeten. De intervjuet fastleger, jordmødre, gynekologer og diabetessykepleiere i tillegg til å sette sammen to fokusgrupper med helsearbeidere innenfor ambulerende helseteam. Hovedtema i denne studien dreide seg om profesjonenes identitet, uklare retningslinjer på forebygging av diabetes type 2 etter graviditet og tverrfaglig

samarbeid. Helsepersonell som jobbet innenfor fødselsomsorgen, opplevde at de langsiktige tiltakene innen forebygging av diabetes etter svangerskap ofte var forsømt i helsetjenesten og førte til uklare retningslinjer i forhold til hvordan dette skulle tilrettelegges for å oppnå en hensiktsmessig overføring fra svangerskap til tiden etter fødsel. De ulike profesjonene oppfattet risikoen for hvordan svangerskapsdiabetes berørte kvinnene ulikt og det var ingen sammenheng i hvordan konsekvensene for svangerskapsdiabetes skulle overføres mellom omsorgsnivåene. Dette fører videre til et inkonsekvent tilbud til kvinner med svangerskapsdiabetes mellom fødselsomsorgen og fastlegeordningen. Forskerne i denne studien konkluderte med at det er et behov for et sterkere og forbedret tverrfaglig samarbeid (Timm et al., 2021)

### 3 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet avklares noen begreper som kan skape en bedre forståelse for de ulike temaene som er sentrale i analysen og diskusjonen.

Ikke all teori eller forskning kan refereres til et eksplisitt teoretisk rammeverk, men kan knyttes sammen med kunnskap som hentes fra bøker og annen litteratur (Bryman, 2016).

Denne studien har en induktiv tilnærming som innebærer at teoridannelsen er bygget på generelle mønster som kan gjøres til teorier eller generelle begreper (A. Johannessen et al., 2016) I denne studien velges det å belyse begreper som er med på å forklare de forhold som betydning for oppfølging og endring av livsstilsvaner for kvinner med gjennomgått SVD.

Uttrykket «teori» er brukt på flere forskjellige måter, men den mest vanlige bruken er en forklaring av observerte regelmessigheter (Bryman, 2016) Teori danner en viktig plattform og begrunnelse for forskningen vi utfører. Den er viktig for å kunne forstå og belyse sosiale fenomen. Teori er også sentralt når vi skal tolke dataen som innhentes fra forskningen (Bryman, 2016). Ifølge Bryman (2016) kan teori referere til litteratur som er knyttet til et bestemt tema, hvor kunnskap er hentet fra bøker eller annen litteratur. Det teoretiske grunnlaget i denne studien er beskrevet gjennom avklaring av begreper.

#### 3.1 Livsstil

Innenfor folkehelse har livsstil lenge blitt definert gjennom «Livsstils modellen for sykdom» som kom på slutten av 1900-tallet og var en konsekvens av den økende rollen som epidemiologien spilte for folkehelsen (Thurston, 2014). Atferd som var assosiert med økt risiko for hjerte- og karsykdommer, der røyking, inaktivitet og fettriikt kosthold ble etablert

som risikofaktorer og hjerte- karsykdom definert som «livsstilssykdom». Forutsetningen for denne modellen var at sykdom ses som resultat av usunn atferd, og forebygging av sykdom krever endring av atferd. Definisjonen basert på denne modellen har en tendens til å vektlegge individuell atferd som enkeltpersoner har valgt med vilje. I de senere år har denne modellen blitt kritisert blant annet fordi modellen innbyr til lite forståelse for hvordan livsstil er utviklet og vedlikeholdt, og argumenterer med at «valg» er mer komplekst enn individuell tilnærming til livsstil. Som følge av denne kritikken har et alternativt perspektiv på livsstil oppstått de siste årene, understøttet av sosiologisk forståelse for menneskelig handling. Dette perspektivet fokuserer på samspillet mellom sosiale omstendigheter og atferd, og beveger seg utover individuelle risikofaktorer for livsstil (Thurston, 2014)

## 3.2 Livsstilsendring

### 3.2.1 Helseatferd

Innenfor folkehelsefeltet refererer atferdsendring til intensjonen om å endre atferd i en mer ønskelig retning, bort fra helseskadelig til mer helsefremmende former (Thurston, 2014).

Helseatferd omfattes av handlinger som utføres for å forebygge eller oppdage sykdom, eller for å forbedre helse og velvære og inkluderer bruk av medisinske tjenester, opprettholdelse av behandlingsregimer og egenstyrt helseatferd (Abraham et al., 2016).

Endringen kan kanskje være rettet mot helsetjenesten - som for eksempel å møte til en innkalling til undersøkelse, eller mer spesifikt endring av vaner - som for eksempel røykeslutt eller bli mer fysisk aktiv (Thurston, 2014)

Hvis en kunne forutsi hvem som var i stand til å endre helseatferd ville en slik kunnskap hjelpe oss å se helsevariasjonene i samfunnet og deretter foreslå hvilken målsetning en skulle sette for å forbedre helsen (Abraham et al., 2016). Det eksisterer en rekke forskjeller mellom

de som engasjerer seg i helseatferd eller ikke, som for eksempel røyking eller trening og inkluderer demografiske, sosiale, personlige eller kognitive faktorer (Abraham et al., 2016). Det å forstå hvordan mennesker utvikler bestemte atferdsmønstre er derfor et sentralt mål for folkehelsen, og hvordan slike mønstre forklares har stor betydning for politikk og praksis. (Thurston, 2014).

### 3.2.2 Health Literacy (Helsekompetanse)

Helsekompetanse er et relativt nytt begrep innenfor folkehelsearbeid og brukes som et sammensatt begrep for å beskrive konsekvens av helseinformasjon og kommunikasjonsstrategier (Nutbeam, 2000). Dette kan defineres som personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for individets motivasjon og evne til å forstå og bruke helseinformasjon på måter som fremmer og opprettholder god helse. Helsekompetanse er av betydning for empowerment gjennom å forbedre folks tilgang til helseinformasjon og deres evne til å bruke den effektivt (Nutbeam, 2000).

Interaktiv helsekompetanse muliggjør utviklingen av personlige ferdigheter som problemløsning og kognitive ferdigheter og som gjør det mulig for enkeltpersoner å handle ut fra sin kunnskap og forståelse av informasjon, og på den måten anvende den i andre situasjoner (Thurston, 2014). Kritisk helsekunnskap refererer derimot til avanserte kognitive og sosiale ferdigheter for å utøve større kontroll over helserelaterte situasjoner (Thurston, 2014)

Helsekompetanse representerer både kognitive og sosiale ferdigheter. Dette påvirker individers motivasjon og evne til å få tilgang til, forstå og bruke informasjon på måter som fremmer og opprettholder god helse (Nutbeam, 2000).

### 3.3 Empowerment

Empowerment kan defineres som en sosial prosess som har til hensikt å styrke og fremme menneskers muligheter til å løse egne problemer og mobilisere ressurser for å oppnå kontroll i eget liv. (Vågan, 2020). Det er et sentralt begrep innenfor helsefremmende arbeid, og oversatt til norsk omhandler det myndiggjøring, medvirkning eller livsstyrketrening (Vågan, 2020). I helsefremmende arbeid er empowerment en prosess der folk får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helsen deres (World Health Organization, 1998), og handler om å styrke og fremme individets mulighet til å løse egne helseutfordringer og møte egne behov (Vågan, 2020). Empowerment handler om å gi enkeltindivider muligheten til å ta avgjørelser og ha kontroll over eget liv, samt mulighet for å gi større kontroll over helseutfordringene (World Health Organization, 1998). Empowerment kan forstås som en sosial prosess som innebærer samhandling mellom en pasient og fagperson, der samhandlingen innebærer bevisstgjøring for både pasienten og fagpersonen (Vågan, 2020). Prosessen forutsetter at helsepersonell kan se kritisk på egen praksis, være oppmerksom på egne tanker og følelser og kunne tilstrebe endring av handlingsmønster i tråd med prinsipper for empowerment. Tankegangen bak empowerment i helsesammenheng er å omfordele makt mellom helsepersonell og pasient, og innebærer pasientmedvirkning og anerkjenne pasientens kompetanse på seg selv (Vågan, 2020).

### 3.4 Samarbeidsutfordringer

Helsevesenet er delt i to separate nivåer: spesialisten og primærhelsetjenesten (A.-K. Johannessen et al., 2013). Sykehusene er organisert innenfor spesialisthelsetjenesten, mens kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten. De to nivåene handler i samsvar med

forskjellige lover, forskrifter, mål og oppgaver. Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47)

«Forsvarlig behandling – på rett sted og til rett tid» er et tiltak som tar sikte på å møte krav om bedre samhandling og mer effektiv ressursbruk i helsevesenet. Reformen ble offisielt implementert 1. januar 2012. For å bedre samordningen er ett tiltak er å utvikle en behandlingsvei som en kronologisk kjede av hendelser som utgjør pasientens møte med de ulike områder av helsetjenesten (A.-K. Johannessen et al., 2013)

Samarbeidet i helsevesenet skjer mellom helsepersonell fra ulike spesialiteter, fagfelt og sektorer, og innebærer samordning av spesialisert profesjonell kunnskap og kompetanse (Steihaug, 2017). Integrasjon innebærer i praksis å avklare og samordne konteksten og tankemønster til de ulike yrkesgruppene og dele deres eierskap til beslutningsprosesser og målsetninger. Samarbeidet kan variere fra elektronisk kommunikasjon via personlige møter til mer omfattende tverrfaglig og integrert samhandling.

Samarbeidsutfordringer kan dreie seg om uklarheter eller misforståelser om ansvarsforhold og profesjonell identitet, og viktigheten av et godt forhold mellom de ulike faggruppene er av betydning (Steihaug, 2017). Derfor er kjennskap til hverandres arbeid med kultur for gjensidig respekt og anerkjennelse av hverandres kompetanse en viktig faktor, i tillegg til informasjonsutveksling, tilstrekkelig tid og ressurser til relasjonsbygging, gode rammebetingelser og godt lederskap.

## 4 Metode

I dette kapitlet vil det gjøres rede for de metodiske og etiske beslutningene som ble foretatt underveis i forskningsprosessen.

Målet med denne studien var å undersøke og få en bedre forståelse av hvordan kvinner som har gjennomgått svangerskapsdiabetes opplever oppfølging etter fødsel, og hvordan helsepersonell (fastlege og diabetessykepleier) opplever å ivareta oppfølgingen av disse kvinnene. Det var derfor vesentlig å innhente dybdeinformasjon fra deltakerne i studien, og på bakgrunn av dette er det overordnede perspektivet for denne studien basert på teorier fra ontologiens sosiale konstruktivisme. Konstruktivismen bygger på ideen om at sosiale fenomen, oppfatninger og handlinger blir kontinuerlig utført av de enkelte individer i samfunnet og er stadig under endring (Bryman, 2016, s.29)

Innenfor konstruktivismen anser man forskeren som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen og som søker nye spørsmål framfor universelle sannheter.

Kvalitativ forskning har en helhetlig tilnærming som ser på forskning som en prosess framfor en hendelse og der forskerens perspektiv og posisjon vil ha betydning for hvilken kunnskap som blir oppdaget. Det er ikke bare resultat av informasjonen eller funnene fra forskningen som har betydning, men prosessen i seg selv blir også en del av læringsutbyttet (Patton, 2015, s.67)

En kvalitativ forskningsmetode forholder seg til et fortolkende paradigme, ofte med fokus på informantens opplevelse og mening (Tjora, 2017). I min studie gav valget av kvalitativ metode mulighet for å skaffe dybdekunnskap om meninger, holdninger, erfaringer og opplevelser knyttet til forebygging av diabetes. Kvalitativ forskning er ofte preget av



induktive forskningsmetoder hvor analysen er empiridrevet og forskeren er opptatt av å utforske meningsinnholdet i datainnsamlingen (Bryman, 2016, s.22) Hensikten med denne studien var å oppnå en bedre forståelse av hvordan oppfølgingen etter svangerskapsdiabetes ideelt sett bør være sett fra de personene som er involvert i oppfølgingen, og derfor var det de enkeltes tanker rundt dette som var sentralt i datainnsamlingen.

## 4.1 Begrunnelse for valg av metode

I denne studien valgte jeg å bruke en kvalitativ tilnærming fordi denne metoden er opptatt av å forstå hvordan mennesker oppfatter verden og hva som har betydning for oss. Kvalitativ metode gir innsikt i livet til mennesker ved å utforske sosiale mønster innenfor et avgrenset område (A. Johannessen et al., 2016)

Kvalitativ forskning tar oss med i tid og sted for observasjonene på en slik måte at det er som om vi har vært der selv. Den er beskrivende med detaljer som fanger opp og kommuniserer andres erfaringer med deltakernes egne ord (Patton, 2015, s.54). Jeg ønsket å finne ut av hvilke holdninger, tanker og erfaringer både kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes og helsepersonell har i forhold til oppfølgingen etter fødsel, samt hvordan dette kunne bidra til forebygging av diabetes senere. En kvalitativ metode var derfor riktig å benytte.

## 4.2 Studiedesign

En casestudie er en empirisk metode som undersøker nåtidens fenomen i dybden og innenfor en virkelighetsnær kontekst, spesielt når skillet mellom fenomenet og konteksten ikke er helt avklart (Yin, 2018). En case kan være både en person, en hendelse eller en enhet og i denne studien vil jeg betrakte casen som en hendelse.

Hensikten ved å velge et casestudie er å få innsikt i de prosessene som påvirker de valgene kvinnene tar og som har betydning for forebygging av diabetes type 2. Dette kan bidra til en bedre forståelse og forklare disse fenomener på en bedre måte.

Casestudie som metode kan gi mulighet for å beholde den helhetlige og meningsfulle karakteristikkene av virkelige hendelser. Det kan være relevant i prosjekter der for eksempel bruk av «hvordan» er sentral i forskningsspørsmålet og forskeren har liten kontroll over hendelsene. I casestudier kan en ha søkelys på situasjonen i nåtid, slik som risiko for videre utvikling av diabetes, og kan være hensiktsmessig i studier av komplekse sosiale fenomener (Yin, 2018)

Casestudier er blitt vanlig innenfor flere forskningsområder, blant annet psykologi, sosiologi, sosialt arbeid, utdanning, sykepleie og folkehelse (Yin, 2018)

Enkeltcasedesign er hensiktsmessig der casen representerer et unikt tilfelle der selve casen oppklarer viktige fenomener, hendelser eller situasjon og som i dette prosjektet dreier seg om forebygging av diabetes type 2. Dette gir en mulighet til å se på situasjonen fra flere sider og kan gi mer utfyllende beskrivelser av selve fenomenet (A. Johannessen et al., 2016)

I et enkeltcasedesign kan en ha flere datainnsamlingsenheter. Dette betyr at en får informasjon fra flere enheter innenfor en avgrenset kontekst og kan være enkeltindivider rundt kvinnene med SVD som f.eks familie/partner, fastlege, arbeidskollega osv (A. Johannessen et al., 2016)

### 4.3 Casen

Grunnlaget i denne casen er forebygging av diabetes hos kvinner med svangerskapsdiabetes og selve casen er en undersøkelse av hvordan oppfølgingen av kvinnene kan være etter fødsel for å bidra til redusert risiko for videre utvikling av diabetes.

Formålet med studien er å få dypere forståelse av de utfordringene som både kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes og helsepersonell har med tanke på forebygging av diabetes etter gjennomgått svangerskapsdiabetes.

Kvalitative intervjuer er den vanligste måten å samle inn egne data på. Det er en fleksibel metode som gjør det mulig å få detaljerte beskrivelser på fenomenet som undersøkes og det er karakterisert som en samtale med struktur og formål. Gjennom samtalen kan forskeren stille spørsmål og følge opp svar fra informanten, og et kvalitativt intervju egner seg når vi ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer (A. Johannessen et al., 2016).

I denne studien benyttes et semistrukturert intervju som er en form for intervju der en søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden og egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015) Denne formen for intervju ligger nært opp til en dagligdags samtale, men er verken en åpen samtale eller har et lukket spørreskjema.

I semistrukturerte intervju er det vanlig å benytte en overordnet intervjuguide som gir en ramme og et utgangspunkt for samtalen, men både spørsmål, tema og rekkefølge kan variere. Intervjueren kan bevege seg fram og tilbake i intervjuguiden, legge til spørsmål underveis og vektlegge noen spørsmål mer enn andre. Spørsmålene og rekkefølgen blir derfor ikke låst og informanten har større frihet til å uttrykke seg (Bryman, 2016)

#### 4.4 Utvalgsstrategi

Deltakerne i denne studien er tre kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes – i kapittel 5 «Presentasjon av funn» benevnt som kvinner, tre fastleger og tre diabetessykepleiere. De er alle bosatt på forskjellige steder/byer på innlandet.

Alle deltakere har fått fiktive navn i presentasjonen og for å lette lesbarheten har kvinnene fått navn som begynner på K, fastlegene har navn som begynner på F og diabetessykepleierne har fått navn som begynner på D.

#### 4.4.1 Beskrivelse av kvinnene.

	«Navn»	Alder	Ant. sv.skap	Ant. sv.skap m/SVD	Siste svangerskap
Kvinne 1	Kari	42	3	2	Fem år siden
Kvinne 2	Kjersti	40	2	1	To år siden
Kvinne 3	Kristin	33	2	1	Tre år siden

Tabell 1. Deltaker: kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes

Inklusjonskriteriet:

- Gjennomgått svangerskapsdiabetes for 4 måneder til 5 år siden
- Bosatt på Østlandet
- Mellom 18-45 år
- Snakker norsk eller engelsk.

Eksklusjonskriterier:

- Ikke diagnostisert med diabetes før svangerskapet.

Alle kvinnene er av norsk etnisitet og mellom 33-42 år. De har hatt svangerskapsdiabetes for 2-5 år siden og hadde oppfølging hos fastlege, jordmor/gynekolog og diabetessykepleier under svangerskapet.

Rekruttering til studien skjedde via snøballmetoden. Bekjente av meg ble spurt om de kjente noen som hadde hatt svangerskapsdiabetes og som kunne tenke seg å delta i denne studien, og

slik gikk forespørslene videre fra kvinne til kvinne. Identiteten til kvinnene som ble spurt ble ikke oppgitt før de svarte at ønsket å delta. Deretter ble kontakt mellom meg og kvinnen opprettet. To intervjuer ble gjennomført ved direkte møte på et sted som kvinnene valgte og ett intervju ble gjennomført digitalt på Teams. Intervjuene hadde en varighet på 20-40 min.

#### 4.4.2 Beskrivelse av fastlegene.

Deltaker	«Navn»	Antall år som fastlege
Fastlege 1	Frida	21
Fastlege 2	Fanny	1,5
Fastlege 3	Fredrik	10

Tabell 2. Deltaker: Fastlege

Inklusjonskriteriet:

- Jobbet som fastlege i egen praksis i minimum ett år.
- Arbeider ved et legekantor på et sted/i en by på Østlandet.

Fastlegene kommer fra ulike byer/tettsteder og har hatt legepraksis fra 1,5 til 22 år. De har hatt ulik erfaring med oppfølging av pasienter både før, under og etter graviditet. Det er både kvinnelige og mannlige leger. Ett intervju ble gjennomført gjennom et direkte møte på et sted som legen valgte, og to intervjuer ble gjennomført på telefon. Intervjuene hadde en varighet på 15-20 min.

Rekruttering til studien skjedde i første omgang ved utsending av informasjon/invitasjon til alle legekantor i noen utvalgte distrikt. Kun én deltaker melte seg. Så ble snøballmetoden etter

hvert brukt her også ved at jeg henvende meg til både sykepleier- og legekolleger av meg med spørsmål om de viste om noen som kunne tenke seg å delta.

#### 4.4.3 Beskrivelse av diabetessykepleiere.

Deltaker	«Navn»	Antall år som diabetessykepleier
Diabetessykepleier 1	Diana	33
Diabetessykepleier 2	Dagny	15
Diabetessykepleier 3	Dennis	3

Tabell 3. Deltaker: Diabetessykepleier

Inklusjonskriteriet:

- Jobber som diabetessykepleier i et sykehus på Østlandet.
- Erfaring med oppfølging av pasienter med både diabetes type 2 og svangerskapsdiabetes i minimum ett år.
- Jobbet med både diabetes type 2 og svangerskapsdiabetes.

Diabetessykepleierne er fra forskjellige sykehus og har jobbet innenfor fagfeltet mellom 2 til 33 år.

Rekruttering til studien skjedde ved en felles henvendelse via e-post til alle diabetessykepleierne på utvalgte sykehus. Én av diabetessykepleierne ble rekruttert fra et annet distrikt via snøballmetoden.

To intervjuer ble gjennomført ved direkte møte på et sted som sykepleieren valgte, og ett intervju ble gjennomført digitalt på Teams.

#### 4.4.4 Bakgrunn for valg av deltakere

Jeg ønsket å samle data fra personer som har egne erfaringer i forhold til oppfølging etter svangerskap fra ulike ståsted. Jeg valgte derfor å rekruttere deltakere fra tre ulike grupperinger; kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes, diabetessykepleiere og fastleger. Kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes hadde gjennomgått en periode med fokus på livsstilsendringer relatert til målsetning om opprettholdelse av normal glukose i svangerskapet og gjort erfaringer på dette. Jeg hadde derfor også en antagelse om at disse kvinnene ville ha meninger om hvordan den videre oppfølgingen burde være i årene etter fødsel.

Diabetessykepleiere har erfaring med oppfølging av kvinner i svangerskapet. De gir kvinner veiledning på kosthold- og livsstilsendringer, følger opp glukosenivå og gir anbefalinger om veien videre etter fødsel. Jeg hadde også her en antagelse om at de kunne ha en oppfatning om hvordan den videre oppfølgingen burde være for at kvinnene skal kunne fremme helse og forebygge sykdom videre i livet.

Fastlegene er den yrkesgruppen som er involvert i prosessen både før og etter svangerskapsdiabetes; først med testing og diagnosering av svangerskapsdiabetes, så henvisning til spesialist for oppfølging under svangerskapet og etter hvert overta den videre oppfølgingen etter fødsel. Jeg hadde lite kjennskap eller oppfatning om hvordan de opplever deres funksjon, og derfor viktig å få kunnskap om dette etter min mening.

### 4.5 Datainnsamlingen

Da intervjuene var gjennomført gikk jeg i gang med å bearbeide og organisere datamaterialet for å klargjøre for analyseprosessen. Det er de ni individuelle intervjuene som er grunnlaget for selve analysen. Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av tematisk

analyse for å identifisere og analysere mønstre i det innsamlede materialet. Jeg har tatt utgangspunkt i Braun & Clarke (2006 og 2022) sin tematiske analyse og som presenteres videre i dette kapitlet.

#### 4.5.1 Tematisk analyse

Tematisk analyse er ifølge Alan Bryman (Bryman, 2016) det vanligste innenfor kvalitative dataanalyse. Det å søke etter tema i en datainnsamling er noe som kan forstås i de fleste sammenhenger med kvalitative analyse. Tematisk analyse er en fleksibel og solid metode som på et grunnleggende nivå egner seg for utvikling, analyse og tolkning av mønstre på tvers av et datasett (Braun & Clarke, 2022) Metoden egner seg også for nybegynnere innen kvalitativ analyse da den tilbyr et sett med verktøy som konsepter, teknikker, praksis og retningslinjer. I egenskap av min rolle som masterstudent hadde jeg liten erfaring med kvalitative studier og analyser og jeg anså derfor denne metoden som egnet for min gjennomføring av analysen. Tematisk analyse involverer systematiske prosesser for koding av data og videre utvikling av tema – og der tema er det endelige formålet med analysen. For å kunne organisere, analysere og tolke et datasett på en god måte vil det også involvere å kunne tenke og ta valg om andre aspekter av forskningsprosessen. Det finnes flere ulike varianter av Tematisk analyse, men de deler en felles interesse for meningsmønstre utviklet gjennom kodingsprosessen. Braun & Clarke (2022) har videreutviklet sin metode til Reflektiv Tematisk analyse som involverer en praksis av kritisk refleksjon av forskerens rolle og forskningsprosessen. Refektiv tematisk analyse fanger tilmæringer som helt og holdent er innlemmet i verdiene til kvalitativ paradigme (Braun & Clarke, 2022)



## 4.5.2 Analyseprosessen

Beskrivelse av analyseprosessen tar utgangspunkt i de 6 fasene til Braun og Clarke (2006)

### Trinn 1: Transkribering.

Det første steget er å gjøre seg kjent med de innsamlede data gjennom transkriberingen (Braun & Clarke, 2006).

I denne første fasen handler det om å gjøre seg kjent med datamaterialet som er samlet inn, og for å gjennomføre en tematisk analyse må den innsamlede data transkriberes til skriftlig tekst. Hensikten med transkribering er å fange opp en samtale på en slik måte at det mulig å representere det informantene hadde til hensikt å meddele (Braun & Clarke, 2006).

Intervjuene ble transkribert så raskt som mulig etter gjennomføring mens de fortsatt lå friskt i minne og jeg valgte å transkribere intervjuene på egen hånd. Fordelen med å gjøre transkriberingen selv er å bli kjent med datamaterialet som gir rom for andre refleksjoner og vurderinger enn det en gjorde da opptakene ble gjort (Malterud, 2017)

Prosessen krevde full konsentrasjon for å få med alle detaljene som informantene meddelte. Enkelte intervju var mer krevende enn andre på grunn av slanguttrykk og dialekt. Jeg har bevisst valgt å omskrive enkelte dialektord og uttrykk for å skjule informantenes identitet, samt personer som ble nevnt i intervjuene og som med dette kunne blitt gjenkjent.

### Trinn 2: Koding.

Etter å ha lest gjennom transkripsjonene og gjort meg kjent med dataene startet prosessen med å danne koder. I hovedsak utvikles kodene for å organisere det innsamlede datamaterialet i meningsfulle grupper der kodene identifiserer ulike trekk ved dataen som virker interessante for forskeren (Braun & Clarke, 2006). Underveis i

gjennomlesningen gjorde jeg notater og markerte hva som var interessant med dem for å se etter potensielle temaer. Kodene identifiserte forskjellige trekk ved dataen som virket interessante med utgangspunkt i problemstillingen. Jeg arbeidet meg systematisk gjennom datasettet og relevant tekst og sitater ble markert med markeringstusjer og post-it lapper. Dette er ifølge Braun & Clarke (2006) en god metode for å indikere potensielle mønster i datasettet.

Trinn 3: Søke etter tema.

Når alle data er kodet og sortert begynner prosessen med å identifisere noen mulige tema (Braun & Clarke, 2006) Da koding av teksten var gjennomført, startet jeg å søke etter temaer. Kodene ble sortert innenfor grupper av mulige tema og ble på nytt analysert og vurdert med tanke på å danne noen overordnede tema. Her ble det funnet flere koder som dannet det første utkastet til «Erfaringer og opplevelser under graviditet».

Trinn 4: Gjennomgang av tema.

Etter første gjennomgang for å finne tema begynner en fase med å sortere hvilke tema som gir mening i forhold til det som undersøkes og hva som kanskje ikke har nok data til å støtte dem (Braun & Clarke, 2006). I neste trinn ble temaene gjennomgått på nytt for å vurdere kvaliteten på dataene som falt inn under de ulike temaene. Her ble det vurdert om noen tema skulle forkastes eller slått sammen. Det dannet seg tidlig en overordnet idé på tema, men noen av disse gikk tilsynelatende inn i hverandre og ble slått sammen. Braun & Clarke (2006) anbefaler at en ser over de samlede utdragene for hvert tema og vurderer om det er et sammenhengende mønster. Til slutt sto jeg igjen med noen temaer som gjenspeilte meningsinnholdet fra dataene og fremsto som mulige å gå videre med.

### Trinn 5: Identifisere og navngi tema.

Når du har en tilfredsstillende oversikt over dataene, starter fasen med finjusteringer og definisjon av temaene du vil presentere i analysen (Braun & Clarke, 2006)

Etter å ha funnet et tilfredsstillende mønster på temaer startet prosessen med å definere de ulike temaene. I denne prosessen gikk jeg mange runder før jeg til slutt kunne navngi overordnede og underordnede temaer.

### Trinn 6: Rapport av funn.

Utarbeidelse av en rapport starter når en har et sett med ferdigbehandlede temaer (Braun & Clarke, 2006) Avslutningen på analyseprosessen var å beskrive hovedtema og undertema som ble gjengitt i innledningen på kapittel 5 – Presentasjon av funn.

## 4.6 Ethiske betraktninger

Kvalitativ forskning gjøres ofte ved hjelp av direkte kontakt med informantene og vanlig høflighet er i første omgang et godt utgangspunkt for god etikk. Forskning må dog etterstrebe og formulere høyere krav enn det som gjelder for de fleste sosiale situasjoner. Det som er spesielt med kvalitativ forskning er at en kommer nær dem det forskes på og på deres personlige arena og fordi resultatene fra forskningen skal offentliggjøres. Dette gjelder for eksempel ved prosjekter med observasjonsstudier og dybdeintervjuer (Tjora, 2017).

I følge den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) skal deltagelse i forskningsprosjekter som innebærer en aktiv deltakelse eller ved en viss risiko for belastning på deltakeren bare settes i gang etter deltakerens informerte og frie samtykke (Tjora, 2017)

Et grunnleggende trekk for sosial forskningsetikk er prinsippet om informert samtykke. Det innebærer at informanter skal være fullstendig informert om et forskningsprosjekt før de vurderer om de ønsker å delta (Oliver, 2010). I denne studien er det søkt godkjenning både hos NSD og REK, og benyttet *mal for informasjon og samtykke* hentet fra NSD.

#### 4.6.1 Tillit

Det er viktig at jeg som forsker er klar over tillitsforholdet i relasjonen mellom forsker og informant. Selv om informanten gjennom *informert samtykke* er opplyst om retten til å kunne trekke seg måtte jeg tenke over muligheten for at informanten kanskje ville vegret seg for dette for ikke å svikte. Jeg opplyste også deltakeren om at jeg jobbet som diabetessykepleier og var klar over at dette mulig kunne gi en noe sterkere ansvarsfølelse for å opprettholde deltakelse i studien.

#### 4.6.2 Ikke gjøre skade.

Selv om en i samfunnsforskning ikke driver med eksperimenter som fysisk kan skade deltakerne, bør en allikevel tenke over om gjennomføring av et intervju kan gjøre ubehag ved at følsomme tema tas opp (Tjora, 2017) I min studie var dette aktuelt spesielt for kvinnene med tidligere svangerskapsdiabetes da intervjuet berørte et tema fra en periode de hadde lagt bak seg. De kan bli påminnet emosjonelle tanker rundt egen og barnets helse, samt en indre følelse av skyld og stigma (Sharma et al., 2021, s.4)

Tilbakeblikk i fortiden noen ganger kan bli en følelsesmessig opplevelse (Oliver, 2010, s.31)

#### 4.6.3 Forforståelsen

Forforståelsen er den bagasjen vi som forskere tar med oss inn i forskningen allerede før prosjektet starter og er individuelle erfaringer som mennesker har med seg som bevisst eller

ubevisst danner vårt tolkningsgrunnlag (Malterud, 2017). Bagasjen består av erfaringer, faglig perspektiv og hypoteser, og er en viktig del av vår motivasjon for å komme i gang med prosjektet.

Jeg har jobbet som diabetessykepleier i ti år og har fulgt mange pasienter med både svangerskapsdiabetes og diabetes type 2 i disse årene.

Selv om min funksjon som diabetessykepleier i spesialisthelsetjenesten i hovedsak har søkelys på behandling av diabetes er det behov for å tenke helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for den enkelte. Det oppleves som en stor motivasjon å kunne tenke forebygging for kvinner med SVD av flere grunner – blant annet på bakgrunn av deres unge alder og ikke minst fordi de i utgangspunktet ikke har diabetes når de er ferdig med graviditeten. Derfor opplever jeg det som meningsfylt og som et godt folkehelseiltak å rette oppmerksomheten mot disse kvinnenes mulighet for forebygging av diabetes.

## 5 Presentasjon av funn

Hensikten med denne masteroppgaven var å finne ut av hvordan oppfølgingen av kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes er etter fødsel. Det var et ønsket å finne ut av hva kvinnene, diabetessykepleiere som følger opp kvinner under svangerskapet og fastlegene som skal følge kvinnene videre etter fødsel opplever og tenker rundt hvilke tiltak som kan gjøres for å minske risiko for utvikling av diabetes etter SVD. I dette kapitlet presenteres funnene fra datainnsamlingen og analysen. På bakgrunn av det analyserte datamaterialet kan en gruppere tema under to overordnede kategorier; 1) erfaringer og opplevelser under svangerskapet og 2) oppfølgingen etter fødsel. Under hver av hovedkategoriene ble det etablert henholdsvis to og tre undertemaer. Under hovedkategorien 1) erfaringer og opplevelser under svangerskapet er det funnet tema på a) *kommunikasjon, samtale og informasjon* og b) *etterlevelse av livsstilsråd*. Under den andre hovedkategorien 2) oppfølgingen etter fødsel er det funnet tema med a) utfordringer med timebestilling b) kompleksiteten i forhold til livsstilsendringer og c) hvordan den videre oppfølgingen bør være.

Hovedtema	Undertema
Erfaringer og opplevelser under svangerskapet	Kommunikasjon, samtale og informasjon
	Etterlevelse av livsstilsråd
Oppfølging etter fødsel	Utfordringer med timebestilling
	Kompleksiteten i forhold til livsstilsendringer
	Hvordan den videre oppfølgingen bør være

Tabell 4. Presentasjon av tema fra dataanalysen

## 5.1 Erfaringer og opplevelser under svangerskapet

### 5.1.1 Kommunikasjon, samtale og informasjon

Alle kvinnene fortalte de opplevde oppfølgingen under svangerskapet som positivt. Dette gjaldt både den oppfølgingen de hadde hos fastlege og hos diabetessykepleier. Selv om de etter hvert forsto at mye handlet om dem selv og hva de kunne ta tak i på egen hånd, så var allikevel den hjelp og støtte de fikk i samtalene viktig for å opprette motivasjon til å gjøre endringer. Samtalene med diabetessykepleier opplevde de som gode og informative og de syntes det var trygt å kunne snakke med noen som hadde kunnskap på området. Det var fint å kunne stille spørsmål og snakke om forhold som både var enkelt og forståelig, men også vanskelig. Erfaringene deres fra samtalene med diabetessykepleier med fokus på endring av kosthold og livsstil gav dem en forståelse av betydningen for svangerskapet og barnet.

En kvinne som ble fulgt opp på grunn av SVD i første svangerskap, men som ikke hadde SVD i sitt andre svangerskap fortalte at hun nesten syntes dette var litt synd. Hun følte trygghet i forhold til all den informasjonen hun fikk og slik sett ivaretatt under oppfølgingen, og savnet denne oppfølgingen i det andre svangerskapet. *«Jeg synes det var greit med den oppfølginga, for da fikk du litt svar underveis og fulgt litt med....jeg merket stor forskjell på det og savnet det med nummer to»* (Kristin)

En kvinne som hadde hatt liten oppfølging i de to første svangerskapene, men mer i det siste svangerskapet fortalte at hun skulle ønske hun hadde hatt mer oppfølging og fått mer informasjon. Hun tenker at det ville gjort en del forskjell på hvordan utfallet ville ha blitt i forhold til både graviditeten, fødselen og tiden etterpå.

Diabetessykepleierne fortalte at de også opplevde samtalene med kvinnene i svangerskapet som positive. De opplevde at kvinnene tok til seg informasjonen og rådene de fikk og beskrev dem som «veldig flinke» i sin streben etter å gjøre endringer. Diabetessykepleierne var opptatt av å formidle livskvalitet gjennom samtalene og snakke om gode løsninger for den enkelte. De la vekt på at livsstilsendring ikke nødvendigvis måtte dreide seg om å redusere på matinntaket slik at de gikk og var sultne, men satse på vanlig og sunn mat i hverdagen. I samtalene var det også viktig å formidle validert kunnskap, redusere stigma og bidra til å bevare selvfølelsen i forhold til både mat og livsstil. *«Alle som har svangerskapsdiabetes er ikke feite og late, altså!»* (Dagny)

For fastlegene var noe av utfordringen i forhold til kommunikasjonen med kvinnene under svangerskapet at de mistet litt av kontakten med dem fordi oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten etter hvert ble så hyppig at kvinnene ofte ikke hadde tid eller behov for å komme til fastlegen i tillegg. *«Da føler jo vi på en måte at vi mister dem litt fordi de forsvinner jo opp på sykehuset, og det blir så mye der at de ikke kommer så mye til oss»* (Frida)

Selv om de ikke bestandig ser så mye til pasienten under selve svangerskapet er ett av kontaktpunktene når kvinnene på slutten av svangerskapet ofte trenger sykemelding i følge Fanny (fastlege): *«Men mange er jo sykmeldt litt på slutten av svangerskapet, og da må de innom fastlegen. Det er jo noen kontaktpunkter der.»* (Fanny)

### 5.1.2 Etterlevelse av livsstilsråd

Kvinnene fortalte at informasjonen og livsstilsrådene de fikk i forbindelse med svangerskapskontroll på sykehuset var veldig nyttig og de hadde gode intensjoner i forhold hva de skulle endre på. De opplevde derimot at det kunne være noe vanskelig å få omsatt



dette i praksis og noen pekte på at dette var den største utfordringen. *«...det handler om meg som person, hva som sitter i toppen og hvordan...altså gidder jeg ta meg på tak»* (Kari)

De var også klare på at dette ikke bare handle om dem selv, men like mye om barnet i magen og dette beskrev de som en sterk motivasjon for å gjøre endringer når det gjelder å passe på kostholdet og livsstilen. De gav uttrykk for at den hjelpen og bevisstgjøringen de fikk under oppfølgingen i svangerskapet bidro til å gjøre enklere for dem å holde fokus på endringer i forhold til livsstil og kosthold. *«...det er jo det at du er i en oppfølging og får denne påminnelsen om helsa di liksom»* (Kjersti)

En kvinne fortalte at hun syntes det var litt vanskelig i starten og ble veldig opphengt i alt hun ikke kunne spise. Hun endte opp med å redusere for mye på kostholdet og gikk ned i vekt. Det førte til at hun måtte til nye veiledninger på sykehuset for å «læres opp på nytt» som hun sa. *«Jeg ble veldig nazi når jeg fikk svangerskapsdiabetes, ble nesten litt...syk av det og veldig streng med meg selv»* (Kristin).

En annen kvinne opplevde at veiledningen hun fikk på kosthold og livsstil på mange måter var grei å forholde seg til og syntes ikke det var så mye som skulle til av justeringer på det kostholdet hun i utgangspunktet hadde for å oppnå de anbefalte resultatene på blodsukkerverdier. Kvinnene opplevde at endringene på kostholdet gjorde dem godt og de følte tilfredshet med å spise riktig og sunt selv om det var litt vanskelig i starten.

*«Jeg synes det var litt vanskelig i starten..ja, litt vanskelig for at du måtte nesten snu om på kostholdet...hva er lov og hva er ikke lov... så det å få snakke med noen som kunne det...det var mye bedre enn jeg...det var veldig hjelpsomt»* (Kristin)

Diabetesykepleierne fortalte at de opplevde at de fleste kvinnene var dedikerte og nøye med å følge de livsstilsrådene de fikk og veldig motiverte for å gjøre endringer. Kvinnene ble fulgt opp ganske tett i graviditeten og diabetesykepleierne opplevde at de var positive for å gjøre

endringer i forhold til kostholdet. Noen ganger opplevde de også at enkelte kvinner var unødvendig streng med kostholdet sitt for å slippe å begynne med insulin og måtte be dem om å spise mer vanlig og allsidig mat for ikke å komme i en situasjon med for lite næring.

Fastlegene var derimot i liten grad innom tema rundt endring av livsstil, men de fortalte at de snakket mer generelt om livsstil med alle de gravide – ikke bare dem som har fått påvist svangerskapsdiabetes.

## 5.2 Oppfølgingen etter fødsel

### 5.2.1 utfordringer med timebestillingen

Kvinnene fortalte at de ble anbefalt å ta ny blodprøve av langtidsblodsukkeret (HbA1c) 4 måneder etter fødsel både fra diabetessykepleierne og jordmor på barsel etter fødselen, men at det var de selv som måtte bestille denne timen. Alle kvinnene fortalte at dette ikke var noe de tenkte så mye på etter at de kom hjem og etter hvert ble det helt glemt. «...og så skjer det jo ikke noe. Det går inn det ene øret og ut det andre» (Kjersti).

De opplevde at hverdagen var så fylt med andre gjøremål at de ikke husket å tenke på dette.

De fortalte at de kunne ønsket seg et system der de fikk en påminnelse om timebestilling for å sjekke HbA1 etter fødselen. Noen av dem sammenligner en slik påminnelse til sjekk av blodsukkeret med den form for påminnelse de får fra kreftregisteret om å ta livmorhalsprøve hvert tredje år.

En av kvinnene nevner at det kunne vært fint med en påminnelse fra fastlegen om å sjekke blodsukkeret når de likevel er inne til en legetime for noe annet. Hvis blodprøven viste seg å være grei så var det ikke behov for noe annet enn at legen bare gav et svar på dette, men hvis

prøven viste verdier som kunne tyde på at det var noe under utvikling ville hun gjerne hatt tilbud om ny veiledning på kosthold og livsstil.

En kvinne gav uttrykk for at det egentlig var fryktelig uansvarlig av henne å mene at hun måtte få innkalling til legetime og blodprøve – at andre skulle ta ansvaret for henne. Men samtidig ville en påminnelse øke bevisstheten og fått henne til å ta tak i dette. Hun mente at det rett og slett bare måtte være en del av oppfølgingen, for ellers risikerte hun å ende opp som diabetespasient i stedet.

Fastlegene på sin side fortalte at de hverken har et slikt system for innkalling av pasienter eller for så vidt ønsker å ha det. *«Det blir veldig mye kontroll ut av det i så fall»* (Fredrik)

De sier at fastlegeordningen er et lavterskeltilbud i førstelinjetjenesten og det er liten interessert for å ha et system hvor de kaller inn folk til kontroller. Dette må de ta ansvaret for selv. *«Det er jo en diskusjon med flere enn bare denne pasientgruppen.. i hvilken grad vi skal kalle dem inn og følge og passe på dem, og i hvilken grad de må gjøre det selv»* (Fanny)

Fastlegene mente at innenfor fastlegeordningen er det ikke aktuelt å skulle passe på timebestillingene til folk som burde klare dette selv, men de kan selvfølgelig bidra til dette ved å foreslå at det settes opp time for kontroll av blodsukker når de er inne til en legetime for noe annet. *«men hvis de da avbestiller...da tror jeg i liten grad fastleger kan drive å kalle inn folk. Så det blir litt sånn at folk må ta kontakt selv»* (Frida)

Fastlegene fortalte videre at innkallinger at pasienter til time ville føre til ekstremt mye ekstra arbeid da det er mange pasienter som skal til kontroller av forskjellige slag som en anbefaling fra sykehuset. Det kan dreie seg om å sjekke etter to uker, tre måneder, ett år og mye forskjellige intervaller. Da måtte legekantorene ansatt dobbelt så mange sekretærer og det ville ikke vært bærekraftig. En fastlege påpeker at det ofte kan stå i epikriser og lignende at pasienter må sjekkes for det ene og andre, men at det da må presiseres også for pasienten at

hun/han må sørge for å bestille time. Hvis det er en pasient som ikke evner å gjøre dette må det fra sykehusets side sørges for timebestilling. «*En kan ikke forvente at fastlegen skal kalle inn folk ut fra en epikrise*» (Frida)

En fastlege fortalte at forebygging av livsstilssykdommer må først og fremst være et samfunnsmessig tiltak, på et nivå som treffer bredt i befolkningen. Det kan ikke legges til fastlegeordningen med innkalling av folk til kontroller.

En annen fastlege sa at det er et mindretall av pasientene som gjør en timebestilling for å følge opp anbefalingene om å teste seg etter fødsel. Det kan derimot være andre tema som de kommer til legen for å drøfte, som for eksempel manglende vektnedgang etter svangerskapet.

Diabetessykepleierne har forståelse for at det kan være vanskelig for fastleger å kalle inn kvinnene til kontroll. «*Jeg skjønner jo at det må være utfordrende for fastlegen å kalle inn en tilsynelatende frisk person til kontroll*» (Dennis)

De tenker også at terskelen for å bestille seg time hos fastlegen kan være stor for kvinnene. De er jo ikke syke og har kanskje ikke så mye interesse av å gå til fastlege bare for en sjekk på noe som ikke plager dem.

## 5.2.2 Kompleksiteten i forhold til livsstilsendringer

Kvinnene fortalte at de opplevde livsstilsendringene som sammensatte og komplekse. Da de var gravide handlet ikke bare om dem selv, men like mye om barnet i magen. Dette var en sterk motivasjon for å gjøre endringer og passe på kostholdet og livsstilen i svangerskapet. Det var ikke like enkelt å finne den motivasjonen i tiden etter fødselen. Da var det så mye annet som sto i fokus og de grepene de gjorde under svangerskapet var ikke så lett å holde på. De følte det var tidkrevende å skulle gjøre noe med livsstilen som skulle vare livet ut. Det

handlet også om hvilken livssituasjon de var i generelt og hva en føler en har behov for der og da.

En kvinne opplevde at fastlegen ble noe oppgitt over at hun nok en gang kom tilbake til en kontroll uten å ha klart å gjøre nødvendige endringer i forhold til livsstil og vektnedgang etter fødsel. Hun opplevde at den veiledningen hun fikk under selve svangerskapet var nyttig, men dette med å gjennomføre endringer og holde det stabilt var ikke enkelt. Det tar tid å legge om livsstilen og på veien fram mot varige endringer kunne hun ønske seg litt jevnlig støtte og veiledning, noe lignende som oppfølgingen under svangerskapet.

*«det at du er i en oppfølging og får den påminnelsen om helsa di liksom...det er faktisk noen som bevisstgjør deg på det da. Du vet det jo, men det er noe med det å få det fram i bevisstheten – og leve etter det» (Kjersti)*

En av kvinnene hadde vært hos fastlegen én gang og tatt en HbA1c etter svangerskapet, men hadde ellers ikke vært til noen annen oppfølging eller tenkt så mye på livsstilen. *«Jeg har egentlig ikke tenkt så mye på det, slik ...i etterkant. Jeg viste jeg måtte ta et slikt langtidsblodsukker, og siden den var grei så jeg har egentlig ikke tenkt noe mer på det» (Kristin)*

Hun var ikke sikker på om de livsstilsendringene hun gjorde i svangerskapet hadde påvirket henne så mye i forhold til hvordan hun planla kostholdet sitt i tiden etterpå, men hun mente allikevel at endringene hadde gjort henne mer oppmerksom på hva som er kjernen i et sunt kosthold. *«Men jeg synes det har vært lærerikt» (Kristin).*

Diabetessykepleierne fortalte at så snart kvinnene har født så overføres de tilbake til fastlegen og primærhelsetjenesten og får ikke noen videre oppfølging på sykehuset. På noen sykehus tilbyr de kanskje litt oppfølging til de som hadde spesielle utfordringer under svangerskapet med bruk av insulin og så videre, men det var bare litt i starten. De sa det hadde vært noe

diskusjon i kollegiet rundt hvorvidt det skulle vært noe tilbud til kvinner med svangerskapsdiabetes etter fødsel, men slik retningslinjene er pr i dag er det ikke lagt opp til dette. De fortalte at de hadde opplevd å få tilbake kvinner som har vært både andre og tredje gangs gravide med svangerskapsdiabetes også i de nye svangerskapene og de hørte kvinnene fortalte at det ikke hadde skjedd noen ting etter at de var hos den sist. De opplevde at oppfølging mellom svangerskapene med fortsatt fokus på livsstil var et stort behov. Kvinnene fortalte dem at en hverdag med et lite barn, kanskje også småsøsken og med mannen/samboeren som var i full jobb så var det liten tid til å ivareta seg selv oppe i alt annet. Diabetessykepleierne oppfattet at det var mange som slet med å gjøre de livsstilsendringene som skulle til. *«de kommer hjem igjen med en liten baby og skal gå rett inn i ammetåka, og med sure bleier og hele pakka. Det går ikke vet du, det går ikke av seg selv i alle fall»*

(Dagny)

En diabetessykepleier fortalte at kvinnene delvis var avhengig av hvor mye støtte de hadde fra sine nærmeste og mye som har med livsstilsendringer kan ses på som et felles prosjekt i familien. Det å få til gode vaner var avhengig av de andre de hadde med på laget. *«Så det å tenke litt slik...litt at det er ikke bare den ene, men det gjelder jo nesten hele familien»* (Diana)

Livsstilsendringer som gjøres hos kvinnen med svangerskapsdiabetes og hennes partner vil også påvirke barna og deres risiko for å kunne utvikler diabetes type 2.

En fastlege fortalte at de generelt hadde mer fokus på konkrete blodprøver og slikt, men at forhold som har med manglende vektnedgang å gjøre var noe som ble fulgt tettere. Denne fastlegen sa også at det var noe enklere å ta tak i utfordringene med overvekt når en har en diabetesdiagnose, da dette blant annet gav mulighet for å bruke medisiner for vektnedgang.

*«Generelt har man muligheten til å prøve med livsstils intervensjon ... i hvert fall når det er åpenbare ting å ta tak i, som for eksempel overvekt. Så tenker jeg det er litt vanskelig å på en måte fange alle bare basert på det også»* (Fredrik)

Både diabetessykepleierne og fastlegene forteller at de skjønner at kvinnene kan ha utfordringer med å følge opp livsstilsendringene de hadde i svangerskapet etter fødselen. Det er mange andre forhold som da opptar bevisstheten deres - slik som nattevåk, amming og familieliv for øvrig.

En diabetessykepleier reflekterte over hvordan støtteapparatet kunne legge til rette for at kvinnene kunne opprettholde den motivasjonen og de rutiner de tilegnet seg under graviditeten for å klare å fortsette å ha søkelys på kosthold og livsstil etter fødselen også.

*«kanskje de kunne ha en type nettverk som fanget dem opp og pustet dem litt i nakken, og på en måte prøve å opprettholde motivasjonen til å orke å stå i det litt lenger – også når de har et lite barn.»* (Diana)

En annen diabetessykepleier fortalte at det er viktig å se på hvordan en kan bidra til at motivasjonen for endring av kosthold og livsstil etter fødsel kan opprettholdes. Hun ser at kvinnene er veldig motiverte og flinke i svangerskapet fordi de tenker på barnet de bærer på, men når barnet er født har de ikke lenger denne motivasjonen for sin egen del.

### 5.2.3 Hvordan bør den videre oppfølging være

Kvinnene forteller at de i liten grad oppsøkte fastlege etter fødselen slik anbefalingene er. Alle nevner derimot at det hadde vært nyttig å kunne kommet til en ny veiledning som en form for oppfølgingssamtale og fått muligheten til å snakke om kosthold og livsstil. De forteller at det er lett å falle tilbake til gamle vaner når hverdagen kommer: *«og hvis du da er bevisst så klarer du jo å stå i det, men vist en ikke er bevisst så detter du jo like fort tilbake igjen»* (Kari).

Flere fortalte også at de tenkte at når de var ferdig med svangerskapet så hadde de ikke diabetes lenger. Dette var også en del av informasjonen de fikk under oppfølgingen.

En kvinne fortalte at da hun forlot sykehuset etter fødselen følte hun seg veldig overlatt til seg selv. Det var ikke lenger noen spurte hvordan det gikk. «...og når du da går ut den døra på sykehuset så er du overlatt til deg selv» (Kari).

En diabetessykepleier forteller tidlig i intervjuet at hun ser for seg et team med fagkompetanse bestående av diabetessykepleier, endokrinolog og klinisk ernæringsfysiolog som kan ha et opplegg for kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes. Dette kan gjerne være et opplegg som både inneholder teoretisk informasjon og veiledning, men også mer praktisk rettet mot ernæring og fysisk aktivitet. Senere ut i intervjuet resonerer hun at et opplegg med oppfølging av kvinner etter fødsel sannsynligvis ikke bør være et opplegg gjennom spesialisthelsetjenesten allikevel, men kanskje litt mer på hjemmebane til disse kvinnene og mer i nærmiljøet der kvinnene bor. Altså noe mer i regi av kommunale tiltak, slik som helsestasjonen, legekantoret eller frisklivssentralen. «Da kan en få det nærmere der pasientene er, ikke sant. Det hadde kanskje vært like smart å få dette organisert med legekantor eller noe...så det ikke er så skummelt som å komme på sykehuset...» (Dagny)

En diabetessykepleier hadde også veldig tro på at sykepleierdrevet poliklinikk i primærhelsetjenesten kunne være en god tanke, eller at helsesekretærer på et legekantor kunne få opplæring og økt kompetanse på svangerskapsdiabetes. Da kunne en frigjøre dette fra fastlegens timelister og pasientene kunne få litt mer tid til den samtalen om kosthold og livsstil. Tanken var ikke å ta dette fra fastlegens ansvar, men tilføre litt mer ressurser der hvor det var mulighet for å bruke mer tid på veiledning og hjelp.



En fastlege mener at det å følge opp kvinnen etter svangerskap og fødsel på en måte er noe lettere i den perioden hvor de har spebarn og småbarn, fordi de ofte er innom med sine barn på grunn av sykdom eller annet. Da kan det også være enklere å fange opp kvinnene samtidig med noen spørsmål og eventuelt kontrollere noen målinger.

Flere av diabetessykepleierne var opptatt av hvilket nivå en skulle følge opp disse kvinnene. Det å fortsette oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten kunne gi signaler på at kvinnene ble betraktet som pasienter og slik sett behandles for sykdom, mens dette i realiteten dreier seg om friske kvinner med livsstils utfordringer. De mente også at helsestasjonen er en mer lokal arena i nærmiljøet og at dette gir en bedre tilnærming til utfordringene. Altså rett behandling på rett sted til rett tid. Det kunne være aktuelt å se på dette med samhandlingsreformen på sett og vis.

En fastlege ser for seg at kanskje kunne være mulig å videreutvikle noe innenfor allerede eksisterende journalsystemer eller nasjonale register som for eksempel kunne aktivere en beskjed når det var gått en viss tid siden forrige kontroll av blodsukkernivå når pasienten allikevel var inne til en konsultasjon.

*«Slik ideelt sett så burde det jo vært noe som var uavhengig om du var på legekontor eller spesialisthelsetjenesten, noe som på en måte kunne trigge en ...beskjed til den som var inne i journalen til pasienten. Men det er klart, det er jo veldig mangelfullt utviklet...det digitale helse Norge da» (Fredrik)*

Nesten alle deltakere, både kvinnene, diabetessykepleierne og fastlegene nevner at en videre oppfølging etter fødsel på helsestasjonen kunne være nyttig å vurdere.

Kvinnene forteller at de allikevel er på en del oppfølging hos jordmor og helsesykepleier etter fødselen og at det kunne vært fint å få litt veiledning der. *«Jeg vet ikke hvor mye vitenskap*

*som finnes på det, men det kan da ikke være SÅ mye som skal til for å sette jordmødre og helsesykepleiere i stand til å gjøre denne veiledningen.» (Kjersti)*

Kvinnene forteller at dette med livsstilsendring er veldig sammensatt og at en kan trenge litt hjelp, støtte og veiledning på veien.

*«Det er ikke bare å gå inn til en diabetessykepleier å få veiledning og så kunne si at nå har jeg endret livet mitt. Alt er sammensatt og det tar litt tid å få tankene... skrudd opp litt...og i den perioden så trenger du litt jevnlig støtte» (Kari)*

## 6 Diskusjon

### 6.1 Introduksjon

Målet med denne masteroppgaven var å undersøke hvordan oppfølgingen av kvinner med tidligere SVD er etter fødsel og hvilke tiltak kvinnene, diabetessykepleierne og fastlegene skulle ønske det var mulig å tilby.

I dette kapittelet vil funnene bli diskutert på bakgrunn av litteraturgjennomgangen i kapittel to, samt det konseptuelle rammeverket som er beskrevet i kapittel tre. Deltagernes beskrivelser kan ikke generaliseres eller representere den komplekse gruppen av kvinner med tidligere SVD, diabetessykepleiere og fastleger. Derimot kan deres beskrivelser av de ulike sidene med oppfølgingen etter fødsel ha en overføringsverdi for andre og være nyttige. Funnene fra studien har pekt på noe av kompleksiteten ved oppfølgingen kan ha betydning for videre undersøkelser på området rundt oppfølgingen av kvinner med tidligere SVD. Flere av funnene understøttes av tidligere forskning, men tilfører også ny kunnskap i forhold til den videre oppfølgingen av kvinner med tidligere SVD etter fødsel.

### 6.2 Erfaringer og opplevelser under svangerskap

#### 6.2.1 Kommunikasjon, samtale og informasjon

Kvinnene i min studie var alle klare på at den oppfølgingen de hadde hatt i svangerskapet var positivt og nyttig, enten de hadde hatt mange eller få konsultasjoner. De opplevde kommunikasjonen med diabetessykepleieren som en trygg og god samtalepartner og fikk

utfyllende informasjon om både kosthold og livsstil. I studien til Svensson og kollega (2018) var det noen av kvinnene som ga tilbakemeldinger på en generell tilfredshet med konsultasjonene de hadde med helsepersonell og fortalte at veiledningen de fikk var positive og nyttige. Noen opplevde derimot mangel på kommunikasjon med helsearbeidere og at de selv måtte be om å få veiledning. (Svensson et al., 2018)

En av kvinnene i min studie opplevde oppfølgingene i sitt første svangerskap som informativt og nyttig, og følte en trygghet med all den informasjonen hun fikk underveis. Da hun ikke hadde SVD i sitt andre svangerskap var hun heller ikke til noen oppfølging utenom de vanlige kontrollene som er vanlig i et svangerskap og savnet den tryggheten hun opplevde med de ekstra konsultasjonene hun hadde i det første svangerskapet.

En annen kvinne opplevde det motsatte i forhold til hyppigheten på kontrollene i svangerskapene. Hun hadde ikke påvist SVD i de to første svangerskapene, men i det siste svangerskapet. Hun sa at hun skulle ønske hun hadde hatt mer oppfølging i de to første svangerskapene også og reflekterte over at dette kanskje ville gitt henne et annet utfall i forhold til SVD i det siste svangerskapet. Det som er felles for disse to beskrivelsene er at begge opplevde informasjonen og kommunikasjonen i oppfølgingen som en trygghet og styrke i svangerskapet.

Innenfor helsefremmende arbeid handler empowerment om å myndiggjøre kvinnene og styrke deres mulighet til en bedre kontroll over helseutfordringene (Vågan, 2020; World Health Organization, 1998) og i denne sammenheng har konsultasjonene med diabetessykepleier – eller fastlege en betydning i forhold til å gi kvinnene opplevelse av mestring.

Fastlegene i min studie fortalte at de opplevde generelt å ha god kontakt med kvinnene i svangerskapet, men etter at det ble påvist SVD ble kontakten med dem noe mindre. De følte

på en måte at de mistet dem litt fordi kvinnene forsvant til sykehuset og hadde så mye oppfølging der at det ikke var behov for så mange kontroller på fastlegekontoret.

Også tidligere forskning fra Green og kollega (Green et al., 2020) indikerer at fastleger føler seg usikker på sin rolle og opplever at deres funksjon ofte er underutnyttet når en kvinne får påvist SVD (Green et al., 2020). De føler at omsorgen for pasienten blir tatt fra dem når sykehuset overtar oppfølgingen av kvinnen. Dette peker på at samarbeidet mellom spesialitetene er viktig for både de ulike fagpersonene, men også for kvinnene (Steihaug, 2017)

Pasientene har ofte hatt en langvarig relasjon til fastlegen og pasient-lege relasjonen er også kjent for å kunne forbedre pasientens helse (Green et al., 2020). En av kvinnene i min studie fortalte det samme. Hun valgte å gå til oppfølging hos fastlegen under ett av svangerskapene fordi fastlegen kjente historikken hennes og hun opplevde at det var enklere for henne å gå til kontroller hos fastlegen sammenlignet med å fordele kontrollene hos fastlege og jordmor. Dette er i tråd med beskrivelser fra Green og kollega (2020) der de peker på at en holistisk og individuell behandling er viktig for kvinner med SVD og det er uheldig at disse møter én gruppe helsepersonell i fødselsomsorgen og en annen for diabetesbehandling (Green et al., 2020).

Diabetessykepleierne i studien beskrev at noe av oppgaven deres i konsultasjonene med kvinnene også dreide seg om å gi god nok informasjon til å redusere skyldfølelse og stigma. De oppfattet at noen kvinner følte skam og bebredet seg selv for situasjonen de var kommet i. Diabetessykepleierne fortalte at de brukte tid i samtalen med kvinnene på å gi informasjon og opplysning om forhold som kan føre til utvikling av SVD og at det i mange tilfeller også kan være familiært med arv og genetikk, og at det er noen som har en høyere risiko for SVD og utvikling av diabetes generelt enn andre. Dette opplevde diabetessykepleier som en viktig informasjon i tillegg til kostholds- og livsstils veiledning. Dette handler både om

helsekompetanse og empowerment. Helsekompetanse blir sett på som relevant i forhold til å styrke pasientens selvledelse og det å kunne navigere seg fram i en kompleksitet med informasjon (Thurston, 2014). Diabetessykepleierne i min studie fortalte at noen kvinner hadde stort behov for tilpasset og individuell informasjon. Empowerment på sin side handler om å gi individet styrke og mestringsfølelse som kan fremme deres mulighet til å løse helseutfordringer og møte egne behov (Vågan, 2020). Slik kan kvinnene ta kontroll og finne mening i situasjoner som omhandler helse og sykdom (Vågan, 2020).

I studien til Sharma og kollega (2021) fortalte kvinnene med påvist SVD at de følte skam over å ha fått påvist diagnosen. De assosierte diabetes med det å være overvektig og gammel, og i den sammenheng relatert til livsstilssykdom og mangel på selvdisciplin.

Kvinnene i studien til Toft og kollega (2021) beskrev også at de opplevde en følelse av sjokk og skam ved å fått SVD-diagnose og forbant diagnosen med usunne kostholdsvaner og som gav dem dårlig samvittighet for å utsette barnet for risiko. Kvinnene i min studie beskrev ikke dette så sterkt, men en av informantene fortalte at hun følte det var dumt av henne at hun hadde fått SVD og fordi hun ikke hadde klart å passe på helsa si godt nok til å unngå dette.

### 6.2.2 Etterlevelse av livsstilsråd

Kvinnene i min studie fortalte at de opplevde stor motivasjon for livsstilsendringene i svangerskapet. En av kvinnene gikk veldig grundig tilverks og gjorde store endringer i forhold til kostholdet, mens en annen opplevde at det ikke var så mange endringer hun måtte gjøre for å oppnå resultater. Alle tre kvinnene opplevde at livsstilsendringene på sett og vis var positive for dem og følte tilfredshet med å klare dette, men en av dem kunne ønsket seg mer veiledning: I studien til Svensson og kollega (2018) rapporterte kvinnene som deltok en litt annen oppfattelsen av livsstilsendringene i graviditeten. Kvinnene i denne studien ga

generelt ikke så positive tilbakemeldinger om de anbefalte livsstilsendringer og de så ofte på endringene som en belastning forårsaket av SVD-diagnosen. Det som er felles for både min studie og studien til Svensson med kollega (2018) er at hovedfokus for livsstilsendringene til kvinnene var av hensynet til barnet. Kvinnene bemerket bekymringer om barnets helse som den viktigste faktoren som motiverte dem til å følge den anbefalte behandlingen under graviditeten (Svensson et al., 2018).

Diabetessykepleierne i min studie fortalte at de opplevde kvinnenes motivasjon for å gjøre livsstilsendringer som veldig sterke, men også de oppfattet at endringene kvinnene gjorde i første rekke var motivert av hensynet til barnet. Livsstilsendring kan ses i lys av både helseatferd og helsekompetanse. Endring av helseatferd kan rette seg mot endring av vaner som foreksempel usunt kosthold eller mangel på fysisk aktivitet (Thurston, 2014) og helsekompetanse dreier seg om utvikling av personlige, kognitive eller sosiale ferdigheter for å øke evnen til å forstå helseinformasjon (Nutbeam, 2000).

## 6.3 Oppfølging etter fødsel

### 6.3.1 utfordringer med timebestilling

Sharma med kollega (2021) forteller at en av kritikkene i forhold til helsetjenestens retningslinjer for oppfølging etter fødsel var at kvinnene måtte sørge for å bestille time for oppfølging etter svangerskapet selv (Sharma et al., 2021)

Kvinnene i min studie hadde også fått informasjon om å bestille seg time hos fastlegen fire måneder etter fødsel slik retningslinjene tilsier (Helsedirektoratet, 2022; Helsenorge, 2018), men fortalte at dette ble glemt blant alt det andre som opptok bevisstheten og hverdagen deres den første tiden. En av kvinnene i min studie fortalte at hun ikke hadde så mye tanker om å

bestille seg time til kontroll etter fødsel fordi hun tenkte at dette med diabetes senere i livet ikke var noe som kom til å skje henne. Noe lignende fortalte flere informanter i studien til Sharma og kollega (2021) også. I denne studien beskrives det at flere av dem uttrykte en form for fornektelse og en tro på at dette ikke var noe som kunne skje med dem. Dette ble da en hindring når det gjelder å følge retningslinjene med anbefaling om å bestille time til kontroll etter fødsel.

I min studie fortalte kvinnene at de kunne ønsket seg en form for påminnelse eller innkalling til kontroll hos fastlegen og at dette kunne hjulpet dem til å gjøre denne etterkontrollen etter SVD. Fastlegene på sin side hadde klare meninger om at en funksjon med innkalling av kvinner til kontroll av HbA1c etter fødsel ikke var noe de så for seg kunne realiseres. De skal dekke mange funksjoner og pasientgrupper, og hvis de skulle passe på at alle fikk innkalling til ulike type kontroller med ulike intervaller så ville det bli mye å holde styr på og mange kontroller. En fastlege fortalte at dette i så fall ville skape et behov for å ansette mange flere helsesekretærer og hun så ikke dette som noen bærekraftig modell. En annen fastlege fortalte at det heller ikke var noe godt system pr i dag som gjorde fastlegen oppmerksom på at en ny pasient hadde hatt SVD og dermed vanskelig å ta fatt i dette. Dette peker utfordringene med samarbeid mellom de forskjellige nivåene i helsetjenesten og dreier seg om uklarheter eller misforståelser om ansvarsforhold mellom de ulike faggruppene i helsevesenet (Steihaug, 2017). Green med kollega (2020) skriver i sin artikkel at kommunikasjon mellom sykehus og fastleger ofte ble oppfattet som ugunstig for fastlegene, og svikt i kommunikasjon og/eller utilstrekkelig anbefaling i forhold til den videre oppfølgingen ble ansett av fastlege å påvirke oppfølgingen av kvinnene (Green et al., 2020) Diabetessykepleierne i min studie så heller ikke for seg at fastlegene kunne drive med innkalling av i utgangspunktet friske personer til kontroll.



### 6.3.2 Kompleksiteten i forhold til livsstilsendringer

De første årene etter svangerskapet utgjør en viktig periode og mulighet for å gjøre de nødvendige livsstilsendringene med tanke på å redusere risikoen for og forebygge videre utvikling av diabetes (Eades et al., 2015). Det er mange som synes det er vanskelig å gjøre livsstilsendringer og kvinner som nylig har fått barn opplever gjerne mangel på tid som et hinder for å gjennomføre endringer. Tidsklemma blir ofte nevnt som en hindring for å gjennomføre livsstilsendringer (Eades et al., 2015)

Kvinnene i min studie fortalte at det å holde på de endringene de hadde tilegnet seg under graviditeten var vanskelig etter fødselen. Det gikk grei å prioritere kostholdsendringer når det var hensynet til barnet som styrte motivasjonen, men annerledes når dette ikke lenger var nødvendig. Dessuten oppleve de at det var mye annet som opptok oppmerksomheten i tiden etterpå. Det å ha et lite barn å ta seg av døgnet rundt la beslag på mye tid og energi, og som en av dem sa i intervjuet hadde hun ikke alltid så klare målsetninger i forhold til livsstilsendring når hun var midt oppe i en krevende periode med en baby.

I studien til Svensson og kollega (Svensson et al., 2018) er det også beskrevet at hovedfaktoren for motivasjon til å gjøre livsstilsendring under graviditeten hadde mest med bekymringer for babyens helse å gjøre og at kvinnene i mindre grad vurderte dette som nødvendig for deres egen del. Etter fødsel var babyens helse og velvære fremdeles hovedfokus, men siden kostholdet til kvinnene ikke lenger syntes å ha direkte påvirkning på barnet ble hovedfokus på barnets behov for næring i stede for å ivareta egne behov. Dette var med på å endre livsstilsvanene deres.

Kvinnene betraktet kostholdsendringene som strenge og kontrollerende på hverdagen mens de gikk gravide, men oppfattet dette som nødvendig med hensyn til barnet. Etter fødsel var ikke disse kravene del lenger til stede og kostholdsvanene endret seg igjen (Svensson et al., 2018).

Diabetessykepleierne beskrev også at kvinnene hadde mange utfordringer med tanke på å opprettholde livsstilsendringene etter fødselen. Dette var noe av temaet i konsultasjonene når en kvinne kom tilbake i neste svangerskap. En diabetessykepleier fortalte at når kvinnene kom tilbake med andre eller tredje gangs SVD så fikk han forståelsen av at det ikke hadde skjedd noen endringer i forhold til livsstil etter forrige svangerskap.

Livsstil er en viktig determinant for helse og omstendighetene rundt inntekt, familieforhold og hva de arbeider med sier noe om deres levesett (Thurston, 2014). Diabetessykepleiernes erfaring med oppfølging av SVD gjennom mange år er at kvinnene ofte forteller om en travel hverdag med små barn og mannen som er i full jobb, og da er det ikke så lett å finne tid til seg selv oppe i alt dette. I studien til Sharma og kollega (2021) svarte flere kvinner at mangel på tid var en hovedutfordring for fysisk aktivitet på grunn av at de måtte fylle mange roller som blant annet omsorgsperson, arbeidstaker og kone/samboer. For å løse dette problemet foretrakk noen å kunne trene hjemme ved bruk av web-baserte treningsopplegg mens andre favoriserte trening i grupper som en motiverende faktor (Sharma et al., 2021)

Familie konteksten kan være både til støtte og til hinder (Kragelund Nielsen et al., 2018)

Mange utfordringer kan knyttes til hverdagslige omstendigheter i forhold til babyen eller eldre søsken, og kvinnen kan føle seg overveldet av hvor mye en liten baby krever, samt mangel på tid, søvn og energi. Derfor er partnerens bidrag med praktisk hjelp til husarbeid og emosjonell støtte i omsorgen for barnet viktig for å vedlikeholde anbefalingene på livsstilsendringer i hverdagen (Kragelund Nielsen et al., 2018)

Diabetessykepleierne var også opptatt av hvilken støtte kvinnene hadde hos partneren og i familien ellers. Ikke minst gjaldt dette i forhold til kostholdet. En diabetessykepleier sier det ofte er et felles prosjekt i familien og at det er lurt at både kvinnen og partneren er enige i at

det ikke skal være potetgull og sjokolade hver kveld, men etablere noen gode kostholdsvaner. Det gjelder jo ikke bare kvinnen, men ofte hele familien – også barna. Sett i forhold til helseatferd finnes det en tilnærming som bygger på en forutsetning om at atferd aldri helt og holdent er basert på rasjonalitet og at folk derfor trenger hjelp til å ta bedre helsevalg (Thurston, 2014).

Kvinnene i studien til Svensson og kollega (2018) fortalte at støtte fra partner hadde en sterk innvirkning på hvorvidt de kunne finne tid og motivasjon for å fortsette med diett og aktivitet. Mens en sunn livsstil var en prioritering hele familien gjorde under graviditeten, ble det andre hensyn som tok over når barnet var født. Informantene i denne studien fortalte at partnerens praktiske og følelsesmessige støtte var viktig for å kunne innlemme livsstilsendringer i hverdagen (Svensson et al., 2018).

Sosial isolasjon og mangel på motivasjon kan være en hindring for en sunn livsstil etter fødsel, og følelsesmessig støtte fra partner, familie eller venner for å opprettholde motivasjon er veldig viktig. Familiekonteksten har en viktig rolle i forhold til det å kunne prioritere en sunn livsstil i hverdagen og det kan innebære utfordringer i forhold til tid, praktisk hjelp eller økonomiske forhold (Kragelund Nielsen et al., 2018)

Dette kan ses i sammenheng med teori for livsstil. Livsstil er understøttet av sosiologisk forståelse for menneskelig handling. Dette perspektivet fokuserer på samspillet mellom sosiale omstendigheter og atferd, og beveger seg utover individuelle risikofaktorer for livsstil (Thurston, 2014).

I studien til Timm og kollega (2021) fortalte gynekologer og diabetessykepleiere at de oppfordret kvinnene til å opprettholde motivasjon på sunn livsstil gjennom graviditeten. Denne motivasjonen så ikke ut til å bli videreført etter fødsel på grunn av andre prioriteringer og mangel på årvåkenhet i konsultasjonene med fastlegene (Timm et al., 2021).

Toft og kollega (2001) forteller i sin studie at kvinnene satte stor pris på den støtten de fikk fra helsepersonell under graviditeten og opplevde positive erfaringer med oppfølgingen. Den oppfølgingen de fikk under graviditeten var derimot i stor kontrast til den knappe oppfølgingen de fikk etter fødsel. Flere opplevde at fastlegen ikke vektla tema rundt livsstil og risikofaktorer slik de hadde under graviditeten og følte at mangel på interesse var som å bli forlatt i forhold til sine behov for en informasjon angående deres risiko (Toft et al., 2021)

Green og kollega (2020) forteller i sin studie at kommunikasjonen mellom sykehus og fastlege ikke alltid er tydelig og at det for noen fastleger kan være uklart hva som er forventet av videre oppfølging (Green et al., 2020).

Motivasjon for livsstilsendring etter fødsel forutsetter at kvinnene har en oppfattelse av høy risiko for en fremtidig utvikling av diabetes (Van Ryswyk et al., 2015). Flere har en bevissthet for at det er nødvendig å gjøre grep for å forebygge diabetes, men det er flere hindringer for å oppnå og vedlikeholde nødvendige tiltak. Utfordringer knyttet til et sunt kosthold inkluderer økonomi, mangel på tid, usikkerhet på hvilken mat de skal spise – også i sosiale situasjoner, mangel på motivasjon og personlige eller kulturelle preferanser. For noen kvinner er det også mangel på kunnskap om hvordan diabetes kan forebygges, enten det dreier seg om hvilken rolle diett, aktivitet eller vektkontroll har i den sammenheng. I lys av alle utfordringene i forhold til livsstilsendringer er det viktig med både kortsiktig og langsiktig støtte selv om den type støtte som trengs vil variere fra person til person. Dette kan for eksempel dreie seg om behov for sosial, økonomisk eller profesjonell støtte. Det er et behov for at klinikere har en mer proaktiv tilnærming for dette etter fødsel (Van Ryswyk et al., 2015)

### 6.3.3 Hvordan den videre oppfølgingen bør være

Kvinnene fortalte i intervjuene at de opplevde livsstilsendringene etter fødsel som vanskelig å prioritere og ta tak i på egen hånd. De opplevde at dette var et veldig komplekst og sammensatt område og uttrykte behov for hjelp og støtte på veien. De nevnte både helsestasjonen og frisklivssentralen som mulige arena for oppfølging av livsstilsvaner fordi der var det helsepersonell som hadde fagkompetanse. De uttrykte behov for informasjon angående risiko for videre utvikling av diabetes og at dette ofte kunne være vanskelig å søke etter selv. Derfor ville det vært hensiktsmessig å ha oppfølgingen et sted der det var fagfolk de kunne stole på.

Abraham med kollega (2016) skriver at helserelatert informasjon må være tilgjengelig, komme fra en troverdig kilde, gjøre liten bruk av faguttrykk, være lettlest og svare på spørsmålene som målgruppen er interessert i. Informasjon kan bare endre motivasjon og atferd dersom mennesker har tilgang på informasjon og kan forstå den (Abraham et al., 2016). Dette kan forstås i lys av både helsekompetanse og empowerment. Helsekompetanse dreier seg om utvikling av personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som kreves for å ta positive valg på helseatferd (Nutbeam, 2000). Økt helsekompetanse kan bidra til en bedre forståelse av den informasjonen som tilbys, trekke ut informasjon og hente mening fra ulike omstendigheter og slik sett bruke denne informasjonen til å utøve kontroll over livshendelser og situasjoner. Kvinnene ønsker å få informasjon om risiko i forhold til diabetes og søker å få denne informasjonen fra helsepersonell. Ved å forbedre tilgang på helseinformasjon og evne til å bruke denne har helsekompetanse en viktig tilknytning til empowerment (Nutbeam, 2000). I studien til Toft og kollega (2021) fortalte kvinnene at de noen ganger opplevde mangel på kunnskap i tillegg til at var det vanskelig å finne informasjon de kunne stole på.

Derfor satte de pris på oppfølgingen og mulighet for å få informasjon fra helsepersonell (Toft et al., 2021)

Kvinnene i studien til Sharma og kollega (2021) fortalte at de ønsket en oppfølging etter fødsel enten på sykehuset eller på helsestasjonen for å kunne opprettholde de rutiner de hadde tilegnet seg i svangerskapet. En videre oppfølging kunne på den måten lette litt på byrden av å gjennomføre livsstilsendringer. De ønsket en oppfølging hos helsesykepleier eller jordmor framfor oppfølging hos fastlege og begrunnet dette med at fastlegen ofte hadde liten tid i konsultasjonene (Sharma et al., 2021).

Diabetessykepleierne i min studie fortalte at de så for seg en ordning med oppfølging på helsestasjonen eller den kommunale frisklivssentralen som en måte å møte utfordringene på. En av diabetessykepleierne mente at videre oppfølging etter fødsel på helsestasjonen eller i kommunen var å foretrekke og framfor oppfølging på sykehuset. Hun mente at opplevelsen kvinnene hadde hatt med strenge krav til kostholdet for å oppnå god blodsukkerkontroll under svangerskapet var en assosiasjon som kunne være et hinder for videre motivasjon for livsstilsendringer. Dette støttes av studien til Svensson og kollega (2018) som refererer til noen av informantenes uttalelse om at de oppfattet den polikliniske oppfølgingen som streng og assosiert med utfordringer i forhold til det ukomfortable med å ha et strengt kosthold.

Det er viktig at en forsøker å forbedre integrasjon og kontinuitet av omsorgen for kvinner med tidligere SVD i helsetjenesten for å kunne forebygge eller utsette videre utvikling av diabetes hos disse kvinnene (Svensson et al., 2018).

I studien til Timm med kollega (2021) peker de på utfordringene med samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene som skal sikre kvinnene en sammenhengende behandling både under og etter fødsel. Studien avdekket at det var lite fokus på risiko, langtidseffekt og livsstil i konsultasjonene, og at helseprofesjonene ofte støttet seg på at de andre engasjerte seg i

forebygging av diabetes type 2 etter fødselen. Gynekologer og diabetessykepleiere prioriterte den kortsiktige effekten under selve svangerskapet, jordmødrene var bekymret for å utsette forholdet til kvinnene for mistillit ved å ta opp forhold som var forbundet med risiko med en usunn livsstil og fastlegene hadde andre agenda i konsultasjonene enn diabetes relatert risiko og sunn livsstil (Timm et al., 2021).

Samarbeidsutfordringer mellom fagpersoner kan gjøre klinisk arbeid vanskelig (Steihaug, 2017). Mens pasientene ønsker bedre kontinuitet og forutsigbarhet på oppfølgingen, erfarer helsepersonell at det er behov for tverrfaglig samarbeid uten at de alltid lyktes med å etablere det. Helsepersonell på ulike nivåer i helsevesenet ønsker også å samarbeide med fastlegene, men det kan ofte være vanskelig for fastlegene å imøtekomme dette da de har behov for å gjøre strenge prioriteringer i en travel hverdag med lange pasientlister og ulike pasientgrupper (Steihaug, 2017).

Fastlegene i min studie fortalte at det ofte var mye annet enn risiko for videre diabetes som var i fokus når kvinnen kom på første legetime etter fødsel. Da var det som regel selve fødselen, amming og prevensjon som ble diskutert. En fastlege fortalte også at han nok ofte hadde mer fokus på blodprøver og tall enn å snakke med pasienten om livsstil. Det var noe annerledes dersom det var åpenbare ting å ta tak i da, slik som mangel på vektnedgang etter fødsel. En annen fastlege fortalte at det ikke alltid var så lett å fange opp hva som var behovet hvis det ikke kom fram noen spesifikke anbefalinger for oppfølgingen i en epikrise fra sykehuset.

Helsearbeidere opplever at det er mange utfordringer i forhold til tilbud som gir en sammenhengende behandlingsvei fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjenesten etter fødsel (Timm et al., 2021). Diabetessykepleierne i min studie fortalte også at for de fleste kvinnene ble oppfølgingen på sykehuset avsluttet uten noe mer kontakt enn en epikrise fra sykehuset til fastlegen med beskjed om kontroll av HbA1c fire måneder etter fødsel.

Sharma og kollega (2021) beskriver også i sin studie at det er behov for en bedre organisert oppfølging etter fødsel i helsetjenesten generelt (Sharma et al., 2021).

Utfordringer med kommunikasjon og den fysiske avstanden mellom sykehus og primærhelsetjeneste gjør det vanskelig med overføringen av informasjon mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig samarbeid er utfordrende både på grunn av at de ulike helseprofesjonene har forskjellig målsetning, ikke tilstrekkelige retningslinjer for behandlingsvei og fysisk adskilte arbeidsområder (Timm et al., 2021)

I helsetjenesten blir kvinner med SVD vanligvis overført fra jevnlig oppfølging i team bestående av diabetessykepleier, endokrinolog, fødselslege og ernæringsfysiolog gjennom svangerskapet til en mer sporadisk (hvis noen i det hele tatt) oppfølging hos fastlege etter fødsel. Mange studier har undersøkt prosessen med testing for diabetes etter svangerskapet og rådgivning av kvinner med tidligere SVD i helsevesenet og vist at denne oppfølgingen ikke skjer rutinemessig. Til tross for bevis på at strukturerte livsstiltak kan forebygge eller utsette utvikling av diabetes for denne målgruppa er det flere utfordringer i forsøk på å implementere og videreføre dette i virkeligheten og i hverdagslivet (Kragelund Nielsen et al., 2018)

Funnene i min studie viste at det også er viktig hva som skjer generelt i samfunnet i forhold til forebygging. En av fastlegene pekte på at ikke alt kunne dreie seg om hva en kunne tilby av individuell forebygging, men at også samfunnsmessige tiltak med sykkelstier og prisen på sunne matvarer måtte vektlegges. Det burde for eksempel være billigere og enklere å velge grønnsaker framfor søtsaker.

Bedre kosthold, mosjon og vektreduksjon kan redusere antall nye tilfeller av type 2-diabetes (Stene & Gulseth, 2021) Det er allikevel en utfordring å finne ut hvilke tiltak som er mest effektive for å skape livsstilsendringer og som er praktisk gjennomførbare på befolkningsnivå.



Stene & Gulseth (2021) viser til en studie der det ble gjennomførte en rekke tiltak i en bydel i Oslo, som for eksempel opplyste stier, organiserte treningsgrupper og informasjonsplakater. Tre år senere hadde tiltakene gitt resultater som økt fysisk form og redusert vektøppgang hos de som deltok i studien. Konklusjonen fra studien var at det kan være mulig å bremse vektøkningen med befolkningsrettede tiltak, men at dette krever koordinert og målrettet innsats fra alle relevante aktører (Stene & Gulseth, 2021).

## 7 Oppsummering og konklusjon

Målet med denne studien var å få ny kunnskap på hvordan oppfølgingen av kvinner med gjennomgått SVD er i dag og hvilke tiltak kvinnene, diabetessykepleierne og fastlegene skulle ønske det var mulig å tilby. Dette med tanke på forebygging av risiko for videre utvikling av diabetes type 2 senere i livet.

Resultatene viser til flere utfordringer med oppfølgingen etter fødsel slik retningslinjene er pr i dag og presenterer kvinner med gjennomgått SVD, diabetessykepleiere og fastleger sine refleksjoner om hvordan oppfølging av disse kvinnene kunne se ut. Studiens funn støtter funn fra tidligere internasjonal og nasjonal forskning på oppfølging av kvinner med tidligere SVD. Kvinnene opplever utfordring med å huske timebestilling hos fastlegen for kontroll etter fødsel, og ønsker en påminnelse. Fastlegene ser det hverken om sin oppgave å sørge for innkalling av folk til kontroll eller har kapasitet til å gjøre dette. Diabetessykepleierne tenker at oppfølging etter fødsel i spesialisthelsetjenesten kan få et preg av «sykeliggjøring» av kvinner som i utgangspunktet er friske og ser for seg en oppfølging bør være på kommunalt plan og mer på hjemmebane til kvinnene.

Felles for dem alle - kvinnene, diabetessykepleierne og fastlegene, er at de foreslår at oppfølging og videre veiledning av livsstilsendring bør utføres av helsesykepleier eller jordmor på helsestasjonen. Alle tre gruppene påpeker at kvinnene er på helsestasjonen med sine barn og at dette er en mulighet for å snakke med kvinnene samtidig. En funksjon med sykepleierdrevet poliklinikk på fastlegekontorene eller oppfølging hos frisklivssentralen er også nevnt som andre alternativer.

## 7.1 Studiens funn sett i et folkehelseperspektiv

Med bakgrunn i den store økningen i forekomsten av diabetes type 2 og behov for å vurdere risikoen kvinner med tidligere SVD har for å utvikle diabetes type 2 senere i livet er det viktig med bevissthet på forebygging hos denne gruppen. Resultatene fra min studie indikerer at oppfølging av kvinner med tidligere SVD ikke kun bør dreie seg om kontroll av HbA1c/blodsukker, men også om innholdet tilbud på oppfølging av livsstilsendringer. Livsstilendringer tar tid og kvinnene ønsker seg støtte og hjelp i en periode der det er mye annet å ha fokus på.

Resultater fra min studie indikerer at forebygging av livsstilssykdommer bør være et samfunnsmessig tiltak og innføres på et nivå som treffer bredt i befolkningen, og kan ikke legges til fastlegeordningen med innkalling til kontroller. Et mer målrettet folkehelsearbeid rettet mot tverrfaglig samarbeid mellom fagområdene i helsetjenesten vil være et sentralt i denne sammenheng.

## 7.2 Veien videre

Denne masterstudien har hatt et begrenset antall deltakere og funnene er derfor ikke generaliserbare. Den gir allikevel økt forståelse på hvilke utfordringer vi har i forhold til oppfølging av kvinner med tidligere SVD og hvordan en videre skal ta tak i dette med tanke på forebygging av diabetes type 2 ville det for eksempel være nyttig med kvantitative studier med diabetessykepleier, jordmor og/eller helsesykepleier. Funn fra min studie viste også at konteksten rundt kvinnene er med på å påvirke kvinnenes kapasitet til å ta vare på helsen etter fødsel og så vi kunne også trenge case studier av familien rundt kvinnen.

## 8 Referanser

- Abraham, C., Conner, Mark, Jones, Fiona, & O'Connor, Daryl. (2016). *Health psychology* (2nd ed.). : Routledge.
- Balaji, B., Ranjit Mohan, A., Rajendra, P., Mohan, D., Ram, U., & Viswanathan, M. (2019). Gestational Diabetes Mellitus Postpartum Follow-Up Testing: Challenges and Solutions. *Canadian Journal of Diabetes*, 43(8), 641–646.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.04.011>
- Bengtson, A. M., Ramos, S. Z., Savitz, D. A., & Werner, E. F. (2021). Risk factors for progression from gestational diabetes to postpartum type 2 diabetes: A review. *Clinical obstetrics and gynecology*, 64(1), 234–243.  
<https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000585>
- Bernstein, J. A., Quinn, E., Ameli, O., Craig, M., Heeren, T., Lee-Parritz, A., Iverson, R., Jack, B., & McCloskey, L. (2017). Follow-up after gestational diabetes: A fixable gap in women's preventive healthcare. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 5(1), e000445. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2017-000445>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). University Press.
- Eades, C. E., Styles, M., Leese, G. P., Cheyne, H., & Evans, J. M. (2015). Progression from gestational diabetes to type 2 diabetes in one region of Scotland: An observational follow-up study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 11.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0457-8>
- Green, A., Callaway, L., McIntyre, H. D., & Mitchell, B. (2020). Diagnosing and providing initial management for patients with Gestational Diabetes: What is the General

- Practitioner's experience? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 166, 108290.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108290>
- Helsedirektoratet. (2022, januar 10). *Svangerskapsdiabetes. Diagnostikk og tiltak for å finne uoppdaget diabetes og svangerskapsdiabetes*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>
- Helsenorge. (2018, oktober 29). *Svangerskapsdiabetes*.  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/svangerskapsdiabetes/>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.  
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919843770602202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Johannessen, A.-K., Lurås, H., & Steihaug, S. (2013). The role of an intermediate unit in a clinical pathway. *International Journal of Integrated Care*, 13(1).  
<https://doi.org/10.5334/ijic.859>
- Khan, M. A. B., Hashim, M. J., King, J. K., Govender, R. D., Mustafa, H., & Kaabi, J. A. (2019). Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(1), 107–111.  
<https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
- Kragelund Nielsen, K., Groth Grunnet, L., Terkildsen Maindal, H., & the Danish Diabetes Academy Workshop and Workshop Speakers. (2018). Prevention of Type 2 diabetes after gestational diabetes directed at the family context: A narrative review from the Danish Diabetes Academy symposium. *Diabetic Medicine*, 35(6), 714–720.  
<https://doi.org/10.1111/dme.13622>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991512949414702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Oliver, P. (2010). *The student's guide to research ethics* (2nd ed.). Open University Press.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Sage.
- Sharma, A., Birkeland, K. I., Neramo, I., Qvigstad, E., Tran, A. T., Gulseth, H. L., Sollid, S. T., Wium, C., & Varsi, C. (2021). Understanding mechanisms behind unwanted health behaviours in Nordic and South Asian women and how they affect their gestational diabetes follow-ups: A qualitative study. *Diabetic Medicine*, 38(10), e14651. <https://doi.org/10.1111/dme.14651>
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 205–215. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06>
- Stene, L. C. M., & Gulseth, H. L. (2021). *Diabetes*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Svensson, L., Nielsen, K. K., & Maindal, H. T. (2018). What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 756–764. <https://doi.org/10.1111/scs.12506>
- Thurston, M. (2014). *Key themes in public health*. Routledge.
- Timm, A., Nielsen, K. K., Christensen, U., & Maindal, H. T. (2021). Healthcare

- Professionals' Perspectives on the Cross-Sectoral Treatment Pathway for Women with Gestational Diabetes during and after Pregnancy—A Qualitative Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), Art. 4. <https://doi.org/10.3390/jcm10040843>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Toft, J. H., Økland, I., & Risa, C. F. (2021). Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian primary health care: A qualitative study. *BJGP Open*, BJGPO.2021.0104. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0104>
- Van Ryswyk, E., Middleton, P., Shute, E., Hague, W., & Crowther, C. (2015). Women's views and knowledge regarding healthcare seeking for gestational diabetes in the postpartum period: A systematic review of qualitative/survey studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 110(2), 109–122. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.09.010>
- Vounzoulaki, E., Khunti, K., Abner, S. C., Tan, B. K., Davies, M. J., & Gillies, C. L. (2020). Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1361. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1361>
- Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (1. utgave.). Gyldendal.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/60968/retrieve>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (Sixth edition.). SAGE.
- Aagaard, K. A., Al-Far, H. M., Piscator, U., Krogh, R. A., & Lauszus, F. F. (2020). Manifest diabetes after gestational diabetes: A double-cohort, long-term follow-up in a Danish population. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(5), 1271–1278. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05669-1>

## Vedlegg 1 – godkjenning fra NSD

Vurdering

### **Referansenummer**

955893

### **Type**

Standard

### **Dato**

14.10.2022

### **Prosjekttittel**

Forebygging av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

### **Prosjektansvarlig**

Hege Eikeland Tjomsland

### **Student**

Britt Laila Bogfjelldal Helseth

### **Prosjektperiode**

01.02.2022 - 31.12.2022

### **Kategorier personopplysninger**

- Alminnelige



- Særlige

### **Rettslig grunnlag**

- Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 31.12.2022.

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakere til intervju  
(kvinner)

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***«Forebygging av Type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes»?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan type 2-diabetes kan forebygges hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne studien er å finne noen svar som kan peke på hvilke faktorer som kan være vanskelig med forebygging, hvilke utfordringer kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes eventuelt har i forhold til risikoen for videre utvikling av diabetes og hvilke utfordringer er det for helsepersonell som skal bistå kvinnene med dette. Det er altså ikke svangerskapsdiabetes som skal studeres, men fokus vil ligge på tiden etterpå og hvordan videre utvikling av diabetes kan unngås.

Problemstillinger/forskningsspørsmål i denne studien vil i hovedsak være «Hvordan kan oppfølgingen av kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes være for å redusere risiko for videre utvikling til Type 2-diabetes?»

Dette er et prosjekt som inngår i min masteroppgave på studiet «Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner»

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta på bakgrunn av tidligere svangerskapsdiabetes for 6 måneder til 7 år siden. Det er kvinner som er bosatt i en kommune i Innlandet Fylke som får denne henvendelsen.

Du får henvendelsen gjennom en bekjent av deg som bringer henvendelsen videre gjennom en bekjent av meg.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju der jeg stiller noen spørsmål som gir deg rom for egne vurderinger – såkalt åpne spørsmål. Spørsmålene vil dreie seg om hva du tenker rundt risiko for utvikling av diabetes, hvilke utfordringer du ser for deg, hva du tenker om oppfølging og hva som er viktig for deg i alt dette. Intervjuet vil vare ca 20 min.

Jeg vil gjøre avtale med deg direkte hvor og hvordan intervjuet skal gjennomføres. Jeg tar opp samtalen/intervjuet vårt på lydopptak for å kunne få med meg alt som blir sagt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være meg og min veileder som har tilgang til personopplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data og datamaterialet lagres på Høgskolens forskningsserver.

Det er jeg som samler inn all data, bearbeider dem og lagrer dem. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av dette prosjektet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av mai 2022. Etter prosjektslutt vil lydopptakene og personopplysningene slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?** Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved Hege Eikeland Tjomsland, [hege.eikeland.tjomsland@hvl.no](mailto:hege.eikeland.tjomsland@hvl.no) (prosjektansvarlig/veileder) eller Britt Laila Bogfjelldal Helseth, [laibog@hotmail.com](mailto:laibog@hotmail.com) (student).
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
Hege Eikeland Tjomsland

Britt Laila Bogfjelldal Helseth

Forsker/veileder

Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Forebygging av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *individuell intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakere til intervju  
(diabetessykepleiere)

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **«Forebygging av Type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan type 2-diabetes kan forebygges hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne studien er å finne noen svar som kan peke på hvilke faktorer som kan være vanskelig med forebygging, hvilke utfordringer kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes eventuelt har i forhold til risikoen for videre utvikling av diabetes og hvilke utfordringer er det for helsepersonell som skal bistå kvinnene med dette. Det er altså ikke svangerskapsdiabetes som skal studeres, men fokus vil ligge på tiden etterpå og hvordan videre utvikling av diabetes kan unngås.

Problemstillinger/forskningsspørsmål i denne studien vil i hovedsak være «Hvordan kan oppfølgingen av kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes være for å redusere risiko for videre utvikling til Type 2-diabetes?»

Dette er et prosjekt som inngår i min masteroppgave på studiet «Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner»

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om deltagelse i studien fordi du er ansatt ved Sykehuset Innlandet, avdeling Lillehammer, Hamar, Gjøvik, Elverum eller Tynset og jobber med diabetes ved en av poliklinikkene. Jeg henvender meg til de diabetessykepleiere som har jobbet med svangerskapsdiabetes i ett eller flere år.

Jeg henvender meg direkte til deg på bakgrunn av kjennskap til din stilling/ansettelse ved poliklinikken.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju der jeg stiller noen spørsmål som gir deg rom for egne vurderinger – såkalt åpne spørsmål. Temaet i spørsmålene dreier seg om hva du tenker rundt risiko for utvikling av type 2-diabetes etter gjennomgått svangerskapsdiabetes, hvilke utfordringer du ser for deg disse kvinnene har, hvilke tanker du har om den videre oppfølgingen de har etter svangerskapet og hva som kan være viktige faktorer i oppfølgingen. Intervjuet vil vare ca 20 min. Jeg vil gjøre avtale med deg direkte hvor intervjuet skal gjennomføres. Jeg tar opp samtalen/intervjuet vårt på lydopptak for å kunne få med meg alt som blir sagt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være meg og min veileder som har tilgang til personopplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data og datamaterialet lagres på Høgskolens forskningsserver.

Det er jeg som samler inn all data, bearbeider dem og lagrer dem. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av dette prosjektet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av mai 2022. Etter prosjektslutt vil lydopptakene og personopplysningene slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.**

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved Hege Eikeland Tjomsland, [hege.eikeland.tjomsland@hvl.no](mailto:hege.eikeland.tjomsland@hvl.no) (prosjektansvarlig/veileder) eller Britt Laila Bogfjelldal Helseth, [laibog@hotmail.com](mailto:laibog@hotmail.com) (student).
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no)



Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
Hege Eikeland Tjomsland

Britt Laila Bogfjelldal Helseth

Forsker/veileder

Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Forebygging av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *individuell intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakere til intervju  
(fastleger)

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **«Forebygging av Type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan type 2-diabetes kan forebygges hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne studien er å finne noen svar som kan peke på hvilke faktorer som kan være vanskelig med forebygging, hvilke utfordringer kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes eventuelt har i forhold til risikoen for videre utvikling av diabetes og hvilke utfordringer er det for helsepersonell som skal bistå kvinnene med dette. Det er altså ikke svangerskapsdiabetes som skal studeres, men fokus vil ligge på tiden etterpå og hvordan videre utvikling av diabetes kan unngås.

Problemstillinger/forsknings spørsmål i denne studien vil i hovedsak være «Hvordan skal oppfølgingen av kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes være for å bidra til redusere risiko for videre utvikling til Type 2-diabetes?»

Dette er et prosjekt som inngår i min masteroppgave på studiet «Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner»

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om deltagelse i studien fordi du jobber som fastlege i en av kommunene i Innlandet Fylke. Jeg henvender meg til deg som har hatt fastlegepraksis i ett år eller lengre og har/har hatt pasienter med svangerskapsdiabetes.

Invitasjonen til deltagelse i studien skjer gjennom min henvendelse til fastlegekontoret du er ansatt ved.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju der jeg stiller noen spørsmål som gir deg rom for egne vurderinger – såkalt åpne spørsmål. Temaet i spørsmålene dreier seg om hva du tenker rundt risiko for utvikling av type 2-diabetes etter gjennomgått svangerskapsdiabetes, hvilke utfordringer du ser for deg disse kvinnene har, hvilke tanker du har om den videre oppfølgingen de har etter svangerskapet og hva som kan være viktige faktorer i oppfølgingen. Intervjuet vil vare ca 15 min. Jeg vil gjøre avtale med deg direkte hvor intervjuet skal gjennomføres. Jeg tar opp samtalen/intervjuet vårt på lydopptak for å kunne få med meg alt som blir sagt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være meg og min veileder som har tilgang til personopplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data og datamaterialet lagres på Høgskolens forskningsserver.

Det er jeg som samler inn all data, bearbeider dem og lagrer dem. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av dette prosjektet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av mai 2022. Etter prosjektslutt vil lydopptakene og personopplysningene slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.**

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved Hege Eikeland Tjomsland, [hege.eikeland.tjomsland@hvl.no](mailto:hege.eikeland.tjomsland@hvl.no) (prosjektansvarlig/veileder) eller Britt Laila Bogfjelldal Helseth, [laibog@hotmail.com](mailto:laibog@hotmail.com) (student).
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
Hege Eikeland Tjomsland

Britt Laila Bogfjelldal Helseth

Forsker/veileder

Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Forebygging av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *individuell intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 5 - Intervjuguide for samtale med kvinne med tidligere GDM

Innledning:

Presentere meg selv

Informere litt om prosjektet, hvordan jeg vil bruke datamaterialet og hva som skjer med det etter at prosjektet er avsluttet

Informere om anonymitet og retten til å trekke seg fra intervjuet

Antyde hvor lenge intervjuet vil vare

1. Aller først litt om deg selv. Er du i jobb/utdanning, arbeidssøker eller hjemme med barn?  
Driver du med noe på fritiden? Har du flere barn? Er det flere voksne i familien? Hvor lenge er det siden du hadde SD?
2. Introdusering av tema med litt informasjon om nyeste forskning og økning på forekomst av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere SD
  - Hva tenker du om den informasjonen du fikk? Var det noe som overrasket deg?
  - Hvordan oppfatter du dette med økt risiko for utvikling av diabetes etter gjennomgått svangerskapsdiabetes?
3. Overgangsspørsmål
  - Kan du fortelle litt om din erfaring fra perioden med svangerskapsdiabetes?
  - Hvordan opplever du at veiledningen og rådene du fikk har påvirket deg?
  - Hvordan opplevde du støtten fra helsepersonell i perioden med svangerskapsdiabetes?
4. Hovedspørsmål
  - Hvordan er det i din situasjon - har du vært til kontroll av blodsukkernivå hos fastlegen etter fødsel?

- Hvem tok den første kontakten?
- Hvis nei – hvorfor ikke? Hva har vært vanskelig med dette?
- Hva tenker du er viktig i forhold til dine muligheter for å forebygge diabetes?
- Hva har du eventuelt savnet av oppfølging i tiden etter fødselen?
- Hvis du fikk bestemme, hvordan mener du oppfølgingen bør være for å ivareta dine muligheter for å forebygge diabetes i årene etter fødselen?

## Vedlegg 6 - Intervjuguide for samtale med diabetessykepleier

Først litt innledningsvis – hvor lenge har du jobbet med diabetes? Har du jobbet like lenge med svangerskapsdiabetes?

Basert på informasjonen fra disse studiene – Hvordan ser du på muligheten for disse kvinnene til å redusere risiko for videre utvikling av dia.2?

Innledning:

Presentere seg selv

Informere litt om prosjektet, hva jeg kommer til å stille spørsmål om, hvordan jeg vil bruke datamaterialet og hva som skjer med det etter at prosjektet er avsluttet

Anonymitet og informasjon om retten til å trekke seg fra intervjuet

Antyde hvor lenge intervjuet vil vare

Først litt informasjon om bakgrunnen for denne studien. Introdusering av tema med litt informasjon på hva forskning sier om økning og forekomst av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes

4. Erfaringer med....

- Hva er din erfaring med SD?
- Hvordan blir kvinnene fulgt opp i praksisen din? Bestiller de time selv eller er det du som kaller dem inn?
- Hva synes du er viktig å fokusere på i oppfølgingen?



- Snakker du med pasientene dine om vekt?
- Hva tenker du om kvinnenes risiko for utvikling av diabetes i årene etter svangerskapet?
- Hvordan ser du på muligheten for forebygging av type 2-diabetes hos disse kvinnene?

(ved evt lite svar, negativt svar osv : vil du fortelle litt om hvorfor du tror det er slik)

5. Ideelt sett.....

- Ideelt sett - Hvordan ser du for deg en fremtidig oppfølging av kvinner med tidligere GDM?
- Hvilke barrierer eller hindrer kan det være for å gjennomføre dette?

6. I forhold til hverdagens realiteter.....

- I en studie forteller kvinner med tidligere GDM blant annet at de ønsker seg en tettere oppfølging etter fødselen. Hvordan ser du for deg at dette kan gjøres i praksisen din?

## Vedlegg 7 - Intervjuguide for samtale med fastlege

Innledning:

Presentere seg selv

Informere litt om prosjektet, hva jeg kommer til å stille spørsmål om, hvordan jeg vil bruke datamaterialet og hva som skjer med det etter at prosjektet er avsluttet

Anonymitet og informasjon om retten til å trekke seg fra intervjuet

Antyde hvor lenge intervjuet vil vare

Først litt informasjon om bakgrunnen for denne studien. Introdusering av tema med litt informasjon på hva forskning sier om økning og forekomst av type 2-diabetes hos kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes

Erfaringer med....

- Hva er din erfaring med SD?
- Hvordan blir kvinnene fulgt opp i praksisen din? Bestiller de time selv eller er det du som kaller dem inn?
- Hva synes du er viktig å fokusere på i oppfølgingen?
- Snakker du med pasientene dine om vekt?
- Hva tenker du om kvinnenes risiko for utvikling av diabetes i årene etter svangerskapet?
- Hvordan ser du på muligheten for forebygging av type 2-diabetes hos disse kvinnene?

(ved evt lite svar, negativt svar osv : vil du fortelle litt om hvorfor du tror det er slik)

Ideelt sett.....

- Ideelt sett - Hvordan ser du for deg en fremtidig oppfølging av kvinner med tidligere GDM?
- Hvilke barrierer eller hindrer kan det være for å gjennomføre dette?

I forhold til hverdagens realiteter.....

- I en studie forteller kvinner med tidligere GDM blant annet at de ønsker seg en tettere oppfølging etter fødselen. Hvordan ser du for deg at dette kan gjøres i praksisen din?