

Anbefalinger til forandring af en
ambulant hospitalsintervention
målrettet kvinder med
GRAVIDITETSSUKKERSYGE



Udarbejdet af specialegruppen: 22gr10306

Maria Søndergård Krogh, Louise Sjørring Kjærsgaard og Stine Krushave Andersen

Specialevejleder: Helle Haslund-Thomsen

4. semester, Aalborg Universitet

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Kandidat i folkesundhedsvidenskab

Antal anslag med mellemrum: 252.815

Forord

Dette speciale på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, er udarbejdet i perioden 4. februar 2022 til 1. juni 2022 af Stine Krushave Andersen, Maria Søndergård Krogh og Louise Sjørring Kjærsgaard.

Vi vil i den forbindelse gerne sige tak til dem, der har været en støtte i processen for os hver især. Først og fremmest en tak til vores vejleder Helle Haslund-Thomsen for konstruktiv vejledning der har bidraget til refleksioner og en lærerig proces. Ligeledes skal en tak lyde til ambulatoriet på Aalborg Universitets hospital, for et godt samarbejde og blandt andet hjælp til rekruttering af informanter. Derudover tak til bibliotekar og informationsspecialist Jette Thise Pedersen for kyndig vejledning i systematisk litteratursøgning. Slutteligt en tak til de mennesker i vores omgangskreds der har støttet os i en travl periode.

Resumé

Titel: Anbefalinger til forandring af en ambulant hospitalsintervention målrettet kvinder med graviditetssukkersyge.

Formål: Formålet med projektet er at forbedre den nuværende indsats på et hospitalsambulatorium til kvinder med gestationel diabetes mellitus (GDM) under graviditeten, med henblik på at øge handlekompetencer og derigennem at øge kvindernes livskvalitet.

Metode: Projektet er videnskabsteoretisk forankret i kritisk realisme og tager udgangspunkt i MRC-modellen, understøttet af INDEX-guidance med henblik på at videreudvikle og finde frem til forandringsforslag til praksis. Resultaterne er baseret på semistrukturerede interviews af seks gravide kvinder med GDM. Interviewguiden er udarbejdet med inspiration fra realistiske interviews, for herudfra at kunne identificere hæmmende og fremmende mekanismer for at øge handlekompetencer blandt kvinder med GDM og derigennem fremme livskvaliteten. Praksis har hjulpet med rekruttering af informanter. Ydermere er der foretaget en systematisk litteratursøgning i fire forskellige databaser, PubMed, Embase, Cinahl og PsycNet, med henblik på at undersøge hvilke hæmmende og fremmende mekanismer som forskningslitteraturen præsenterer, for at øge handlekompetencerne hos kvinderne. Herudfra blev 6 artikler identificeret relevante og analyseret. Både artikler og interviews er analyseret med inspiration fra Braun og Clarkes tematiske analyse. Analyseresultaterne er ligeledes anvendt til raffinering af projektets programteori.

Resultater: Projektets analyse resulterede i fem mekanismer, der kan være fordelagtige for praksis at aktivere, herunder 'individuel inddragelse', 'støtte', 'chok over diagnosen', 'planlægning og strukturering' samt 'engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer, indsigt'. 1. for at aktivere individuel inddragelse, rådes praksis at gøre brug af Vibis' (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet) anbefalinger herfor. 2. ydermere anbefales praksis at anvende Fundamental of Care Frameworket, for derved på kort tid at danne en relation, støtte kvinden og reducere chok over diagnosen. Derudover anbefales praksis at inddrage partneren i samtalerne, da denne udgør en stor støtte for kvinden. 3. Desuden anbefales det, at sundhedspersonalet udarbejder en action plan og en coping plan, hvor adfærden konkretiseres og specificeres og hvor der tages højde for eventuelle barrierer. 4. Slutteligt anbefales det at have fokus på handling, deltagelse og viden og deraf integrere elementer af målgruppens egne handlinger og erfaringer i vejledningen og ydermere opdatere den nuværende pjece med viden herunder adfærdsændring og slutteligt anvende SMART-Modellen. Projektets analyse indikerer, at disse forandringsforslag kan medføre øget handlekompetencer og øget livskvalitet for kvinderne.

Konklusion: Projektet bidrager således med fire forandringsforslag, der udmønter sig i ni anbefalinger til praksis, der kan bidrage til, at kvinder med GDM opnår øgede handlekompetencer og deraf øget livskvalitet, som samtidig kan reducere forekomsten af utilsigtede konsekvenser.

Abstract

Title: Recommendations for improvement for an outpatient hospital intervention aimed at women with gestational diabetes.

Purpose: The purpose of this project is to improve the current intervention at an outpatient hospital for women with gestational diabetes mellitus (GDM) during pregnancy, with the specific aim of enhancing action competences and thereby enhancing quality of life among the women.

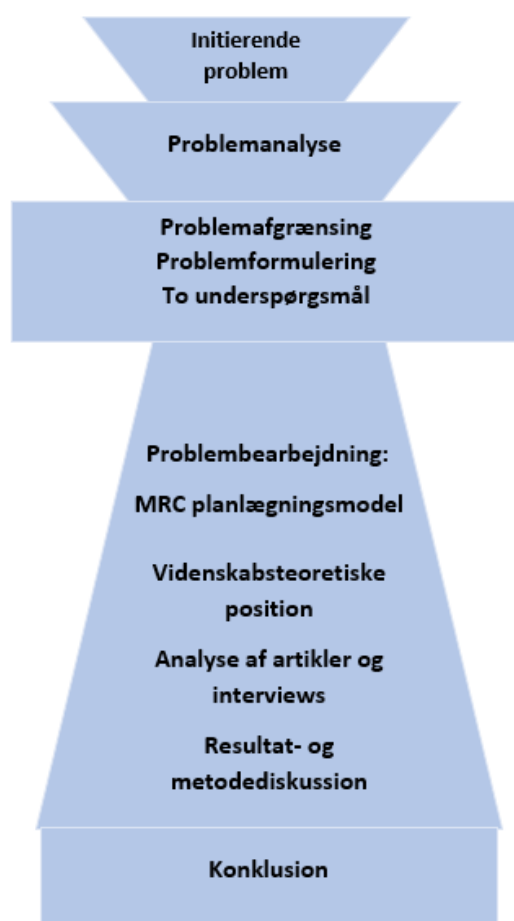
Methods: The project theory of science is embedded in critical realism and the development of the intervention is inspired by the MRC-model and assisted by the INDEX-Guidance with the intention of determining possible recommendations for improvement for the outpatient hospital. The results are based on semi structured interviews of six pregnant women diagnosed with GDM, completed with inspiration from realistic interviews and hereby identifying barriers and facilitators for increasing action competences and quality of life. The outpatient hospital has assisted with recruitment of the participants. There is furthermore carried out a systematic literature search in four databases, PubMed, Embase, Cinahl and PsycNet, with the intention of examining barriers and facilitators that according to the research literature can enhance action competences among women with GDM. The systematic literature search resulted in identification of six relevant articles. The articles and the interviews are both analysed with inspiration from Braun and Clarkes thematic analysis. The results of the analysis is furthermore used to refine the program theory of the project.

Results: The analysis found five mechanisms, that may benefit the outpatient hospital, including 'individual involvement', 'support', 'shock over the diagnosis', 'planning and structure' and 'involvement, vision, critical sense, insight, experience of actions'. 1. The advice to activate the mechanism 'individual involvement', is to use recommendations from Vibis for involvement (Danish center for user involvement). 2. It is furthermore recommended to use the Fundamental of Care Framework and thereby, being able to form a relationship, in a short time, which can lead to 'support' for the woman and reduce the 'shock over the diagnosis'. Additionally, it is recommended to involve the partner in the consultations, because the partner is a big support for the woman. 3. It is recommended that the health care personnel compose an action plan and a coping plan, where behaviour is specified and where possible barriers is taken into account, to help the woman with 'planning and structure'. 4. Finally, it is recommended that focusing on action, participation and knowledge and thereby incorporating elements of the target groups own actions and experiences in the counselling and furthermore updating the present pamphlet with knowledge, comprising behavioural change and finally using the SMART-model. The projects analysis indicates that the suggestions of change can lead to enhanced action competences and enhanced quality of life for the women.

Conclusion: The project thereby contributes with 4 recommendations of improvement, that can lead to women enhancing their action competences and hereby their quality of life, which concomitant can reduce the occurrence of unanticipated consequences.

Læsevejledning til projektet

Designet i dette speciale tager afsæt i “Aalborg-modellen” (Aalborg Universitet, 2015), da denne model benævner elementer, som er væsentlige at inkludere i problembaseret projektarbejde, herunder relevante afsnit, rækkefølgen heraf og den indbyrdes sammenhæng. Afsættet skaber således overblik og gennemsigtighed, samt understøtter gruppemedlemmernes bestræbelser på at opfylde specialets læringsmål og krav. I figuren nedenfor ses specialets opbygning med afsæt i Aalborg-modellen.



Figur af specialets struktur med afsæt i Aalborg-modellen

I specialets første afsnit udfoldes et initierende problem, der danner baggrund for problemanalysen, hvori specialets problemfelt udspecificeres og analyseres. Denne analyse ender ud i en problemafgrænsning, samt udformning af en relevant problemformulering med

to tilhørende underspørgsmål. Problemformuleringen bliver efterfølgende styrende for specialets metodologiske valg, hvor der i næste afsnit, problembearbejdning, bliver præsenteret valg af planlægningsmodel og videnskabsteoretiske position. I samme afsnit redegøres og argumenteres der ydermere for analysen af den systematiske litteratursøgning og kvalitative interviews og de fundne resultater. På baggrund af resultatfund udarbejdes der forandringsforslag til forbedring af en indsats på et hospitalsambulatorium med fokus på kvinder med GDM. Slutteligt diskuteres de fundne resultater, valg af metode, som ender ud i en samlet konklusion.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem.....	1
2.0 Problemanalyse.....	3
2.1 Begrebsafklaring af sundhedsfremme og forebyggelse.....	3
2.2 Begrebsafklaring af livskvalitet.....	4
2.3 Begrebsafklaring af brugerinddragelse og individuel inddragelse.....	5
2.4 Udarbejdelse af speciale i samarbejde med praksiskontakt på Aalborg Universitetshospital.....	5
2.5 Hvad er gestationel diabetes mellitus?.....	6
2.6 Socioøkonomiske determinanternes betydning for udvikling af gestationel diabetes.....	7
2.6.1 Individuelle risikofaktorer.....	9
2.6.2 Sociale risikofaktorer.....	10
2.6.3 Samfundsmæssige risikofaktorer.....	10
2.7 Socioøkonomiske konsekvenser som følge af gestationel diabetes.....	11
2.7.1 Individuelle konsekvenser af gestationel diabetes.....	11
2.7.2 Sociale konsekvenser af gestationel diabetes.....	12
2.7.3 Samfundsmæssige konsekvenser af gestationel diabetes.....	13
2.8 Faktorer der kan påvirke indsatsen på AAUH.....	14
2.8.1. Handlekompetencer og støtte.....	15
2.8.2 Motivation.....	16
2.8.3 Konsekvenser i efterforløbet grundet manglende inddragelse i behandlingen.....	17
2.8.4 Vidensdimensioner og sundhedsbegrebet.....	17
2.8.5 Utsigtede konsekvenser af AAUHs forebyggende indsats mod gestationel diabetes.....	19
2.9 Gestationel diabetes er et komplekst problem.....	20
3.0 Sammenhængen mellem handlekompetencer og livskvalitet.....	21
4.0 Problemafgrensning.....	23
5.0 Problemformulering.....	24
6.0 Videnskabsteoretisk position.....	25
7.0 Planlægningsmodel.....	27
8.0 Programteori over indsatsen på AAUH.....	30
8.1 Programteoriens kontekst: Sundhedspersonale.....	32

8.2 Programteoriens kontekst: Kvinden med GDM.....	33
8.3 Programteoriens kontekst: Socialt netværk.....	33
9.0 Metode	34
9.1 Litteratursøgning.....	34
9.1.1 Indledende søgning	34
9.1.2 Valg af databaser.....	35
9.1.3 Søgestrategi i den systematiske litteratursøgning.....	35
9.1.4 Udvælgelse af videnskabelige studier	37
9.1.5 Kvalitetsvurdering af de udvalgte studier	38
9.1.6 Analyse af de udvalgte studier.....	39
9.2 Læggerspektivets syn på virksomme mekanismer relateret til handlekompetencer og livskvalitet	40
9.2.1 Rekruttering af informanter	40
9.2.2 Udformning af interviewguide	41
9.2.3 Gennemførelse af interviews.....	42
9.2.4 Transskribering af interviews	44
9.2.5 Analysestrategi.....	45
9.2.6 Ethiske overvejelser.....	46
10 Resultater og analyse.....	47
10.1 Processen i analysen af artikler og kvalitative interviews.....	47
10.2 Hæmmende og fremmende mekanismer for handlekompetencer blandt kvinder med GDM ifølge forskningslitteraturen.....	47
10.2.1 Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer	56
10.2.2 Kvinde med GDM	60
10.2.3 Socialt netværk	63
10.2.4 Utsigtede konsekvenser	65
10.3 Kvindernes syn på indsatsen målrettet kvinder med GDM.....	67
10.3.1 Præsentation af informanter, temaer og underteamer	67
10.3.2 Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer	69
10.3.3 Kvinden med GDM.....	75
10.3.4 Socialt netværk	83
10.3.5 Utsigtede konsekvenser	85
11. Forslag til forandring af en ambulant hospitalsintervention	88
11.1 Individuel inddragelse.....	88
11.2 Støtte og chok over diagnosen.....	90

11.3 Planlægning og strukturering	93
11.4 Indsigt, engagement, vision, handleerfaring og kritisk sans.....	94
11.5 Overvejelser til forandringsforslag.....	98
11.6 Revideret programteori.....	99
12. Diskussion	102
12.1 Resultatdiskussion	102
12.1.1 Individuel inddragelse.....	102
12.1.2 Støtte	104
12.1.3 Planlægning og strukturering	105
12.1.4 Indsigt, engagement, vision, handleerfaring og kritisk sans.....	107
12.2 Metodediskussion	108
12.2.1 MRC- Guidance til interventionsudvikling.....	108
12.2.2 Systematisk litteratursøgning.....	111
12.2.3 Kvalitative interviews.....	112
12.2.4 Ethiske overvejelser forud for implementeringen.....	115
13. Konklusion	119
Referenceliste:	120

1.0 Initierende problem

I Danmark er prævalensen af GDM på 3-5% blandt alle gravide og forekomsten er stigende (Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2021; Videncenter for Diabetes, 2022a). Én af årsagerne til graviditetsdiabetes er overvægt (Sundhedsstyrelsen, 2021), hvorfor den stigende prævalens kan være en indikator på, at antallet stiger parallelt med den eskalerende fedmeepidemi i Danmark (Plows *et al.*, 2018). Det er u hensigtsmæssigt hvis stigningen fortsætter, idet graviditetsdiabetes udgør et folkesundhedsmæssigt problem for både individet, individets sociale netværk og samfundet, der kan resultere i flere fysiske, psykiske og sociale konsekvenser (Clausen *et al.*, 2008; Dasgupta *et al.*, 2015; Panaitescu and Peltecu, 2016; Videncenter for Diabetes, 2022b). Hver anden kvinde der har haft graviditetsdiabetes, udvikler senere i livet type-2 diabetes (Region Syddanmark og De Syddanske Kommuner, 2018), hvilket er en kronisk sygdom med risiko for sen-diabetiske komplikationer (Almås, Stubberud and Randi Grønseth, 2011).

På Aalborg Universitetshospital er der en forebyggende indsats, hvor kvinderne får viden om kost, motion og monitorering af blodsukkeret, der tilsammen skal forhindre de mange senkomplikationer som GDM kan medføre. For kvinderne kræver det ofte mange adfærdsændringer at efterleve hospitalets anbefalinger (Ekspertinterview, 2022). Flere studier viser, at graviditeten, i sig selv, kan være en stressfuld og ressourcekrævende periode, der kan påvirke både kvinderne og familiernes hverdagsliv (Svensson, Kragelund N. and Terkildsen M., 2017; Siahkal *et al.*, 2022). For at kvinderne skal lykkes med adfærdsændringerne, kræver det således besiddelse og anvendelse af handlekompetencer (McLaughlin, 2009; Carolan, 2014), hvilket er et mindre fokuspunkt i praksis.

Desuden er fokus på sundhedsfremmende indsatser begrænset i praksis, herunder sparsomt fokus på at fremme kvindernes livskvalitet, til trods for at denne ifølge Marchetti *et al.*, (2017) påvirkes negativt ved diagnosticering af GDM. Dette viser et behov for at tiltag af mere sundhedsfremmende karakter bliver implementeret. Ydermere er der ikke foretaget brugerinddragende undersøgelser af kvindernes forløb på Aalborg Universitetshospital, hvilket ifølge Videncenter for Brugerinddragelse *et al.*, (2014) kan være u hensigtsmæssigt, da en brugerinddragende undersøgelse kan være med til at øge compliance og livskvalitet, samt reducere morbiditet og mortalitet. Dette skaber derfor incitament for at finde mulige

forandringsforslag i klinisk praksis ud fra en brugerinddragende indsats, der kan øge handlekompetencer og derigennem kvindernes livskvalitet.

2.0 Problemanalyse

Problemanalysen har til formål at undersøge og problematisere indsatsen på Aalborg Universitetshospital, rettet mod kvinder med GDM. Dette med henblik på at fremanalysere områder der ikke er tilstrækkeligt undersøgt og som potentielt kan bidrage til forbedring i indsatsen. Først foretages en begrebsafklaring af vigtige begreber, der anvendes gennem opgaven, hvorefter GDM vil blive analyseret med udgangspunkt i relevant folkesundhedsvidenskabelig forskningslitteratur og teori.

2.1 Begrebsafklaring af sundhedsfremme og forebyggelse

Der findes mange divergerende definitioner af sundhedsfremme og forebyggelse, hvor nogle skelner mellem begreberne, mens andre i højere grad anser dem for synonyme (Dansk Sygeplejeråd, 2006; Vallgård, 2009; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Dette afsnit vil eksplicitere begrebernes kompleksitet og tydeliggøre projektets valg af definitioner.

Sundhedsstyrelsen definerer sundhedsfremme som aktiviteter med det klare formål at fremme folkesundheden gennem aktivering og mobilisering af handlekompetencer og ressourcer (Sundhedsstyrelsen, 2005). Forebyggelse er derimod en tidlig indsats med det sigte at reducere forekomsten af sygdom, funktionsbegrænsning og tidlig død (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014; Socialstyrelsen, 2020).

Eksisterende litteratur viser, at sundhedsfremme kan defineres på utallige måder, hvor Sundhedsstyrelsens definition er et eksempel herpå (Sundhedsstyrelsen, 2005). Definitionen kan ifølge Vallgård (2009) sidestilles med forebyggelse, hvorfor denne ikke anvendes i indeværende projekt, da der ønskes en differentiering af begreberne. Modsat Sundhedsstyrelsen formår Iversen (2002) at adskille forebyggelse og sundhedsfremme fra hinanden, idet han tillægger forebyggelse en negativ side af sundhedsbegrebet, hvor sygdom forsøges elimineret, mens sundhedsfremme er den positive side, der har til formål at øge den positive sundhed (Vallgård, 2009). Desuden er sundhedsfremme ifølge Iversen (2002) den proces, hvis formål er at styrke individers mestring i at udøve kontrol over de faktorer, der har betydning for den

enkeltes sundhed og via disse øge sundheden. Iversen formår at gøre skellet mellem begreberne tydeligere, hvorfor denne definition på sundhedsfremme anvendes i projektet.

Inden for forebyggelse er der lidt større enighed om begrebsafklaring. Foruden at forebyggelse af Iversen sidestilles med den negative side af sundhedsbegrebet (Iversen, 2002) gradbøjes forebyggelse ligeledes til universel, selekteret og indikeret forebyggelse (Holstein *et al.*, 2021). Universel forebyggelse er målrettet hele populationer uanset risiko, hvor selektiv er henvendt individer i særlig risiko for sygdomsudvikling, mens den indikeret forebyggelse har risikogrupper i fokus, for at undgå forværring af sygdomsudvikling (Holstein *et al.*, 2021).

I indeværende projekt ønskes udvikling af en sundhedsfremmende eller forebyggende indsats målrettet kvinder med graviditetsdiabetes. I henhold til ovenstående begrebsafklaring, vil et sundhedsfremmende perspektiv i en indsats til kvinder med graviditetsdiabetes have fokus på trivsel og livskvalitet, mens et forebyggende fokus vil tilsigte at forebygge forværring af sygdom, i form af en selekteret og/eller indikeret tilgang.

2.2 Begrebsafklaring af livskvalitet

For at præcisere hvordan livskvalitet forstås og anvendes i dette speciale, vil begrebet i dette afsnit blive defineret. Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer livskvalitet som:

“An individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”
(WHO, no date).

Ud af denne brede definition kan flere aspekter fremanalyses. Definitionen rummer først og fremmest individets egen subjektive opfattelse af egen position, i forhold til de omgivelser individet eksisterer i. Samtidig er den eksistentiel, idet der er fokus på individets eksistens i livet. Det indebærer mål, forventninger, standarder og bekymringer, som alle kan være eksistentielle spørgsmål, der kan knytte sig til det at eksistere som menneske. Den kontekst mennesket eksisterer i, kan ydermere opfattes som objektiv, idet den fungerer som genstand uafhængigt af, hvad individet mener om denne. Indenfor det sundhedsfaglige område anskues livskvalitet som et multidimensionelt begreb, der rummer aspekter af både fysisk, emotionel

karakter, samt socialt velvære (Jenkinson, no date). Da graviditetsdiabetes influerer på flere dimensioner af kvindernes liv under graviditeten, herunder fysik, emotioner og det sociale netværk (Dasgupta *et al.*, 2015; Scifres *et al.*, 2015; Gascho *et al.*, 2017; Siahkal *et al.*, 2022), er der brug for et begreb der kan rumme alle disse dimensioner, hvorfor der i nærværende projekt anvendes begrebet livskvalitet.

2.3 Begrebsafklaring af brugerinddragelse og individuel inddragelse

Da begreberne brugerinddragelse og individuel inddragelse er tæt beslægtet bliver de defineret i dette afsnit, for at skabe transparens i opgaven.

Definitionen på brugerinddragelse tager udgangspunkt i Videnscenter for Brugerinddragelses definition, der fremgår på Danske Patienters hjemmeside og som beskrives således: *“at give brugere af sundhedsvæsenet indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet og på deres eget forløb og behandling.”* (Danske Patienter, no date, p. 1). Brugerinddragelse findes her på to niveauer policyudvikling og organisationer/institutioner. Ved policyudvikling inddrages generel viden om brugerperspektivet, eksempelvis fra befolkningen hvor holdninger undersøges. Metoderne der her kan anvendes, er f.eks. offentlige borgermøder. Brugerinddragelse på organisatorisk og institutionelt niveau forekommer ved at inddrage brugeroplevelser, f.eks. brugere med kendskab til det område der undersøges. Metoder der her kan anvendes, er blandt andet interviews og observationer (Danske Patienter, no date).

Definitionen af individuel inddragelse tager ligeledes udgangspunkt i Videncenter for Brugerinddragelses definition som lyder: *“at give brugeren indflydelse på sit eget forløb ud fra individuelle behov, præferencer og viden. Det gøres gennem dialog, beslutninger om behandling og pleje og/eller tilrettelæggelse af aktiviteter”* (Danske Patienter, no date, p. 1).

2.4 Udarbejdelse af speciale i samarbejde med praksiskontakt på Aalborg Universitetshospital

I forbindelse med udarbejdelse af specialet, er der etableret praksiskontakt til en ambulant afdeling på Aalborg Universitetshospital (AAUH), hvorfor specialet tager udgangspunkt i

afdelingens indsats til kvinder med GDM. Praksis er bl.a. behjælpelig med rekruttering af informanter til kvalitative interviews, samt informationsgivende angående arbejdsgange på afdelingen. Projektgruppen har i den initierende fase af specialeskrivningen, været brugerinddragende og gennem et uformelt ekspertinterview, afholdt d. 04-03-2022, hvor to ansatte på afdelingen blev interviewet. Interviewguiden bestod af henholdsvis åbne og lukkede spørgsmål, da formålet med interviewet var at indsamle så meget baggrundsviden om indsatsen på afdelingen, som muligt. Interviewguiden til ekspertinterviewet kan ses i bilag 1.

Indledningsvist i indsatsen henvises kvinderne til afdelingen af den læge der har diagnosticeret dem, hvorefter de indkaldes til en indledende samtale på AAUH til information omkring GDM, oplæring i blodsuktermålinger samt råd og vejledning (Ekspertinterview, 2022). Afdelingen følger efterfølgende op på kvindernes egne blodsuktermålinger under hele graviditeten, samtidig med at de med jævne mellemrum får taget en blodprøve, der måler langtidsblodsukkeret. Derudover tilbydes de en samtale med en diætist og får som udgangspunkt en scanning hver fjerde uge, med henblik på at følge barnets vækst under graviditeten. Efter fødsel overtager egen læge det fremadrettede forløb (Ekspertinterview, 2022).

Denne indsats har forløbet i længere tid i praksis, dog uden at kvinderne er blevet adspurgt om indsatsens indvirkning på forskellige dimensioner i deres liv. Dette speciale er derfor opstået på baggrund af dette, hvorfor projektgruppen ønsker at undersøge brugernes perspektiv på indsatsen, med henblik på at kunne forbedre denne.

2.5 Hvad er gestationel diabetes mellitus?

Graviditetsdiabetes, også kaldet gestationel diabetes mellitus (GDM), er under graviditeten en almen medicinsk komplikation og i Europa én af de hyppigst forekommende graviditetskomplikationer (Basri *et al.*, 2018; Diabetesforeningen, 2021a). Sundhedsstyrelsen definerer GDM som en glukoseintolerance med varierende sværhedsgrad, der debuterer eller diagnosticeres under graviditeten (Sundhedsstyrelsen, 2021). Under en graviditet, stiger kroppens behov for insulin, bl.a. grundet moderkagens produktion af hormoner, der ofte hæmmer insulinens virkning, hvorfor bugspytkirtlens produktion af insulin øges. I tilfælde hvor bugspytkirtlens produktion af insulin er insuffICIENT, vil blodsukkeret stige, hvilket defineres som graviditetsdiabetes (Plows *et al.*, 2018; Videncenter for Diabetes, 2022a).

Prævalensen for GDM i Danmark er stigende fra 1,7% tilbage i 2004, til en prævalens nu på omkring 3-5%, hvoraf diagnosen typisk stilles i graviditetsuge 24-28 (Jeppesen *et al.*, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2021; Videncenter for Diabetes, 2022a).

Prævalensen internationalt for GDM er en del højere og ligger på 16,5% (Wong, 2014; Plows *et al.*, 2018), hvilket kan være associeret med, at diagnosekriterierne i flere år har været forskelligartet, afhængigt af hvilket land der er omdrejningspunktet (Wong, 2014). Derudover har etniciteter divergerende risikoprofiler og er forskelligt genetisk disponeret for diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2021), hvilket kan være med til at forklare, hvorfor forekomsten af GDM er lavere ved kaukasiske etniciteter (Jeppesen *et al.*, 2017). Den internationale prævalens for GDM er ligesom den danske prævalens stigende og dette forventes at fortsætte, i takt med den eskalerende fedmeepidemi (Plows *et al.*, 2018). På den baggrund kan det derfor forventes, at denne stigning finder sted i Danmark, idet forekomsten af overvægt jævnfør Sundhedsstyrelsen og Statens Institut For Folkesundhed (2018) er stigende nationalt. Dette indikerer ligeledes, at behovet for nye og forbedrede tiltag rettet mod GDM vokser. Generelt får de færreste kvinder symptomer på GDM, hvilket kan forklare hvorfor alle gravide kvinder i Danmark via en universel forebyggende indsats, løbende i graviditeten undersøges for glukose i urinen (Sundhedsstyrelsen, 2021). I de tilfælde hvor testresultatet af urinprøven er positiv, eller hvis kvinden er i risikogruppen, udføres en selekteret forebyggende indsats i form af en oral glukosebelastningstest, hvorudfra diagnosen stilles (Sundhedsstyrelsen, 2021). Kvinder placeres i risikogruppen såfremt de forud for graviditet har et BMI >27, tidligere diagnosticeret med GDM, førhen har født et barn på minimum 4,5 kg., eller har familiære dispositioner for diabetes, polycystisk ovariesyndrom og flerfoldsgraviditet (Sundhedsstyrelsen, 2021). Dette er nogle af risikofaktorerne til udvikling af GDM, nedenfor præsenteres de socioøkologiske determinanter, der har betydning for sygdomsudviklingen.

2.6 Socioøkologiske determinanters betydning for udvikling af gestationel diabetes

Udviklingen af GDM er forbundet med en række risikofaktorer, hvilket der i følgende afsnit redegøres for. Dette med henblik på, at tydeliggøre og fremanalysere hvordan bagvedliggende årsager, har indvirkning på individet og dets adfærd.

Risikofaktorer for GDM skal med udgangspunkt i Bruce Link og Jo Phelan (1995) anses som et komplekst samspil af årsager, relateret til individet og dennes levevilkår. Ud fra Link og Phelans teori (1995) kan risikofaktorer være proksimale eller distale, altså henholdsvis tæt på eller længere væk fra individet. Proksimale faktorer dækker bl.a. over livsstil og distale faktorer dækker over sociale faktorer, herunder socioøkonomisk status (Link and Phelan, 1995). Proksimale faktorer kan, ud fra Dahlgren og Whiteheads (2007) socioøkologiske model, sammenholdes med modellens kerne og dens første lag, der indbefatter alder, køn, arvelige faktorer, samt individuelle livsstilsfaktorer. Modellen kan anvendes til illustration af forskellige faktorer, der kan have indflydelse på individets helbred (Dahlgren and Whitehead, 2007), hvorfor individet placeret inderst i modellen, er influeret af de omkringliggende lag. Ved anvendelse af modellen præsenteres et udsnit af virkeligheden på en forenklet måde, der ellers forekommer kompliceret (Brandt and Johansen, 2014). Modellen anvendes for at skabe struktur og overblik over risikofaktorer forbundet med udvikling af GDM, velvidende at der sker en forsimplicering af en kompleks virkelighed, hvorfor alle nuancer ikke kan inkluderes. En illustration af den socioøkologiske model fremgår i nedenstående figur 1.

Figure 1. The Main Determinants of Health



Figur 1: Den socioøkologiske model, (Dahlgren and Whitehead, 2007).

2.6.1 Individuelle risikofaktorer

Sundhedsstyrelsens førnævnte risikofaktorer, for udvikling af GDM, jævnfør afsnit 2.6, er tæt relateret til livsstilsfaktorer, genetik og sygdomshistorik, hvorfor det anses som værende proksimale faktorer, placeret tæt på individet og dermed placeret inderst i den socioøkologiske model.

I litteraturen fremhæves, foruden de førnævnte faktorer fra Sundhedsstyrelsen, at stigende alder hos den gravide udgør en risiko for udvikling af GDM (Anna *et al.*, 2008), hvor flere studier fastsætter risikogrænsen over 25 år (Cianni *et al.*, 2003; Chen *et al.*, 2015; Spaight *et al.*, 2016). I tillæg hertil, er der i Danmark siden 1980'erne sket et markant fald i andelen af mødre under 25 år, fra 38% til 9%, idet de fleste mødre i det senmoderne samfund er over 30 år (Jakobsen, 2020) hvilket betyder, at et større antal danske kvinder, grundet højere alder, er i risiko for udvikling af GDM. Ligeledes viser flere studier, at ikke-kauskasisk etnicitet i sig selv er en stærk risikofaktor, hvilket afspejles i en højere prævalens af GDM blandt immigranter og efterkommere (Gagnon *et al.*, 2011; Zhang, Rawal and Chong, 2016; Jeppesen *et al.*, 2017; Dayyani *et al.*, 2019). Alder og etnicitet indgår ikke som en del af Sundhedsstyrelsens risikofaktorer, hvilket betyder, at nogle kvinder, trods øget risiko, ikke tilbydes en oral glukosetest tidligt i graviditeten. Der er således en risiko for, at disse kvinder ikke opspores tidligt i forløbet, eftersom at alder og etnicitet ikke er en inkorporeret risikofaktor. Det kan derfor betyde, at forebyggende indsatser ikke iværksættes tidligt og dermed kan risikoen for udvikling af komplikationer under og efter graviditeten være øget.

Der ses således mange forskellige influerende faktorer på individniveau, der kan øge risikoen for udvikling af GDM. I forskningslitteraturen omkring GDM undersøges særligt de mere proksimale faktorer, hvilket ligeledes gør sig gældende ved Sundhedsstyrelsens risikofaktorer, der alle er faktorer nær individet, hvorfor der kan være risiko for, at væsentlige distale faktorer overses. Ifølge Link og Phelans (1995), bør der være et større fokus på de mere distale faktorer, hvor proksimale faktorer kontekstualiseres, for herved at undersøge hvilke underliggende årsager det medfører, at individet sættes i risiko. Eftersom at genetisk disposition og etnicitet er udenfor individets egen kontrol, samt at proksimale faktorer er influeret af sociale og samfundsmæssige faktorer, kan individets risiko ikke blot forsimples til at være individets ansvar eller skyld. Det er fundamentalt at medtænke disse faktorer, idet individet er underlagt visse samfundsmæssige betingelser, som valg af livsstil påvirkes af (Scocozza, 2009).

2.6.2 Sociale risikofaktorer

Sociale risikofaktorer dækker over individets sociale relationer og netværk med placering i andet lag i den socioøkologiske model (Dahlgren and Whitehead, 2007). I forskningslitteraturen er der begrænset forskning der undersøger en eventuel sammenhæng mellem distale faktorer, såsom sociale risikofaktorer og udviklingen af GDM. Et studie af Javid et al., (2015) undersøger sociale risikofaktorer, ved at sammenligne en gruppe raske gravide og gravide med GDM, hvoraf der ses en signifikant forskel i grupperne ift. oplevelsen af at have et støttende socialt netværk under graviditeten, idet den raske gruppe af gravide oplevede mest støtte. Studiet er et iransk studie og er således svært sammenligneligt med Danmark grundet multifaktorelle forskelle, såsom kultur og politik. Alligevel kan det indikere, at mangel på et støttende netværk kan være en mulig risikofaktor for udvikling af GDM. Individets sociale relationer og netværk influerer således på individet og dermed risikoen for udvikling af GDM.

2.6.3 Samfundsmæssige risikofaktorer

Tredje og fjerde lag i Dahlgren og Whiteheads (2007) model, omhandler henholdsvis levevilkår og arbejdsvilkår, samt generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår, hvilket i projektet samles under samfundsmæssige risikofaktorer. Trods sparsom litteraturs belysning af sammenhængen mellem mere distale risikofaktorer og GDM, viser et stort registerstudie fra Australien af Anna et al., (2008), at der er en stærk sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og risiko for udvikling af GDM. Desuden er flere af de nævnte risikofaktorer i høj grad undersøgt og associeret med lav socioøkonomisk status, herunder overvægt, type-2 diabetes og PCOS (Groth *et al.*, 2009; Boylan *et al.*, 2014; Bilal, Auchincloss and Diez-Roux, 2018; Rubin *et al.*, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2020), hvorfor udvikling af GDM formentlig er influeret af socioøkonomisk status.

De risikofaktorer der ifølge forskningslitteraturen, disponerer til udvikling af GDM viser, at GDM rammer kvinder systematisk forskelligt, afhængig af kvindens helbred og socialposition i samfundet, idet det påvirkes af bl.a. etnicitet, indkomst og socialt netværk. Dette kan ifølge Sundhedsstyrelsen (2011) beskrives som social ulighed i sundhed, da der ses en systematisk sammenhæng mellem helbredet og individets sociale position.

Risikofaktorer for udvikling af GDM er således influeret af determinanter på forskellige niveauer, både placeret tæt på individet, men ligeledes influeret af distale faktorer langt fra

individet. Årsagsnetværket for sygdommen består derfor af et komplekst samspil af faktorer på forskellige niveauer.

2.7 Socioøkologiske konsekvenser som følge af gestationel diabetes

Graviditetsdiabetes er forbundet med en række konsekvenser for både individet, individets sociale netværk og samfundet, hvorfor disse i følgende afsnit vil blive belyst, med det formål at præcisere alvorsgraden og kompleksiteten ved GDM. Visse konsekvenser ses at overlappe de forskellige lag i Dahlgren og Whiteheads socioøkologiske model, hvilket besværliggør en præcis placering. I nedenstående er der forsøgt at inddele på individ, socialt og samfundsmæssigt niveau.

2.7.1 Individuelle konsekvenser af gestationel diabetes

Graviditetsdiabetes kan resultere i mange konsekvenser for moderen, både under graviditeten, ved fødsel og senere i livet. Dette kan blandt andet føre til komplikationer i forbindelse med fødslen, herunder for tidlig fødsel, forhøjet blodtryk i slutningen af graviditeten, samt overvækt hos barnet, der kan kræve kejsersnit (Schwartz *et al.*, 1994; Scifres *et al.*, 2015; Gascho *et al.*, 2017). Heldigvis kan de fleste graviditetskomplikationer forebygges ved behandling af GDM (Byrn and Penckofer, 2015), hvorfor indsatser allerede under graviditeten vurderes væsentlige. Ydermere viser danske undersøgelser, at hver anden kvinde med GDM senere i livet udvikler den kroniske sygdom, type-2 diabetes (Region Syddanmark og De Syd-danske Kommuner, 2018). Denne sygdom er et særligt stort problem, idet dysreguleret type-2 diabetes kan medføre talrige sen-diabetiske komplikationer (Almås, Stubberud and Randi Grønseth, 2011). På sigt ses der ydermere en risiko for udvikling af hjertekarsygdomme, som ifølge WHO er den største dødsårsag i verden (WHO, 2013; Plows *et al.*, 2018).

Foruden de meget fysisk bundne konsekvenser, kan selve diagnosen være psykisk belastende for kvinden, som i forvejen er et meget følsomt sted i sit liv, da det ifølge et systematisk review kan føre til, at de tvivler på egne evner, kæmper med selvtilliden samt med tilpasning og mestrings af omstændighederne (Siahkal *et al.*, 2022). Derudover viste studiet, at vordende mødre oplevede frygt for barnets helbred og velbefindende, frygt for at blive bebrejdet, for at skulle have foretaget kejsersnit, for at fejle som menneske og for at skulle møde sociale og

økonomiske stressorer (Siahkal *et al.*, 2022). Ligeledes er følelser som besvær, negative tanker og udmattelse fremhævet, fordi mødrene skulle håndtere graviditet, diabetes og ydermere håndtere familien, samt en høj grad af stress, grundet nye og flere arbejdsopgaver i hverdagen (Devsam, Bogossian and Peacock, 2013; Svensson, Kragelund N. and Terkildsen M., 2017; Siahkal *et al.*, 2022). Det er således ikke blot den fysiske sundhed, som påvirkes, når en kvinde får GDM, men ligeledes kvindens psykiske velbefindende, samt den komplekse mestring af hverdagslivet. Dette understreger at diagnosticering og konsekvenserne af GDM influerer på flere dimensioner, såvel psykisk som fysisk i kvindernes hverdagsliv.

2.7.2 Sociale konsekvenser af gestationel diabetes

Udover konsekvenserne for de vordende mødre, kan graviditetsdiabetes ligeledes have store konsekvenser for det sociale netværk, herunder det lille nyfødte barn. Efter fødslen har barnet en øget risiko for lavt blodsukker, der kan bidrage til hjerneskade, hvis ikke det håndteres korrekt (Esakoff *et al.*, 2009). Ydermere kan GDM øge risikoen for dødfødsel (Langer *et al.*, 2005). Af mere længerevarende konsekvenser kan nævnes, at børn af mødre med GDM har 4-8 gange større risiko for udvikling af prædiabetes eller type-2 diabetes senere i livet, sammenlignet med børn af mødre, der ikke havde GDM (Clausen *et al.*, 2008). På sigt er barnet, ligesom moderen, i risiko for udvikling af hjertesygdomme og derudover er der en længerevarende risiko for at udvikle fedme og GDM (Vohr and Boney, 2008; Tam *et al.*, 2017; Plows *et al.*, 2018). Dette kan således føre til en ond intergenerational cyklus med diabetes og fedme, der kan påvirke befolkningens sundhed som helhed, hvorved dette reproduceres i samfundet.

Det er ikke blot barnet, der er i større risiko for udvikling af diabetes. Et canadisk studie viser, at partnere til kvinder, som har haft GDM, har en 33% højere forekomst af type-2 diabetes (Dasgupta *et al.*, 2015). Dette er formentlig influeret af mange forskellige faktorer, men indikerer ligeledes, at forebyggende indsatser skal rettes mod hele familien og ikke kun moderen. Dette understøttes af et systematisk review, der påpeger at familien spiller en stor rolle, når en kvinde diagnosticeres med GDM bl.a. i form af, at mødrene har behov for yderligere støtte. Ydermere har familien en stor betydning, da manglede opbakning kan resultere i, at implementering af ny livsstil ikke lykkedes at implementere. Ligeledes kunne kvinderne blive mødt

med udfordringer blandt deres sociale netværk, idet de kunne opleve mangel på social støtte, diskrimination og stigmatisering fra folk i samfundet, grundet overspisning, fødsel af et stort barn eller lav socioøkonomisk status (Siahkal *et al.*, 2022). Kvinden med GDM kan således påvirkes af sit sociale netværk, som omvendt ligeledes kan blive påvirket af kvinden, hvorfor lagene i den socioøkologiske model influerer på hinanden og er tæt forbundne. Dette er således et incitament for, at forebyggende indsatser under graviditeten i høj grad bør centrere sig omkring bio-psykosociale faktorer relateret til kvindens liv.

2.7.3 Samfundsmæssige konsekvenser af gestationel diabetes

Udover de individuelle og sociale konsekvenser, kan GDM ligeledes kædes sammen med samfundsmæssige konsekvenser. Projektgruppen har kontaktet Diabetesforeningen på mail d. 01-03-22 mhp. information om omkostninger forbundet med GDM. Her skrev de tilbage, at omkostningerne forbundet med GDM i Danmark ikke er estimeret. GDM vil ofte være omkostningstungt i en begrænset periode, dvs. under graviditeten, hvorfor tabt arbejdsfortjeneste formentlig kun udgør en mindre del. Ligeledes fremgår det af mailen, at omkostningerne forbundet med GDM inkluderer bl.a. screening, behandling og opfølgning, og da GDM kan udvikle sig til type 2-diabetes og hjerte- karsygdomme kan omkostningerne yderligere forøges (Mailkorrespondance Diabetesforeningen, 2022).

Da der forekommer sparsom litteratur omkring samfundsøkonomiske konsekvenser for GDM, tages der i afsnittet udgangspunkt i samfundsøkonomiske konsekvenser for alle typer af diabetes. Hvert år koster diabetes generelt det danske samfund over 31,8 milliarder kroner, hvor der ydermere forekommer udgifter forbundet med følgesygdomme. Nogle af følgesygdommene er de sendiabetiske komplikationer, som koster 60 procent af de samlede udgifter (Sortsø *et al.*, 2016; Diabetesforeningen, 2021b). Grundet de store økonomiske konsekvenser diabetes mellitus medfører, ses der økonomisk incitament for at sætte ind med forebyggende og sundhedsfremmende indsatser bl.a. rettet mod GDM, for at reducere udgifterne for samfundet. Af ovenstående ses det, at GDM udgør et stort folkesundhedsproblem, der medfører konsekvenser for både individet, det sociale netværk og det omkringliggende samfund, hvorfor alle lag i den socioøkologiske model påvirkes.

2.8 Faktorer der kan påvirke indsatsen på AAUH

I følgende afsnit fremanalyseres faktorer, der kan påvirke kvindernes håndtering af GDM og dermed indsatsens effekt på AAUH.

På baggrund af nationale kliniske retningslinjer, har AAUH udarbejdet en pjece med oplysning, råd og vejledning til kvinder med GDM, hvor fokus er på den rette kost, motion og monitorering af blodsukker. Pjecen har et selekteret og indikeret forebyggelsessigte, idet pjecens formål er at undgå konsekvenser og forværring i sygdomsudviklingen blandt kvinder med GDM (Aalborg Universitetshospital, no date). Pjecen udleveres til kvinder i forløb på AAUH og bliver derefter omdrejningspunktet for samtalerne med sundhedspersonalet (Aalborg Universitetshospital, no date)(Ekspertinterview, 2022). Ofte er fokus i samtalerne på implementering af nye og uvante livsstils- og adfærdsændringer i kvindernes hverdagsliv (Ekspertinterview). Dette kan for mange kvinder synes af megen ny information og være ressourcekrævende at ændre på gamle adfærdsmønstre (Ekspertinterview, 2022). Dette bakkes op af videnskabelige studier der illustrerer, at adfærdsændringer kan være udfordrende og at den ambulante behandling kan opleves restriktiv at efterleve, hvilket resulterer i udfordringer som trang til mad og ubehagelige følelser (Svensson, Kragelund N. and Terkildsen M., 2017; Siahkal *et al.*, 2022). Et fransk studie fra 2017 viser desuden, at kvinder med GDM kan have svært ved at efterleve personalets anbefalinger (Cosson *et al.*, 2017), hvilket kan sammenholdes med begrebet compliance, der beskriver at patienter følger sundhedspersonalets anbefalinger (Evangelista, 1999). To uger efter kvinderne blev diagnosticeret med GDM, udførte kun 61,5% ud af 91 kvinder, som minimum 80% af de blodsukkermålinger de skulle foretage i eget hjem. Den lave compliance var associeret med familiemedlemmer, som også havde diabetes (Cosson *et al.*, 2017), hvilket indikerer, at det sociale netværk kan influere på kvindernes compliance. Kvinderne var meget motiverede, men dette betød ikke nødvendigvis, at de fulgte anbefalingerne, idet nogle af kvinderne slet ikke noterede de høje blodsukre eller alternativt underrapporterede deres blodsukre (Cosson *et al.*, 2017). Ifølge de ansatte på AAUH, oplever de ligeledes, at blodsukrene ikke altid bliver dokumenteret eller målt (Ekspertinterview, 2022). Denne lave

compliance viser, at det kan være svært for kvinderne at efterleve sundhedspersonalets anbefalinger på trods af, at de gerne vil og føler sig motiveret. Når AAUH vil støtte kvinderne i at efterleve anbefalingerne, kan de med fordel være opmærksomme på kvindernes kompetenceniveau og evne til at håndtere GDM.

2.8.1. Handlekompetencer og støtte

Handlekompetencer er et begreb der kan være med til at forklare, hvilke komponenter der er væsentlige for, at kvinder med GDM kan efterleve anbefalingerne. Handlekompetencer side-stilles med begrebet health literacy (Jensen, 2011) og defineres af professor og sundhedspædagog Bjarne Bruun Jensen (2011) som et begreb bestående af fem komponenter: indsigt, engagement, visioner, handleerfaringer og kritisk sans. Med indsigt menes, at individet skal have en bred, handlingsrettet og positiv forståelse af sundhed og indsigt i strategier relateret til forandring. Engagement bygger på en drivkraft til at ville involvere sig i forandringsprocesser, der eksisterer i et dynamisk samfund. Visioner er knyttet til at kunne være kreativt og visionært tænkende. Handleerfaringer, er de konkrete erfaringer individet har erhvervet sig med hensyn til at indgå individuelt og kollektivt forandrende i processer af demokratisk karakter og tage til overvejelse, hvordan barrierer overvindes. Slutteligt er kritisk sans kompetencen til at kunne reflektere kritisk, og tage beslutninger på baggrund af egne konklusioner. Foruden de fem komponenter kan tilsluttes følgende essentielle færdigheder til det at besidde handlekompetencer: selvværd, formuleringsevne, selvtillid og samarbejdsevne (Jensen, 2009).

På baggrund af Jensens teori (2011) vil en lav grad af handlekompetencer, blandt kvinder med GDM betyde, at de ikke forstår eller formår at efterleve anbefalinger fra AAUH og dermed er i øget risiko for at blive ramt af konsekvenser ved GDM. Dette underbygges af et studie af Carolan et al. (2014), der viser, at handlekompetence har en betydelig indvirkning på kvindernes forståelse af information omkring GDM. Lav handlekompetence blandt kvinder med GDM kan resultere i flere ugunstige fødselskonsekvenser (McLaughlin, 2009), hvorfor øgede handlekompetencer kan anses som en beskyttende faktor mod negative konsekvenser. Derfor

vurderes det relevant, at indsatsen på AAUH medtænker og forsøger at forøge kvindernes handlekompetencer, hvorved indsatsen muligvis kan hjælpe flere kvinder med at efterleve anbefalingerne.

Et systematisk review af Jung et al., (2021) viser, at støtte, såsom motivation til selvledelse ift. forbedring af positiv sundhedsadfærd, fører til bedre forståelse af håndtering af GDM. Derudover giver det en større evne til at sætte personlige mål og have troen på egne evner, samt at snakke højt om sine følelser. Sygeplejerskerne kan spille en afgørende rolle i psykosociale interventioner, der yder støtte til kvinderne (Jung *et al.*, 2021). Disse parametre læner sig op ad handlekompetencer, da kvinderne opnår mere viden og øget selvtillid, der ifølge studiet medvirker til reducere stress, angst og depression samt lavere blodsukker (Jung *et al.*, 2021). Et større fokus på inddragelse af psykosociale tilbud kan således øge kvindernes handlekompetencer, hvorved indsatsernes effekt kan øges og risikoen for konsekvenser reduceres.

2.8.2 Motivation

Indenfor forebyggelse skelnes mellem forskellige strategier, hvoraf den liberalistiske højrisikostrategi bygger på oplysning til den gruppe der er i risiko, hvorefter det er den enkeltes ansvar at omsætte oplysningerne til handling (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Indsatsen på AAUH kan sidestilles med en højrisikostrategi, idet den bygger på oplysning til kvinderne fra sundhedspersonalet, som de efterfølgende har ansvaret for at omsætte til handling i hverdagslivet. Når borgeren selv har ansvaret for egen adfærd, bliver motivation en essentiel faktor, såfremt indsatsen skal have en længerevarende effekt (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Et studie af Svensson et al. (2017) viser, at gravide med GDM er særligt motiverede for adfærdskorrigeringer, hvis det resulterer i sundhedseffekter for barnet. Idet kvinderne bliver syge under graviditeten, er det ifølge Sundhedsloven (2019) nødvendigt at sætte ind med behandlinger og interventioner her. Ydermere er kvinderne særlig motiverede, hvorfor der ses et åbent vindue for, at interventioner iværksat under graviditeten kan have effekt.

For at skabe forandring kræver det ifølge Jensen (2011) viden, handling og aktiv deltagelse, som tilsammen udgør handlekompetencer, hvilket indikerer at motivation i sig selv ikke er den eneste faktor der skal være til stede for at skabe forandring. AAUHs fokus på oplysning og oplæring giver nyttig viden til at forebygge komplikationer ved GDM (Ekspertinterview, 2022), men i relation til Jensens teori, resulterer det ikke nødvendigvis i handlingskompetencer der skaber adfærdsforandring.

2.8.3 Konsekvenser i efterforløbet grundet manglende inddragelse i behandlingen

Et dansk registerstudie fra 2014 undersøgte i periode 1994-2011 omfanget af deltagelse i opfølgende screening for type-2 diabetes, efter fødslen, blandt kvinder med GDM i Region Nordjylland, med henblik på at forebygge type-2 diabetes (Olesen *et al.*, 2014). Registerstudiet viste høj deltagelse af opfølgende screening kort tid efter fødslen, hvorefter opfølgning hos praktiserende læge og biokemiske afdelinger faldt med tiden (Olesen *et al.*, 2014). Resultaterne viser, at der er behov for at kvinderne forstår vigtigheden i at møde op til screening. Den lave deltagelse i opfølgende screeninger, kan tyde på at de oplysninger kvinderne får af sundhedspersonalet, ikke er tilstrækkelig til at kvinderne udvikler handlekompetencer og efterlever oplysningerne, hvorfor der er behov for vigtige faktorer som aktiv deltagelse samt handling og ikke blot oplysning. En af årsagerne til, at kvinderne udebliver fra de opfølgende screeninger, skyldes set ud fra kvindernes perspektiv, en mangel på inddragelse af egne behov og præferencer i deres samlede forløb (Olesen *et al.*, 2014; Nielsen *et al.*, 2015). Et øget fokus på inddragelse af den enkeltes livssituation allerede under graviditeten, kan således være et fokuspunkt i et forsøg på at øge meningsfuldheden i kvindernes forløb og samtidig forebygge udeblivelse fra opfølgende aftaler.

2.8.4 Vidensdimensioner og sundhedsbegrebet

Bjarne Bruun Jensen (2011) taler om 4 dimensioner af sundhedsviden, 1. dimension omhandler konsekvenser af en bestemt risikoadfærd. 2. vidensdimension giver oplysning om

årsagerne bag en given sygdom, dvs. hvad der sætter individet i risiko. 3. dimension fokuserer på selve forandringsaspektet og på hvordan individet kan mestre eget liv, samt forandre de omkringliggende levevilkår. Slutteligt er sigtet med 4. vidensdimension at gøre individet bevidst om, at udvikling af egne visioner er en forudsætning for viljen til at handle og skabe forandring (Jensen, 2011). 1. dimension af viden, anvendes særligt i indsatsen på AAUH, idet kvinder oplyses om kort og langsigtet konsekvenser ved ureguleret GDM (Ekspertinterviewet, 2022). Ifølge Jensen (2011) kan viden udelukkende fra første dimension være stærkt bekymringsskabende og decideret handlingslammende, såfremt der ikke suppleres med viden indenfor anden, tredje og fjerde dimension (Jensen, 2011). AAUH anvender i mindre grad aspekter fra de andre 3 vidensdimensioner, hvilket kan betyde risiko for øget bekymring hos de gravide med GDM, samt handlingslammelse som blokerer for forandring af adfærd og livsstil.

En anden vigtig faktor er ifølge Jensen (2011) at have fokus på individets omkringliggende levevilkår, når individet skal udvikle handlekompetencer (Jensen, 2011). Da kvinder med GDM påvirkes af sociale, kulturelle og økonomiske sammenhænge, ses det væsentligt ikke blot at fokusere på de individuelle faktorer der giver handlekompetencer, men også de omkringliggende niveauer, såsom det sociale niveau som kvinden er en del af.

Jensen (2011) definerer sundhedsbegrebet som snævert og negativt, når der udelukkende fokuseres på livsstil og fravær af sygdom. I den forebyggende indsats på AAUH, er det således det snævre og negative sundhedsbegreb som er i fokus, da det er nødvendigt at udøve selvkontrol, for at efterkomme kravene omkring kost, motion og monitorering af blodsukre. Dog med hensigten om, at undgå konsekvenserne som følge af GDM. Dermed bliver forebyggelsestiltagene domineret af sundhedspersonalet, hvor lægperspektiverne udebliver. I tillæg til lægperspektivet, er det brede sundhedsbegreb ifølge Jensen (2011) positivt og bredt, hvor sundhedssynet er influeret af livsstil og levevilkår. Dermed vil det snævre og negative sundhedsbegreb i forebyggelsestiltagene for nogle individer kunne medføre lidelse og afsavn, da der ikke tages højde for det subjektive perspektiv og heraf hverdagslivet. Der er derfor risiko for, at der kan opstå diskrepans mellem sundhedspersonalet og kvinderne med GDM, da

sundhedssynet kan være forskelligt, hvorfor det kan udledes, at der er et stort behov for mere sundhedsfremmende indsatser, hvor der i højere grad er fokus på læggerspektivets sundhedsbegreb.

2.8.5 Utilsigtede konsekvenser af AAUHs forebyggende indsats mod gestationel diabetes

I følgende afsnit vil de utilsigtede konsekvenser ved AAUHs indsats blive fremanalyseret. Dette skal bidrage til at belyse hvilke fokuspunkter AAUH bør være opmærksom på, for at undgå at indsatsen fører til uhensigtsmæssige udfald.

Forebyggende indsatser kan ifølge sociolog Robert Merton (1936) medføre tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, der henholdsvis rummer de forventede og de uventede konsekvenser. Negative utilsigtede konsekvenser bør medtænkes og undersøges, for at minimere risikoen for at gøre skade og for at gøre indsatser effektive. Dette kan efterkommes ved at undersøge negative utilsigtede konsekvenser, som er opstået i lignende situationer (Merton, 1936).

Ifølge Craig et al. (2020) kan vejledning om GDM fra sundhedspersonalet opleves som en stejl indlæringskurve, idet den ofte indbefatter livsstilsomlægning, samt omstrukturering af hverdags- og familielivet. Kvinder med GDM vil i forbindelse med diagnosticering blive sat i en ny livssituation, med mange nye krav der i høj grad influerer på hverdagslivet, hvilket kan virke overvældende og udfordrende. Kvinder der besidder høj grad af handlekompetencer vil, formentlig lettere kunne efterleve de sundhedspersonalets anbefalinger, mens de kvinder der ikke formår at efterleve anbefalingerne kan have et lavt niveau af handlekompetencer. En mulig utilsigtet konsekvens ved AAUHs overvejende liberalistiske indsats, kan derfor være øget ulighed i sundhed.

Liberalistiske indsatser rettet mod kvinder med GDM, kan grundet strenge anbefalinger, ifølge Craig et al., (2020) resultere i ekstrem adfærd, såsom forfalskning af blodsuktermåling, sulte sig selv, samt at skjule sin tilstand, herunder for familiemedlemmer. Ydermere kan løbende kontroller med kvindernes langtidsblodsukker opleves som at blive kontrolleret, irttesat og frarøvet sin autonomi, såfremt kvinderne ikke følger anbefalingerne (Evans and O'Brien, 2005; Parsons *et al.*, 2018).

Derudover oplever kvinder med GDM at blive stigmatiseret (Parsons *et al.*, 2018), hvortil sociologen Ervin Goffman definerer effekten af stigma som at et subjekt går fra at være et helt

almindeligt menneske, til at være nedvurderet og devalueret (Goffman, 1963). Dette kan forekomme på baggrund af, at indsatser er rettet mod risikogrupper, og ydermere hvis risikogruppen ikke efterlever de krav, som stilles af omverdenen (Glasdam, 2009; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Stigmatisering af kvinder med GDM kan således opstå, idet der er tiltag, som udelukkende rettes mod denne målgruppe, samt i tilfælde hvor den anbefalede adfærd ikke efterleves. Denne udefrakommende stigmatisering, kan føre til selv-stigmatisering hos kvinderne, hvilket i begrænset omfang er undersøgt i litteraturen, alligevel påpeger Schabert et al. (2013), at flere kvalitative studier indikerer, at kvinderne selv-stigmatiserer, fordi de bl.a. rapporterer selvbefejdelse og oplevelser af at blive kontrolleret. Når den gravide kvinde med GDM ikke lever op til sundhedspersonalets forventninger og oplever stigmatisering, kan det resultere i skam, skyld, lavt selvværd, selvtillid, og forringet livskvalitet samt social tilbagetrækning, der ydermere kan føre til depression og øge risikoen for, at individet i stigende grad tager del i risikoadfærd, der kan påvirke helbredet (Benoit, Shumka and Diane B., 2010; Craig *et al.*, 2020). Det kan desuden medføre, at kvinderne stiller lavere krav til sundhedsvæsenet (Benoit, Shumka and Diane B., 2010), hvorfor kvaliteten i kvindernes behandling kan forringes og i højere grad eksponere dem for senere sygdomsudvikling.

På trods af gode intentioner, kan indsatsen på AAUH medføre negative utilsigtede konsekvenser, der for AAUH er værd at tage til overvejelse, idet disse kan påvirke kvindernes livskvalitet og ydermere indvirke på kvindernes evne til at håndtere GDM. Der kan være risiko for, at tiltagene ikke formår at adressere kompleksiteten af GDM for kvinderne, idet der kun sættes ind på individniveau, hvorfor videreudvikling af indsatsen ses fordelagtigt.

2.9 Gestationel diabetes er et komplekst problem

Opsamlende understreger den inkluderede litteratur, at GDM er et komplekst problem. Ifølge Krogstrup (2016) indebærer komplekse problemer sociale faktorer, som konstant er under forandring. Den konstante forandring viser sig ved, at der kontinuerligt forekommer komplekse problemer i en cirkulær proces, hvori der kan opstå nye situationer som influerer på de aktører, der har del i problemet. Desuden fordrer komplekse problemer ligeledes komplekse interventioner (Krogstrup, 2016). Således kræver den komplekse problemstilling, en

kompleks intervention, som bør adresseres på alle niveauer i den socioøkologiske model. Dermed er det fordelagtigt i indsatsen at fokusere på, at kvinder med GDM interagerer med differentierede proksimale og distale strukturer under konstant forandring.

Den nuværende forebyggende indsats og sundhedspersonalets tilgang, jævnfør afsnit 2.8.2, er i overvejende grad influeret af liberalismen og det biomedicinske paradigme, hvorfor kompleksiteten omkring GDM ikke medinddrages. Dette kan ydermere problematiseres, da en liberalistisk tilgang alene ikke nødvendigvis formår at adressere GDM på flere niveauer og derfor ikke nødvendigvis håndterer kompleksiteten ved GDM.

3.0 Sammenhængen mellem handlekompetencer og livskvalitet

Dette afsnit har til hensigt at vise sammenhængen mellem handlekompetencer og livskvalitet, med henblik på, at fremanalysere et muligt fokusområde i indsatsen på AAUH, som projektet kan undersøge nærmere.

Som beskrevet i afsnit 2.8.1 er handlekompetencer essentielle for, at kvinder med GDM kan efterleve sundhedspersonalets anbefalinger. Flere studier viser, at der ses en sammenhæng mellem handlekompetencer og livskvalitet. Heriblandt fandt et australsk tværsnitstudie fra 2016, at en lav grad af handlekompetencer resulterer i lavere sundhedsrelateret livskvalitet (Jayasinghe *et al.*, 2016). Dette bakkes op af en meta-analyse og systematisk review fra 2018, som inkluderede 23 studier som fandt, at handlekompetencer var moderat korreleret med livskvalitet (Zheng *et al.*, 2018). Studierne har undersøgt et stort antal patienter med divergerende sygdomme, hvor sammenhængen mellem livskvalitet og handlekompetencer sås blandt disse, hvorfor denne sammenhæng potentielt også kan ses blandt kvinder med GDM. Ydermere viser et review, at mestring kan øge livskvaliteten blandt kvinder med GDM (Marchetti *et al.*, 2017). Det ses derfor relevant at undersøge både handlekompetencer og livskvalitet blandt kvinder med GDM, hvor fokus vil være på at øge kvindernes handlekompetencer, hvorfor fokus vil være på håndtering af sygdommen. Hertil kan en indsats der forbedrer kvindernes handlekompetencer, på sigt have en positiv indvirkning på kvindernes livskvalitet, der muligvis kan øge handlekompetencerne yderligere. Fokus i projektet vil derfor være på at højne kvindernes handlekompetencer for derigennem også at kunne højne livskvaliteten.

Som tidligere beskrevet er sundhedsfremmende indsatser særligt rettet mod at fremme livskvalitet mens forebyggende indsatser er rettet mod at forebygge sygdom.

Indsatsen på AAUH har særligt fokus på oplysning om forebyggelse blandt kvinder med GDM, mens indsatsen har mindre fokus på sundhedsfremme og dermed ikke fokus på livskvalitet. Dette forekommer paradoksalt, idet reviewet af Marchetti et al., (2017) har fundet, at GDM kan have stor indvirkning på livskvaliteten allerede under graviditeten. Et af studierne fra reviewet viste signifikant reducerede niveauer af livskvalitet blandt kvinder med GDM både indenfor det fysiske, sociale og psykologiske aspekt (Trutnovsky et al., 2012)

Videnscenter For Brugerinddragelse (2014) viser, at individuel inddragelse giver bedre behandling og at der ses en sammenhæng mellem kvaliteten af kommunikationen mellem patient og læge og patientens efterlevelse af lægens ordinationer. Andre studier har demonstreret, at individuel inddragelse af patienter i eget forløb øger patienternes livskvalitet, patient-sikkerheden og behandlingskvaliteten (Greenfield et al., 1988; Coulter and Ellinis, 2006; Weingart et al., 2011). Desuden kan inddragelse reducere morbiditet og mortalitet hos patienter med kronisk sygdom (Bauman, Fardy and Harris, 2003; Bertakis and Azari, 2011). Det ses således at individuel inddragelse har positive indvirkninger på brugernes livskvalitet og behandlingskvalitet.

Der har ikke tidligere været foretaget brugerinddragende undersøgelser af kvinder med GDM på AAUH omkring forløbet, dette skaber derfor incitament til at finde mulige forandringsforslag i klinisk praksis, ud fra en brugerinddragende indsats, der kan øge handlekompetencer og derigennem kvindernes livskvalitet.

På baggrund af ovenstående fremkommer der flere indikationer på, at handlekompetencer blandt kvinder med GDM kan fremme kvindernes livskvalitet. Desuden har AAUHs indsats et forebyggende sigte, hvor et sundhedsfremmende perspektiv er i mindre fokus. Dette speciale ønsker derfor at undersøge hvilke forandringstiltag der via forebyggende tiltag kan forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM og dermed mindske konsekvenser heraf og ydermere hvorledes sundhedsfremmende tiltag kan fremme kvindernes livskvalitet.

4.0 Problemafgrænsning

På baggrund af ovenstående problemanalyse, er det fremanalyseret at GDM er en kompleks folkesundhedsmæssig problemstilling, hvor flere interagerende faktorer påvirker både på individ, social og samfundsmæssigt niveau. AAUHs indsats præges af sundhedspersonalets perspektiv, mens lægperspektivet er mere i baggrunden. Derudover har indsatsen et forebyggende sigte, og i mindre grad et sundhedsfremmende sigte. Flere faktorer spiller ind på, at den nuværende indsats får effekt, herunder motivation blandt kvinder med GDM, viden om alle 4 vidensdimensioner fra Jensens (2011) teori, partnerinddragelse i forløbet, støtte og handlekompetencer. Ydermere tyder det på, at indsatsen i overvejende grad er liberalistisk, hvor oplysning til kvinderne og autonomi særligt er i fokus, hvilket potentielt kan skabe øget ulighed i sundhed. Derudover viser studier, at kvinderne kan føle skyld, skam, forringet livskvalitet og blive stigmatiseret, hvis de ikke formår at efterleve sundhedspersonalets anbefalinger (Benoit, Shumka and Diane B., 2010). Projektet har taget udgangspunkt i Jensens (2011) definition af handlekompetencer, hvortil handlekompetencer ses essentielle at besidde, for at kvinderne formår at efterleve anbefalingerne. Derudover ses der en sammenhæng mellem handlekompetencer og livskvalitet (Jayasinghe *et al.*, 2016; Zheng *et al.*, 2018). Dog ses der i indsatsen i AAUH, at der er mindre fokus på at kvinderne besidder handlekompetencer. Formålet med projektet er derfor at forbedre den nuværende indsats til kvinder med GDM under graviditetsforløbet, med henblik på at øge handlekompetencer, som derigennem kan øge kvindernes livskvalitet. Hertil er det ligeledes essentielt at medtænke de differentierede relationelle og samfundsmæssige strukturer, som kvinder med GDM indgår i. Dermed er det nødvendigt at undersøge for hvem, hvordan og under hvilke betingelser den nuværende indsats virker og således have fokus på hvilke mekanismer og kontekster der har betydning heraf. Dette kan bidrage til identificering af forandringsforslag, som er bedst egnet til at forbedre praksis, samt øge kvindernes handlekompetencer med henblik på at forebygge konsekvenser og ydermere at øge livskvaliteten. Med afsæt i problemanalysen medtages alle kvinder med GDM, da indsatsen på AAUH er målrettet alle kvinder med GDM.

5.0 Problemformulering

Hvordan kan en ambulant hospitalsintervention styrke handlekompetencer hos kvinder med gestationel diabetes med henblik på at fremme livskvaliteten?

- *Hvilke hæmmende og fremmende mekanismer præsenterer forskningslitteraturen, med henblik på at forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM?*
- *Hvilke kontekstuelle betingelser samt hæmmende og fremmende mekanismer har, ud fra lægperspektivet, indflydelse på handlekompetencer, med henblik på at fremme livskvaliteten?*

Den overordnede problemformulering suppleres med to underspørgsmål, der hvert undersøger forskellige aspekter af indsatser målrettet kvinder med gestationel diabetes, for tilsammen at besvare den overordnede problemformulering, der skal bidrage til at forbedre indsatsen på Aalborg Universitetshospital.

6.0 Videnskabsteoretisk position

I det følgende afsnit fremskrives hvilken videnskabsteoretisk position projektet er forankret i, da den videnskabsteoretiske position har betydning for, hvordan viden i projektet forstås og deraf hvilke forskningstyper og metoder som anvendes videre frem i projektet.

Projektet tilstræber en identificering af underliggende mekanismer, for at finde forandringsforslag, der i klinisk praksis kan bidrage til at forbedre handlekompetencer, hos kvinder med gestationel diabetes på AAUH, med henblik på at fremme livskvaliteten. Dermed tager projektet afsæt i kritisk realisme, da denne videnskabsteoretiske position ifølge Buch-Hansen og Nielsen (2012) har en kritisk tilgang til samfundet, ved at identificere underliggende mekanismer, som kan være årsagsforklarende til bestemte fænomener. Ydermere er identifikation af dybereliggende mekanismer vigtige og sammenhængen mellem disse og kontekstuelle betingelser, for at få løsningen på et komplekst problem (Wad, 2015).

Indenfor kritisk realisme forekommer en virkelighedsforståelse, som indeholder flere paradigmer, herunder den naturvidenskabelige og samfundsvidenskabelige, hvorfor der forekommer en pluralistisk tilgang til forskning og metoder (Buch-Hansen and Nielsen, 2012). Dermed anvendes forskningstyper afhængig af, hvilket fænomen der skal undersøges og karakteren heraf. For at belyse projektets problemformulering, anvendes flere forskningstyper i bestræbelsen på at indfange det observerbare, samt de underliggende strukturer. Indenfor kritisk realisme forekommer virkeligheden desuden som værende todimensionel, da ontologien foreskriver en antagelse om, at virkeligheden er uafhængig af den viden, som man har om den (Buch-Hansen and Nielsen, 2012). Den todimensionelle virkelighed kan operationaliseres i den transitive (epistemologien) og intransitive (ontologien) virkelighed. Den transitive virkelighed omfatter vores viden om virkeligheden, hvorimod den intransitive virkelighed indeholder en virkelighed som er uafhængig af vores viden om den (Buch-Hansen and Nielsen, 2012). Ydermere forekommer den intransitive virkelighed som værende ontologisk dyb og består af tre domæner der afspejler sig i en generativ kausalitetsforståelse; *Det empiriske domæne, det faktiske domæne samt det dybe domæne* (Buch-Hansen and Nielsen, 2012). Det empiriske domæne består af vores direkte og indirekte oplevelser af den erfarede virkelighed, hvor det faktiske domæne er faktuel eksisterende forhold, som forekommer uafhængig af vores

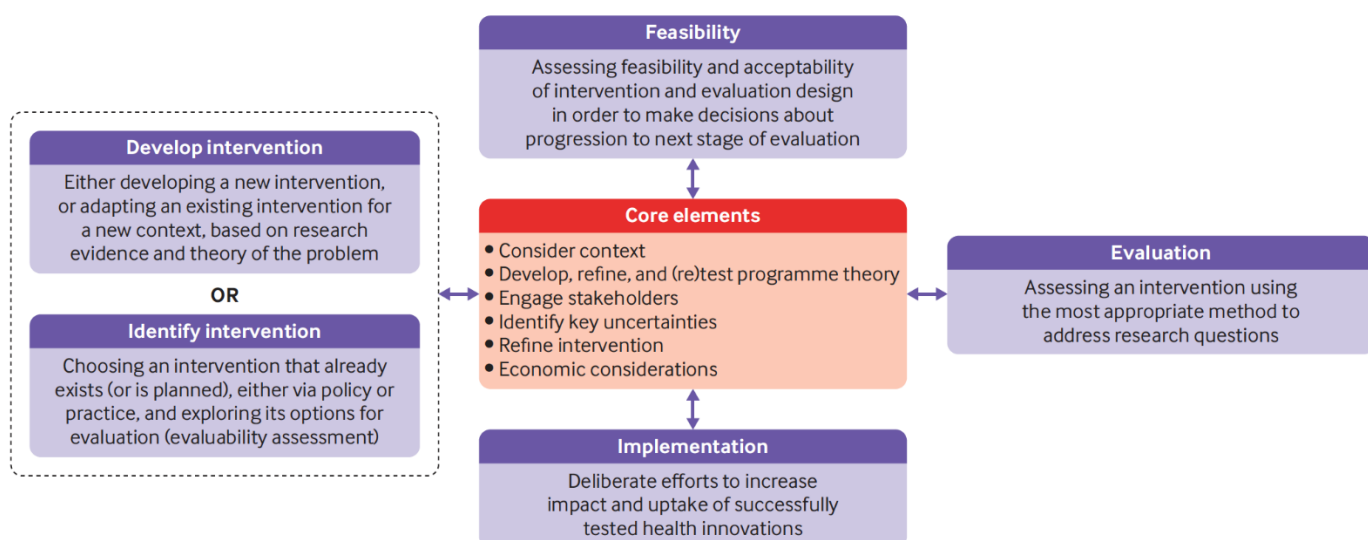
erkendelse af dem. Dermed reducerer disse to domæner virkeligheden til det observerbare ud fra et empirisk realistisk verdensbillede (Buch-Hansen and Nielsen, 2012).

I det sidste dybe domæne forekommer en erkendelse af de ikke-observerbare mekanismer og strukturer, der er bidragende til at frembringe de faktuelle eksisterende forhold. Dermed påvirker mekanismerne og strukturerne i en given kontekst virkningen af begivenheder eller fænomener i et spændingsfelt med faktiske domæne, hvorfor dette dermed kan anskues som mekanismerne og strukturerne kausale potentialer (Buch-Hansen and Nielsen, 2012). For at frembringe det dybe ontologiske lag, tages der inspiration fra den forstående forskningstype, til at besvare projektets første og andet underspørgsmål. Første underspørgsmål ønsker at undersøge hvilke hæmmende og fremmende mekanismer som forskningslitteraturen præsenterer, med henblik på at forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM? Andet underspørgsmål ønsker at undersøge hvilke kontekstuelle betingelser samt hæmmende og fremmende mekanismer der ud fra lægperspektivet, har indflydelse på handlekompetencer, med henblik på at fremme livskvaliteten. Denne tilgang kan derfor bidrage til at få en dybere forståelse af lægperspektivet, og deraf hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer, som influerer på kvindernes handlekompetencer og livskvalitet.

7.0 Planlægningsmodel

Af problemanalysen fremgår det, hvordan kvinder med GDM har komplekse problemstillinger, hvoraf disse influerer på flere lag i den socioøkologiske model, hvorfor problemstillingen kræver en kompleks intervention (Craig *et al.*, 2008). I projektet anvendes derfor Medical Research Council Modellen (MRC) som planlægningsmodel, da dette jævnfør Skivington *et al.* (2021), kan bruges til håndtering af komplekse interventioner og deraf give retningslinjer for udarbejdelse, evaluering og implementering af komplekse interventioner. Ydermere forekommer der paralleller mellem MRC og projektets videnskabsteoretiske position, da MRC ligeledes adresserer et behov for at undersøge bagvedliggende mekanismer og kontekstuelle betingelser (Skivington *et al.*, 2021).

MRC modellen er en teoretisk rammemodel som inddeler kompleks interventionsudvikling i fire faser bestående af; *udvikling eller identificering af en intervention, afprøvning, evaluering og implementering* (Skivington *et al.*, 2021). Interventionsudvikling kan tage afsæt i alle modellens faser, hvorfor det ligeledes er fordelagtigt at gentage faserne og revidere faserne løbende gennem forskningsprocessen. Ydermere har hver fase et sæt af kerneelementer som består af; *kontekst, udvikling/raffinering af programteori, inddragelse af stakeholders, identificering af usikkerheder, raffinere interventionen og økonomiske overvejelser*, som ligeledes bør revurderes løbende (Skivington *et al.*, 2021). En illustration af MRC modellen fremgår i nedenstående figur 2.



Figur 2: MRC- modellen (Skivington *et al.*, 2021)

Da formålet med projektet er at undersøge forandringsforslag, der i klinisk praksis kan bidrage til at forbedre den nuværende indsats, målrettet kvinder med gestationel diabetes på AAUH, så kvinderne får øget handlekompetencer og derigennem øget livskvalitet, vil fokus være på første fase i MRC-modellen omhandlede udvikling/identificering af interventionen. Dog vil fokus være på at videreudvikle den allerede eksisterende intervention. I forbindelse med første fase i MRC, henvises der til at supplere med INDEX- guidance, som giver en mere detaljeret vejledning til udvikling af interventioner (Skivington *et al.*, 2021), hvorfor der i projektet tages inspiration fra denne. INDEX-guidance indeholder ti faser, der anses som værende dynamiske (O’Cathain *et al.*, 2019). Første og anden fase omhandler udviklingsfasen, herunder at involvere stakeholders, som har særlig interesse for interventionen og deraf har betydning for udvikling og levering (O’Cathain *et al.*, 2019). I projektet er MRC modellen anvendt, og ydermere er der inddraget stakeholders i form af sundhedspersonale på AAUH, som har særlig viden indenfor interventionen til kvinder med GDM. Desuden vil projektgruppen være brugerinddragende på et organisatorisk/institutionelt niveau ved at inddrage brugerne af indsatsen (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, no date), dvs. kvinder med GDM, for derved at inddrage deres brugeroplevelser i udviklingen af interventionen.

Fase tre i INDEX-guidance består af at sammensætte et team af stakeholders, som har en aktiv rolle i beslutningsprocesser (O’Cathain *et al.*, 2019). Teamet af stakeholders består heri af projektets vejleder, projektgruppen samt sundhedspersonalet fra afdelingen på AAUH.

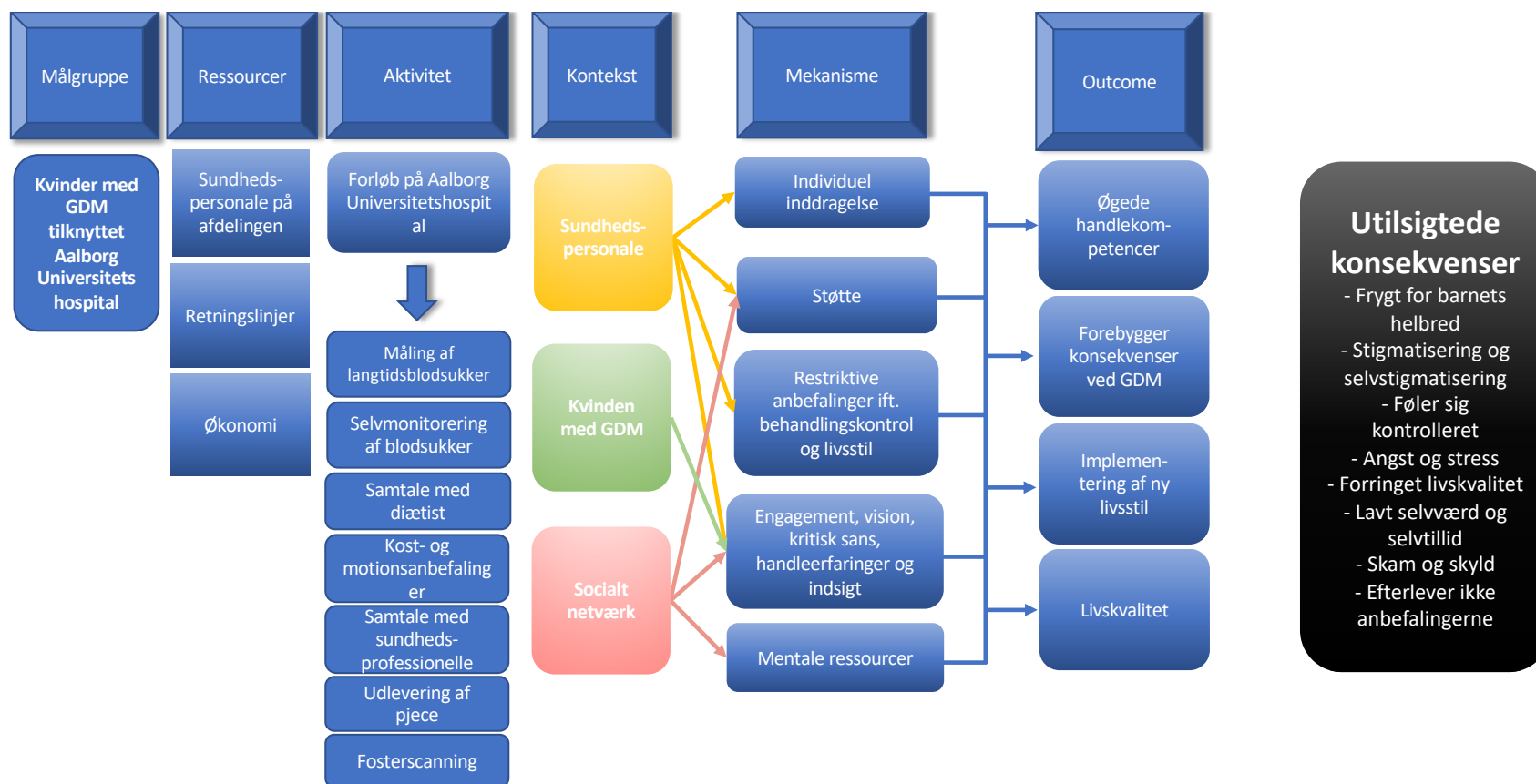
Fjerde og femte fase omhandler at finde allerede eksisterende evidens, samt teori med relevans for intervention (O’Cathain *et al.*, 2019). I projektet er der derfor løbende systematisk søgt efter eksisterende forskningslitteratur, til at belyse problemområdet samt suppleret med relevant teori som kunne understøtte og udvide nye perspektiver. I fase seks udarbejdes programteorien (O’Cathain *et al.*, 2019) hvor projektets programteori illustreres i figur 3. I sjette fase vil programteorien blive testet og revideret, som bliver illustreret senere i projektet under resultater. Syvende og ottende fase forekommer som den primære dataindsamling og ydermere forsøges interventionens kontekst belyst og forstået (O’Cathain *et al.*, 2019). Dette vil i projektet tage udgangspunkt i kvalitative interviews, samt en systematisk litteratursøgning. Niende og tiende fase omhandler implementering samt udvikling af ideer omkring indhold, format og levering af interventionen (O’Cathain *et al.*, 2019). Dette vil i projektet udfoldes i afsnittet omkring forslag til forandring af den allerede eksisterende intervention.

På baggrund af problemanalysen, herunder teori, evidens samt stakeholders bidrag, vil der initialt blive udarbejdet en programteori omhandlede interventionen til kvinder med GDM på AAUH, da det ifølge Skivington *et al.* (2021) er fordelagtigt. Dette med henblik på efterfølgende at kunne raffinere programteorien og således finde forandringsforslag der kan bedre praksis.

8.0 Programteori over indsatsen på AAUH

På baggrund af problemanalysen udarbejdes en foreløbig programteori, med inspiration fra professor Hanne Kathrine Krogstrup (2016), som fremhæver, at en programteori har til formål at belyse hvorfor og hvordan et givet program forventes at virke. Dette afspejler således dele af 6. fase i INDEX-guidance. Programteorien er dermed antagelser om, hvordan forskellige faktorer har en sammenhæng (Krogstrup, 2016). Faktorerne består af; målgruppe, ressourcer, aktivitet, kontekst, mekanismer og outcomes. I projektet vil programteorien derfor illustrere hvorfor, hvordan og under hvilke omstændigheder interventionen til kvinder med GDM, har den intenderende virkning at kunne øge handlekompetencer hos kvinderne og derigennem øge livskvaliteten.

Programteori 1 illustreres i nedenstående figur 3.



Figur 3: Programteori 1 over projektets intervention

I programteorien fremgår det, at projektets målgruppe er kvinder med GDM som er tilknyttet Aalborg Universitetshospital. Aktiviteten i programteorien dækker over kvindernes forløb, hvortil nødvendige ressourcer for at forløbet kan finde sted, er identificeret, i form af sundhedspersonalet på afdelingen, økonomiske rammer samt gældende retningslinjer. På baggrund af projektets problemanalyse, er der identificeret kontekster og mekanismer, som har betydning for interventionens outcome. Jævnfør Andersen et al., (2020) omhandler kontekster de betingelser og omstændigheder som indsatsen indgår i, herunder både institutionelle og geografiske samt værdier, normer og sociale spilleregler. Disse kontekster indvirker på om indsatsens mekanismer aktiveres. Mekanismer kendetegnes ved at være dét, som medfører outcomes eller forandring og er ofte skjulte (Pawson and Tilley, 2004; Bredgaard *et al.*, 2011). Outcomes rummer de konsekvenser indsatsen har, herunder både forventede og ikke forventede, som yderligere kan inddeles i kort og langsigtede outcomes. De ikke forventede, i programteorien kaldet utilsigtede konsekvenser er illustreret i den sorte boks i programteorien.

8.1 Programteoriens kontekst: Sundhedspersonale

Sundhedspersonale er en kontekst der, baseret på problemanalysen, det uformelle interview med praksis, kan influere på graden af individuel inddragelse af patienterne (Freil *et al.*, 2014). Ligeledes kan sundhedspersonalet påvirke, i hvor høj grad kvinderne føler sig støttet, herunder at hjælpe kvinden til at inddrage sit sociale netværk (Javid *et al.*, 2015; Jung *et al.*, 2021; Siahkal *et al.*, 2022). Ifølge Wills og Fegan (2001) kan støtte defineres som værende interaktioner og ressourcer som andre giver til én og som kan være behjælpelig med at håndtere et problem, hvorfor denne definition anvendes i projektet. På baggrund af problemanalysen kan sundhedspersonalets anbefalinger omhandlende behandlingskontrol og livsstil, herunder blodsuktermålinger, kost og motion opleves restriktive af kvinderne med GDM (Svensson, Kragelund N. and Terkildsen M., 2017), hvorfor sundhedspersonalet kan indvirke på mekanismen restriktive anbefalinger ift. behandlingskontrol og livsstil. Ydermere kan sundhedspersonalet have indflydelse på kvindernes handlekompeterencer (McLaughlin, 2009; Carolan, 2014), hvilket kan inddeles i *engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer og indsigt* (Jensen, 2011).

8.2 Programteoriens kontekst: Kvinden med GDM

Kvinden med GDM er i programteorien en kontekst, der både rummer kvindens levevilkår og ressourcer og derved kan disse have indvirkning på håndteringen af GDM. Kvinden med GDM kan indvirke på graden af handlekompetencer, idet personer selv i større eller mindre grad kan besidde eller tilegne sig disse elementer af handlekompetencer (Jensen, 2011). Således har kvinden i nogen grad indflydelse på mekanismen *engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer og indsigt*.

8.3 Programteoriens kontekst: Socialt netværk

Det sociale netværk anses som en kontekst, der kan influere på graden af *social støtte* til kvinden, idet familie og venner vha. social støtte kan hjælpe kvinden med at håndtere GDM (Javid *et al.*, 2015; Jung *et al.*, 2021; Siahkal *et al.*, 2022). Ligeledes kan det sociale netværk have indflydelse på kvindens handlekompetencer, da det blandt andet kan hjælpe kvinden med at sætte personlige mål og tro på egne evner (Jung *et al.*, 2021), hvorfor det sociale netværk har indvirkning på mekanismen *engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer og indsigt*. Slutteligt kan det sociale netværk påvirke mængden af *mentale ressourcer* som kvinden med GDM besidder, da disse kan bidrage til at hjælpe kvinden med at håndtere negative følelser (Javid *et al.*, 2015; Svensson, Kragelund N. and Terkildsen M., 2017; Jung *et al.*, 2021; Siahkal *et al.*, 2022) og derved skabe overskud til at håndtere GDM.

Såfremt disse kontekster aktiverer mekanismerne i programteorien, kan det medføre at kvinderne opnår øgede handlekompetencer og øget patientsikkerhed samt behandlingskvalitet. Derved kan implementering af ny livsstil lykkedes og forebyggelse af konsekvenser ved GDM finde sted, hvilket på sigt kan øge livskvaliteten hos kvinderne, da kvinderne hjælpes med at håndtere GDM.

9.0 Metode

I følgende afsnit redegøres og argumenteres for metodiske tilgange i projektet og databehandling af projektets empiri, herunder etiske overvejelser forbundet med indsamling af data. Indsamling af empiri skal bidrage til et indblik i det empiriske, faktiske og dybe domæne, der samlet set skal danne grundlag for videreudvikling af interventionen. De metodiske tilgange anvendes til at udføre den primære dataindsamling, hvorfor dette afspejler 7. og 8. fase i INDEX-guidance.

9.1 Litteratursøgning

I følgende afsnit redegøres og argumenteres for projektets metodiske fremgangsmåde i litteratursøgningen. Den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i projektets 1. underspørgsmål *“Hvilke hæmmende og fremmende mekanismer præsenterer forskningslitteratur med henblik på at forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM?”* Formålet med søgningen er at klarlægge allerede eksisterende evidens omhandlende hæmmende og fremmende mekanismer, som fokuserer på at forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM. Indledningsvist vil den indledende søgning blive beskrevet, hvorefter relevante databaser, søgestrategi, in- og eksklusionskriterier og slutteligt udvælgelse og kvalitetsvurdering, samt analysestrategi af de udvalgte videnskabelige studier beskrives.

9.1.1 Indledende søgning

Forud for den systematiske søgning, blev der foretaget indledende søgninger for at kunne afdække problemfeltet og generere viden om forløbet blandt kvinder med GDM. Dette blev bl.a. gjort via Google og Google Scholar samt kædesøgninger, hvor brugbare artiklers referencelister blev gennemlæst i forskellige videnskabelige databaser såsom Pubmed og Cinahl. Ifølge Rienecker og Jørgensen (2014) bidrager den indledende søgning bl.a. til at finde relevante søgeord, hvorfor relevante søgeord blev noteret, til anvendelse i den systematiske litteratursøgning senere i projektet. Derudover bidrog de indledende søgninger til viden om, hvilke databaser der var relevante at anvende i den systematiske litteratursøgning.

9.1.2 Valg af databaser

Databaserne blev udvalgt med det formål at favne bredt indenfor flere forskningsfelter, hvorfor databaserne Pubmed, Embase, Cinahl samt PsycNet blev anvendt. Pubmed og Embase blev valgt på baggrund af, at de dækker over et bredt forskningsfelt, herunder bl.a. folkesundhed samt biomedicin (Elsevier, no date; PubMed, no date; Lund *et al.*, 2014). Ydermere blev begge databaser valgt, da Embase primært indekserer europæiske tidsskrifter, hvorimod Pubmed i højere grad indekserer amerikanske tidsskrifter (Lund *et al.*, 2014). Idet GDM både er et biomedicinsk og folkesundhedsmæssigt aspekt, samt for at inkludere artikler fra henholdsvis Amerika og Europa, vurderes disse databaser derfor relevante. Cinahl blev anvendt da denne indeholder sundhedsfaglig litteratur bl.a. indenfor sygepleje (Lund *et al.*, 2014). Ydermere blev Cinahl anvendt, da databasen indekserer kvalitative studier (NYU Libraries, no date), der ses relevante for projektet, for at kunne indfange kvinder med GDM, samt hæmmende og fremmende mekanismer for at kunne forbedre handlekompetencer. PsycNet blev anvendt da denne indeholder litteratur indenfor bl.a. sociologi og psykologi (APA PsychNet, no date), hvilket ses relevant, idet det kan bidrage med et psykologisk og sociologisk perspektiv på hvordan kvinder med GDM kan forbedre handlekompetencer. Dermed vurderes det samlet set, at databaserne kan afdække kompleksiteten af projektets første underspørgsmål, da databaserne kan belyse området fra et flervidenskabeligt perspektiv.

9.1.3 Søgestrategi i den systematiske litteratursøgning

Litteratursøgningen blev udformet som en bloksøgning, hvor nøglebegreber fra projektets første underspørgsmål blev anvendt. Ifølge Buus *et al.* (2008), anvendes bloksøgning til at skabe overblik og struktur i søgningen, hvorfor søgningens reproducerbarhed og transparens hermed øges. Søgningen blev foretaget af alle tre gruppemedlemmer, mellem den 04-04-2022 og 24-04-2022.

Søgningen tog udgangspunkt i tre blokke med henholdsvis: Blok 1: GDM, Blok 2: intervention/forebyggelse/barrierer/mekanismer samt Blok 3: health literacy. Dette gav dog meget få resultater og irrelevante artikler (antal hits i PubMed: 37), hvorfor det vurderes at søgningen var for snæver og derfor blev strategien ændret. Herefter blev blok 3 fjernet, og dermed kombineres blok 1: GDM med blok 2: intervention/forebyggelse/barrierer/mekanismer. Dette gav

dog meget biomedicinske resultater, hvilket ved nærlæsning af artiklernes keywords indikerede, at det særligt skyldtes ordene intervention og mekanismer. Derfor blev blok 2 lavet om til at omhandle barrierer/facilitatorer og suppleret med self-management, da dette emneord gik igen i mange relevante artikler fra den indledende søgning og fra de forskellige bloksøgninger.

På baggrund af de forskellige søgninger, endte søgningen ud i to blokke med henholdsvis gestational diabetes som blok 1 og self-care/self-management/barrierer/facilitator som blok 2. Ud fra den udarbejdede søgeprofil i Pubmed, blev der efterfølgende søgt i de resterende tre databaser, hvor søgeprofilen blev tilpasset til hver af databasernes opbygning og emneord. Søgeblokkene består derfor af engelske ord og tilhørende synonymer, som hver er knyttet til deres specifikke database. I nedenstående tabel 1 ses søgeprofilen for Pubmed. En samlet oversigt over søgningen i de inkluderede dataser kan ses i bilag 2 og 3, idet et søgebilag har til hensigt at give en eksplicit og struktureret indsigt i indsamling af litteraturen (Dyrvig *et al.*, 2014).

Database	Blok 1	Blok 2
Pubmed	Diabetes, Gestational (MeSH) "Gestational diabetes" (fritekst) "Gestational Diabetes Mellitus" (fritekst) "Women with gestational diabetes" (fritekst) "Women with gestational diabetes mellitus" (fritekst) "Diabetes in pregnancy" (fritekst) GDM (fritekst)	"Self-Management" (MeSH), (fritekst) "Self management" (fritekst) Barrier* (fritekst) Facilitator* (fritekst) "Self-care" (fritekst) "Self care" (fritekst)

Tabel 1: Oversigt over søgeprofilen i Pubmed.

Som det fremgår af tabellen, er søgeprofilen opdelt i to blokke med henholdsvis kontrollerede emneord (MeSH) og fritekstsøgning. I følge Buus *et al.* (2008) anvendes kontrollerede emneord for at kunne identificere relevante artikler og dermed ekskludere irrelevante artikler, hvilket derfor er bidragende til at øge søgningens præcision. Udover de kontrollerede emneord, anvendes fritekstsøgning for at inkludere relevante artikler som databasen endnu ikke har indekseret med kontrollerede emneord, og ydermere for at inkludere artikler med søgeord, som ikke findes i databasernes emneord (Buus *et al.*, 2008). I forbindelse med fritekstsøgning,

er der ligeledes anvendt trunkering (*), for dermed at inkludere flere endelser på et konkret søgeord, hvorfor dette ligeledes vil medføre, at søgningen udvides (Lund *et al.*, 2014).

Yderligere anvendes der i søgeprofilen frasesøgning (""") eksempelvis "Self management", for at præcisere søgningen, da fraserne sikrer at ordene forekommer i en bestemt rækkefølge, og ikke blot optræder i differentierede sammenhænge i artiklerne (Lund *et al.*, 2014). Slutteligt for at sikre, at bloksøgningen anvender minimum ét af de udvalgte ord, fra hver søgeblok, anvendes de booleske operatorer AND og OR. Dette anvendes konkret ved, at søgeordene internt i hver blok kombineres med OR, hvorefter de to blokke efterfølgende kombineres med AND. OR er med til at udvide søgningen, med det formål at sikre fremsøgning af relevante artikler, mens AND gør søgningen snæver og præcis, idet der fremsøges litteratur hvor mindst ét af søgetermerne fra alle blokke er inkluderet (Lund *et al.*, 2014).

9.1.4 Udvælgelse af videnskabelige studier

Forud for udvælgelsen af videnskabelige artikler fastsættes in- og eksklusionskriterier hvilket ifølge Lund *et al.* (2014) er med til at sikre at relevante artikler udvælges og dermed øger processens transparens og troværdighed. Inklusionskriterierne fastsættes på baggrund af projektets første underspørgsmål, hvorfor et af inklusionskriterierne omhandler kvinder med GDM, hvorved andre former for diabetes ekskluderes. Ligeledes tages der udgangspunkt i forløbet under graviditeten, hvorfor forløbet efter graviditeten ekskluderes. Ydermere tages der udgangspunkt i, at artiklerne skal indeholde komponenter af handekompetencer hos kvinder med GDM, samt at der skal forekomme facilitatorer eller barrierer i relation til gestationel diabetes.

I forhold til overførbare til dansk kontekst, ekskluderes der desuden studier fra ikke sammenlignelige lande såsom Afrika, Latinamerika samt Asien, da det kan antages, at der forekommer væsentlige forskelligheder i sundhedssystemerne, samt forekomsten og behandlingen af GDM. Af hensyn til sproglige kompetencer inkluderes studier på engelsk, dansk, svensk og norsk.

Slutteligt ekskluderes metodeprotokoller, da disse ikke vurderes af tilstrækkelig kvalitet, for at kunne afdække og belyse projekts første underspørgsmål. I nedenstående tabel 2 forekommer en oversigt over projektets in- og eksklusionskriterier.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Kvinder med GDM	Efter graviditet
Under graviditeten	Diabetes mellitus (ikke graviditetsdiabetes)
Skal indeholde komponenter af handlekompetencer hos kvinder med GDM	Ikke sammenlignelige lande såsom Afrika, Latinamerika, Asien.
Skal omhandle facilitatorer eller barrierer i relation til GDM	Studier; Metodeprotokoller
Sprog: Engelsk, dansk, svensk, norsk	

Tabel 2: In- og eksklusionskriterier

9.1.5 Kvalitetsvurdering af de udvalgte studier

Til at vurdere den metodiske kvalitet af de selekterede studier, tages der udgangspunkt i Critical Appraisal Tools fra Joanna Briggs Institute (The University of Adelaide, no date). Tjeklisternes kvalitetsvurdering tager afsæt i artiklens studiedesign (Lund *et al.*, 2014), hvorfor der både anvendes kvalitative og kvantitative tjeklister. Tjeklisterne kan bidrage til at vurdere relevansen samt troværdigheden af de publicerede studier (The University of Adelaide, no date). Desuden kan tjeklister medvirke til, at der forekommer en ensartet måde hvorpå artiklerne vurderes (Lund *et al.*, 2014), hvilket ligeledes er essentielt, da vurderingen foretages af flere gruppemedlemmer. Vurderingen foregår ved, at flere gruppemedlemmer læser og kvalitetsvurderer samme artikel og herefter diskuterer kvalitetsvurderingen i samråd med hinanden. Ydermere vil den stringente tilgang ligeledes gøre det muligt at vurdere evidensgrundlaget som projektets forandringsforslag bygger på. Tjeklisterne er vedhæftet som bilag 4. Udover tjeklisterne, anvendes der ydermere specifikke kvalitetsbegreber til vurdering af kvaliteten af henholdsvis kvalitative og kvantitative artikler. Til at kvalitetsvurdere de kvantitative artikler anvendes intern validitet, ekstern validitet samt reliabilitet. Intern validitet refererer til, hvor sikre er vi på at det estimat vi har fundet i en undersøgelse, er sand. Der er tale om

god intern validitet hvis estimatet ikke under- eller overvurderer den konkrete målpopulations sande værdi. Informationsbias, selektionsbias og confounding er desuden en trussel mod den interne validitet (Juul *et al.*, 2017). Ekstern validitet omhandler resultaternes fra en undersøgelses gyldighed i forhold til den konkrete målpopulation. Dvs. hvordan er mulighederne i forhold til at generalisere estimatet til målpopulationen og til andre tider, vurderingen bygger på sund fornuft og faglig indsigt (Juul *et al.*, 2017). Reliabilitet vil sige at en undersøgelse er præcis og omhandler hvorvidt det er muligt, at gentage undersøgelsen og opnå samme eller næsten samme resultat (Juul *et al.*, 2017).

Samme begreber gør sig dog ikke gældende til at vurdere den metodiske kvalitet af kvalitative studier, da tilgangen grundlæggende er anderledes og besidder dermed andre metodiske værdier og formål. Til at kvalitetsvurdere de kvalitative studier anvendes begreber i henhold til Kvale og Brinkmann (2015), hvorved pålidelighed, gyldighed samt generaliserbarhed anvendes. Pålidelighed refererer til konsistens og troværdighed dvs. hvorvidt et resultat kan gentages af andre forskere på andre tidspunkter med samme metode. Gyldighed refererer til om en metode undersøger det, som den påstås at undersøge. Generaliserbarhed refererer til i hvilken grad at resultater i en bestemt situation kan overføres til andre situationer (Kvale and Brinkmann, 2015).

9.1.6 Analyse af de udvalgte studier

Projektets artikler blev analyseret vha. en analysestrategi, hvorudfra der kunne identificeres CMO-konfigurationer, der er en forkortelse for kontekst, mekanisme og outcome. Dette var med henblik på at undersøge hvilke hæmmende og fremmende mekanismer forskningslitteraturen præsenterer med henblik på at forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM. Analysen tog dermed udgangspunkt i en deduktiv-induktiv inspireret tilgang. Den deduktive tilgang tog afsæt i programteorien hvorimod den induktive tilgang gjorde det muligt at undersøge for nye CMO-konfigurationer, da den induktive tilgang ifølge Merriam og Tisdell (2015) er datadrevet og dermed ikke forudsætter en teoretisk eller personlig forståelse af analysen. Den deduktive-induktive tilgang bestod således i, at relevante citater fra artiklerne blev kodet efter CMO-konfigurationerne samt nye fund der havde relevans for projektet. Øvrige perspektiver med manglende relevans blev dermed frasorteret. Herefter blev de

inkluderede artiklers fund sammenlignet og analyseret på tværs af hinanden, hvilket dannede grundlag for resultatet af litteratursøgningen.

9.2 Lægperspektivets syn på virksomme mekanismer relateret til handlekompetencer og livskvalitet

I følgende afsnit vil den kvalitative metode blive præsenteret, som anvendes til at besvare følgende underspørgsmål: *“Hvilke kontekstuelle betingelser samt hæmmende og fremmende mekanismer, har ud fra lægperspektivet indflydelse på handlekompetencer, med henblik på at fremme livskvaliteten?”*

Jævnfør Kvale og Brinkmann (2015) er kvalitative metoder særligt anvendelige til at beskrive, forstå, fortolke og analysere menneskelige oplevelser og erfaringer. Således kan den kvalitative metode bidrage til at indhente dybdegående perspektiver på indsatsen, ud fra CMO-konfigurationer i programteorien. Dette er i projektet udført ved at interviewe kvinder med GDM tilknyttet forløb på AAUH, hvor der blev spurgt ind til disse dybdegående perspektiver og herudfra åbne op for det dybe domæne indenfor den kritiske realisme. CMO-konfigurationerne testes via realistiske interviews, hvilket ifølge Manzano (2016) er en tilgang hvor spørgsmålene er baseret på forskernes teorier og antagelser om interventionens virkning, hvorudfra informanterne kan bidrage med indsigt og viden, der kan be- eller afkræfte disse. Analysen af interviewene udføres med inspiration fra tematisk analyse, hvilket således kan medføre nye CMO-konfigurationer til programteorien, der kan anvendes til en videreudvikling af indsatsen på AAUH.

9.2.1 Rekruttering af informanter

Informanter bør jævnfør Pawson og Tilley (2004) rekrutteres ud fra deres muligheder for at afdække CMO-konfigurationer, hvorved de kan være behjælpelige med at undersøge bestemte kontekster og mekanismer der medvirker til bestemte outcomes. Projektgruppen ønskede at interviewe seks kvinder, som havde et igangværende forløb på AAUH, hvor de blev fulgt med deres GDM. Da det er kvindernes syn på handlekompetencer og livskvalitet, vurderes kvinderne egnede til at sætte ord på deres oplevelser. Derudover skulle det være et igangværende forløb, således at oplevelserne forbundet hermed fortsat var nye i erindringen.

Derfor vurderes disse kvinder egnede, til at afdække mulige CMO-konfigurationer. Antallet af informanter er valgt på baggrund af, at det ifølge Manzano (2016) ikke er afgørende hvor mange, men derimod hvem og hvilken information de kan bidrage med.

Den indledende kontakt til kvinderne med GDM blev etableret gennem praksiskontakten på AAUH, hvorfor praksiskontakt er projektets gatekeeper for rekruttering. Denne tilgang er anvendt, da en gatekeeper ifølge Tjørnholm-Thomsen og Whyte (2011) kan være en effektiv og hurtig måde at rekruttere informanter på.

Udvælgelseskriterier for valg af informanter bestod af, at kvinderne skulle kunne tale og forstå dansk, med henblik på at forebygge eventuelle sprogbarrierer. Ligeledes skulle de have et igangværende forløb på AAUH og være diagnosticeret med GDM, således at informanterne videst muligt kunne bidrage til projektet. Det endelige antal af informanter endte på 6, som ønsket.

9.2.2 Udformning af interviewguide

Til udførelsen af interviews blev der udarbejdet en interviewguide, da dette kan støtte interviewerens undervejs og medvirke til at samtalen omhandler det specifikke emne (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewguiden udarbejdes med inspiration fra henholdsvis Manzano og Kvale og Brinkmann. Manzano (2016) anvendes med henblik på at inddrage relevante elementer ved et realistisk interview og Kvale og Brinkmann (2015) inddrages som inspiration til udformning og opbygning af et semistruktureret interview.

Indledningsvist vil der i interviewguiden og interviewene være en briefing, hvor bl.a. praktiske oplysninger, etiske overvejelser og projektets formål præsenteres. Dette gøres for at skabe gode forudsætninger for interviewet, samt sikre at informanten er velinformeret. Ligeledes kan briefingens bidrage til en god relation mellem interviewer og informant, hvorved informanterne i højere grad kan åbne op under interviewet (Kvale and Brinkmann, 2015). Spørgsmålene i interviewguiden er udarbejdet baseret på programteoriens CMO-konfigurationer, hvorfor de har til formål at belyse hæmmende og fremmende mekanismer, som kvinderne oplever, har indvirkning på deres handlekompetencer og livskvalitet under GDM-forløbet. Grundet et forandringssigte i opgaven, indeholder interviewguiden ligeledes spørgsmål om, hvorvidt kvinderne har nogle tanker eller idéer til forandringstiltag i relation til videreudvikling af indsatsen.

Interviewspørgsmålene blev udarbejdet i et letforståeligt sprog og blev understøttet af underspørgsmål, således at informanterne kunne forstå spørgsmålene og derigennem bidrage med mere uddybende besvarelser (Kvale and Brinkmann, 2015). Dette kan medvirke til en dybere indsigt og herigennem bidrage med viden på det ontologisk dybe domæne.

Afslutningsvis i interviewene blev der afholdt en debriefing, hvilket har til formål at afrunde interviewet på en god måde (Kvale and Brinkmann, 2015), samt at skabe rum for at stille spørgsmål til interviewerens eller uddybe sine svar.

En oversigt over projektets interviewguide ses i bilag 5. I tabel 3 ses et uddrag af interviewguiden.

Tema	Mekanisme	Interviewspørgsmål
Socialt netværk	Støtte/mentale ressourcer	Hvilken betydning oplever du, at det sociale netværk har for hvordan du har det? • <i>Hvilken betydning oplever du det sociale netværk har for hvordan du håndterer graviditetssukkersyge?</i> • <i>I hvor høj grad snakker du med dit sociale netværk om sygdommen?</i> • <i>Hvordan hjælper dit sociale netværk dig med at håndtere dine frustrationer, følelser og problematikker?</i> • Hvem går du særligt til, når du har brug for hjælp til at håndtere graviditetssukkersyge? • Kan du beskrive en situation, hvor du fik hjælp?

Tabel 3: Uddrag af interviewguiden

9.2.3 Gennemførelse af interviews

Forud for udførelse af interviews blev der foretaget et pilotinterview af en nybagt mor i projektgruppens sociale netværk, da dette kan være med til at undersøge, om spørgsmålene i interviewguiden forstås efter hensigten (Kvale and Brinkmann, 2015). Pilotinterviewet gav indsigt i enkelte ord og sætninger, som kunne omformuleres, for at sikre bedre forståelse og ligeledes blev det påpeget, at nogle af spørgsmålene kunne være meget sårbare at besvare. På den baggrund blev der forud for særligt sårbare spørgsmål, noteret en sætning, der havde til formål at informere informanten om at følgende spørgsmål kunne være sårbare.

Interviews blev foretaget enkeltvist, da dette kan give rum for at italesætte emner, der kan være svære at tale om (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2007). Eftersom at der spørges ind til hvordan kvinderne formår at efterleve sundhedspersonalets anbefalinger, for derved at passe på sig selv og sit barn, vurderes det at være særligt sårbart og derfor gavnligt med enkeltinterviews.

Ved gennemførelse af interviews er det fordelagtigt at iværksætte trygge rammer for informanterne, da dette ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan bidrage til at informanten i højere grad har lyst til at åbne op. Idet interviewene har til hensigt at undersøge personlige emner, der kan være følsomt for kvinderne, vurderes dette særligt vigtigt i gennemførelsen af interviewene. Derfor har informanterne selv haft mulighed for at beslutte, hvor og hvordan interviewene skal finde sted, således at det krævede mindst muligt tid og ressourcer fra deres side og så de samtidig følte sig trygge. Af den årsag kunne informanterne selv vælge, om de ville foretage interviewet telefonisk, eller fysisk, enten i deres eget hjem eller på Aalborg Universitet. Telefoninterviews kan jævnfør Sturges og Hanrahan (2004) lette rekruttering og bidrage til at følsomme emner kan italesættes, da der er en vis grad af anonymitet over telefonen. Derudover påpeger Bolderston (2012), at telefoninterviews kan være lige så effektive som andre traditionelle kvalitative metoder og samtidig mindre tidskrævende.

Hvert interview blev forventet at vare omkring 60 minutter, hvortil omtrent 10 minutter skulle gå til briefing og debriefing. Forud for interviewet fik informanter tilsendt deltagerinformation om interviewets formål, jævnfør bilag 6. Under briefing blev informanten introduceret til interviewpersonerne, for herigennem at skabe en relation mellem interviewer og informant. Ligeledes blev der ifm. briefing indhentet skriftligt og mundtligt samtykke vha. samtykkeerklæringer, jævnfør bilag 7, og mundtlig information om projektet og interviewets formål. Under debriefing blev informanterne opfordret til at stille spørgsmål eller uddybe udsagn, såfremt de havde lyst til dette, hvilket ligeledes muliggjorde åben refleksion om interviewet.

Interviewene blev foretaget af to personer, som agerede henholdsvis interviewer og suppleant, hvor intervieweren udførte selve interviewet ud fra interviewguiden og suppleanten assisterede med uddybende spørgsmål, tidtagning og overblik over interviewet.

9.2.4 Transskribering af interviews

Interviewene blev alle lydoptaget, således at disse kunne transskriberes og herefter analyseres. Jævnfør Kvale og Brinkmann (2015) er transskribering en proces, hvor talesprog oversættes til skriftsprog, hvilket kan være problematisk, idet talesprog kan fremstå usammenhængende og med mange gentagelser på skrift. Det er således væsentligt at gøre sig overvejelser omkring, hvordan det transskriberes, hvorfor der blev udarbejdet skriftlige instruktioner om, hvordan der transskriberes, for at sikre ensartethed.

For at bevare informanternes oprindelige mening med det sagte, blev interviewene transskriberet ordret, hvor hyppige gentagelser blev bevaret, da det vurderes væsentligt for den videre analysebearbejdning. Derimod blev pauser i talen, betoning og følelsesudtryk samt interjektioner såsom "hm" eller "øh" undladt, da det ikke vurderes relevant for projektets underspørgsmål.

Alle gruppemedlemmer gennemgik lydoptagelserne og sammenholdt disse med transskriptionerne, da dette jævnfør Kvale og Brinkmann (2015) kan øge analysens reliabilitet. Ydermere blev personfølsomme oplysninger anonymiseret. For at skabe konsistens i anonymiseringen af informanterne, fik de i transskriberingen tildelt pseudonymerne 1,2,3,4,5 og 6, hvor der ydermere ikke blev tilkoblet personlige oplysninger. På den måde blev informanterne uidentificerbare af andre end specialets gruppemedlemmer. I nedenstående tabel 4 forekommer en oversigt over projektets transskriberingsguide.

Elementer der indgår i transskriberingen	Elementer der ikke indgår i transskriberingen
• Udsagn transskriberes ordret • Hyppige gentagelser bevares	• Interjektioner såsom "øh" og "hm" medtages ikke • Pauser og følelsesudtryk medtages ikke

Tabel 4: Projektets transskriberingsguide

9.2.5 Analysestrategi

Projektets transskriberede interviews blev analyseret vha. en analysestrategi, hvorudfra der kan identificeres CMO-konfigurationer og derfor tage afsæt i projektets videnskabsteoretiske position, kritisk realisme. Idet der jævnfør Pawson og Tilley (2004) ikke er en specifik analysestrategi der bør anvendes indenfor kritisk realisme, vil analysering af interviews udføres med inspiration fra tematisk analyse. Tematisk analyse er ifølge Braun og Clarke (2006; 2018) en teoretisk fleksibel og detaljeret tilgang til at organisere og beskrive data grundigt og som er anvendelig til at identificere, analysere og rapportere temaer i ens datasæt. Ved analysering af projektets interviews, blev der anvendt en kombineret tilgang af deduktiv og induktiv metode, hvor deduktiv metode kendetegnes ved at der analyseres på baggrund af teori og derfor er teoridreven analyse målrettet bestemte aspekter af data (Braun and Clarke, 2006; Clarke and Braun, 2018). Den deduktive tilgang blev anvendt, med henblik på at finde CMO-konfigurationer i datasættet, som stemmer overens med projektets programteori 1. Den induktive tilgang er derimod en datadreven tilgang, hvor der ikke forsøges at få data til at passe ind i en eksisterende ramme eller forskerens forudfattede meninger og viden (Braun and Clarke, 2006; Clarke and Braun, 2018). Denne tilgang blev anvendt, for derved at kunne indfange nye CMO-konfigurationer i interviewene. Den induktive tilgang er meget kontekstnær, idet den inddrager kvindernes perspektiver på indsatsen og derved sikrer at indsatsen bliver tilpasset brugerne. Ifølge Skivington et al. (2021) kan involvering af brugerne (stakeholders) bidrage med flere perspektiver på en indsats programteori hvilket kan resultere i, at indsatsen bliver tilpasset brugerne og i sidste ende bliver mere effektiv.

Til udarbejdelse af projektets analyse af interviews, blev softwareprogrammet NVIVO anvendt, da dette kan hjælpe med at tilgå materialet systematisk, skabe overblik og bedre håndtering af større empiriske materialer (NVIVO, no date). Her blev der kodet ud fra projektets identificerede kontekster, mekanismer og outcomes, som er illustreret i programteorien. Herefter blev kodningerne samlet i mapper i NVIVO, der stemte overens med temaerne, som slutteligt blev gennemgået for at identificere CMO-konfigurationer.

9.2.6 Etiske overvejelser

Projektets etiske ståsted tager udgangspunkt i fire områder i kvalitativ forskning, der indebærer etiske retningslinjer, hvilket ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle.

Informeret samtykke og fortrolighed omhandler, at informanten er informeret om projektets formål, at deltagelse er frivilligt, at de til enhver tid kan trække samtykket tilbage, samt at det sagte i interviewet vil blive sløret og opbevaret fortroligt (Kvale and Brinkmann, 2015). Dette stemmer ydermere overens med Helsinki deklARATIONEN, hvor etiske rammer og hensyn for god videnskabelig forskning er beskrevet (World Medical Association, 2018).

Projektgruppen er isoleret set ansvarlige for henholdsvis dataansvarlighed og databehandling, hvormed dette medfører et ansvar for at efterleve lovgivning og sikkerhedsstandarder for bearbejdning af data (Aalborg Universitet, no date). Med henblik på at følge lovgivningen og højne sikkerheden, blev lydfilerne fra interviewene overført og opbevaret på et krypteret drev på computeren og herefter slettet fra diktafonerne. Ydermere vil data, i overensstemmelse med datatilsynets grundlæggende principper og GDPR-reglerne, blive slettet efter endt projektperiode (Aalborg Universitet, no date; Datatilsynet, no date b, no date a).

Derudover kan deltagelse i interviewene medføre konsekvenser for informanterne, hvilket er væsentligt at gøre sig overvejelser omkring, idet risikoen for at skade deltagerne, jævnfør Kvale og Brinkmann (2015), skal være så lille som mulig. I projektet blev der taget højde for dette, ved at indlede interviewet i form af briefing, med gennemgang af projektets formål og informanternes rettigheder, herunder at de, hvis ønsket, kunne undlade at besvare nogle af spørgsmålene. Ligeledes blev spørgsmålene udarbejdet med stor opmærksomhed på at minimere risikoen for at støde informanterne. Ydermere blev der i debriefing givet plads til, at informanterne kunne stille spørgsmål, samt give udtryk for eventuelle oversete emner i interviewet.

Det er derudover væsentligt at gøre sig overvejelser om forskerens rolle, da denne er afgørende for både de etiske beslutninger der træffes, samt kvaliteten af den viden der generes i kvalitativ forskning (Kvale and Brinkmann, 2015). I projektet er dette imødekommet, ved at alle i projektgruppen har været med til udformning af spørgsmålene i interviewguiden, således at disse var etisk forsvarlige og af neutral karakter. Derudover er der gjort overvejelser

om, hvordan interviewsituationen gøres mest mulig tryk og afslappet, samt at interviewer og suppleant fremstod neutrale for derved ikke at præge informanternes svar.

10 Resultater og analyse

I det følgende vil resultaterne af den systematiske litteratursøgning og dernæst den kvalitative analyse blive præsenteret, med henblik på at fremanalysere CMO-konfigurationer, der slutteligt skal bidrage til projektets reviderede programteori.

10.1 Processen i analysen af artikler og kvalitative interviews

Analysen af artikler og kvalitative interviews er forløbet ud fra de samme analysetrin, hvorfor der i dette afsnit kun tages udgangspunkt i analysen af artiklerne.

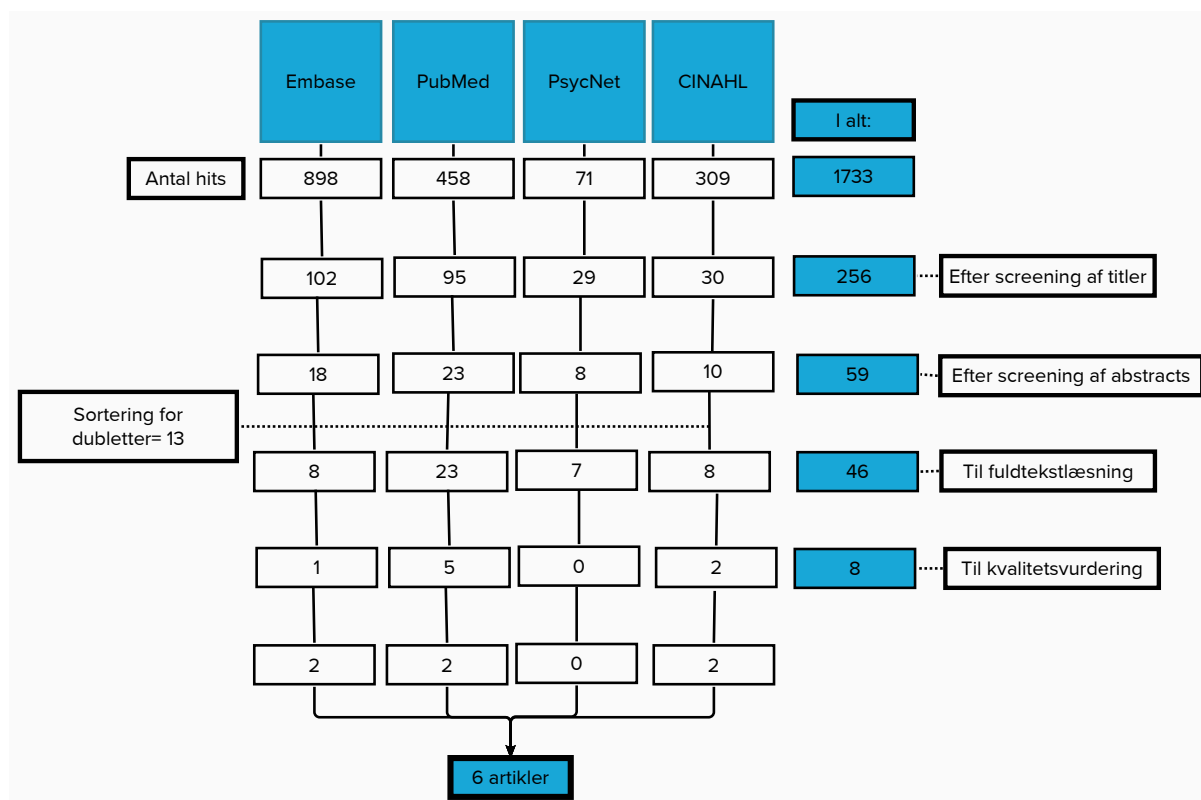
I første fase af analysen læste projektmedlemmerne al datamateriale hver for sig, for at danne et overblik over data. Derefter kodede medlemmerne, ligeledes hver for sig data i NVIVO ud fra projektets initierende programteori. Under kodningen blev kontekster, mekanismer og outcomes identificeret, med relevans i projektets 1. underspørgsmål, hvor projektmedlemmer i denne sammenhæng var åbne overfor nye kontekster, mekanismer og outcomes som ikke var en integreret del af programteorien. En oversigt over kodningen ses i bilag 8.

Efter kodningen mødtes projektmedlemmerne og sammenlignede resultaterne med hinanden og dannede i samarbejde relevante CMO-konfigurationer. Herefter diskuterede og udvalgte projektmedlemmerne essentielle citater til rapportering af analysen, hvilket ligeledes bidrog til faglige diskussioner og relevante overvejelser blandt gruppemedlemmerne. Analysen blev nedskrevet og gennemlæst af gruppemedlemmerne, hvorefter der blev noteret konstruktiv feedback, som slutteligt blev diskuteret i gruppen.

10.2 Hæmmende og fremmende mekanismer for handlekompetencer blandt kvinder med GDM ifølge forskningslitteraturen

I figur 4 fremgår projektgruppens selektionsproces af videnskabelige studier i de anvendte databaser, hvor det kan aflæses at den systematiske søgning i alt medførte 1733 hits. Herudfra blev der indledningsvist screenet på artikler og dernæst abstracts, hvorudfra artikler, der

ikke stemte overens med in- og eksklusionskriterierne, blev frasorteret. På samme måde blev artiklerne vurderet ud fra fuldtekstlæsning, hvor der bl.a. var udvalgt to artikler, som baserede sig på samme empiri, hvorfor det ene studie blev valgt fra. De to studier omhandlede henholdsvis oplevelser og barrierer/facilitatorer, hvorfor det sidstnævnte studie blev vurderet mest relevant til besvarelse af underspørgsmålet og derfor taget med videre. Slutteligt blev artiklerne kvalitetsvurderet, hvor et systematisk review blev ekskluderet, da den metodiske tilgang blev sparsomt beskrevet og derfor kunne kvaliteten heraf ikke vurderes. Yderligere blev et kvalitativt studie ekskluderet, da kvaliteten var lav. Den systematiske søgning resulterede derfor i alt i 6 artikler.



Figur 4: Flowchart over selektionsprocessen

Litteratursøgningens udvalgte artikler præsenteres og beskrives i nedenstående tabel 5, hvor henholdsvis formål, metode, resultater samt studies styrker og svagheder præsenteres. Ligeledes beskrives studiernes bidrag til projektet og deres kvalitetsvurdering, baseret på anvendelsen af kvalitetstjeklisterne af Joanna Briggs (The University of Adelaide, no date).

Forfatter (år), artikel, land	Formål	Studiedesign og metode	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Jung, et al., (2021), Psychosocial support interventions for women with gestational diabetes mellitus: a systematic review <u>Land:</u> Korea (n=5), Iran (n=4), Tyrkiet (n=1), Holland (n=1), England (n=1), Australien (n=1) og Irland (n=1).	At undersøge effektiviteten og indvirkningen af interventioner med psykosocial støtte til kvinder med GDM.	<u>Design:</u> Systematic review <u>Metode:</u> 9 databaser. Kvalitetsvurdering ud fra ROB 2.0 ved RCT-studier og RoBANS 2.0 checklister ved ikke RCT studier. <u>Søgeord:</u> "diabetes, gestational", "psychosocial support systems", "psychosocial support", "psychological support", "social support", "stress," "anxiety" and "depression" <u>Dataudtrækning:</u> To forskere udvalgte og kvalitetsvurderede artiklerne uafhængigt af hinanden. I alt udvalgt 14 studier der levede op til inklusionskriterier og kvalitetsvurdering. Heri var der i alt 1331 kvinder med GDM.	Interventioner med psykosocial støtte medførte (1) støtte i form af information, (2) motivation til self-management, herunder at sætte mål for kost, motion, blodsuktermåling og øge positiv sundhedsadfærd, (3) afslapning, herunder at praktisere åndedrætsøvelser og meditation samt (4) emotionel støtte i form af at dele meninger og opnå støtte til at håndtere følelser.	<u>Styrker:</u> Velbeskrevet metode, flere forskere der udvælger og kvalitetsvurderer artiklerne, hvorfor reviewet har høj reliabilitet. Artiklen har høj intern validitet. <u>Svagheder:</u> To RCT-studier skriver, at det er randomiseret, men beskriver ikke metoden. Blinding af deltagere og forskere er i nogle studier uklart. Ligeledes er der risiko for selektionsbias og derfor skal resultaterne fortolkes med forsigtighed. Den eksterne validitet er lav. Artiklen er ud fra JBIs tjekliste vurderet til høj kvalitet. <u>Relevans:</u> Studiet giver indblik i, at psykosocial støtte kan være gavnligt for kvinder med GDM, idet de er under et stort psykisk pres og skal håndtere mange nye ting på én gang.

Forfatter (år), artikel, land	Formål	Studiedesign og metode	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Carolan, Gill and Steele (2012) Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. <u>Land:</u> Australien	At undersøge faktorer der faciliterer eller hæmmer GDM self-management blandt kvinder i et socialt udsat område.	<u>Design:</u> Kvalitativt design <u>Rekruttering:</u> Purposive sampling af 15 kvinder fra en graviditetsklinik i et socialt udsat område. Alle var gravide og diagnosticeret med GDM. <u>Dataindsamling:</u> Kvalitative semi-struktureret interviews og et fokusgruppeinterview. <u>Analysestrategi:</u> Tematisk analyse.	Barrierer der komplicerede kvinders self-management af GDM: tidspres, fysiske begrænsninger, sociale begrænsninger, begrænset forståelse af krav, insulin som en nemmere udvej. Facilitatorer: Tænke på barnets helbred og at nå en realisering af at skulle klare GDM selv. Ligeledes er psykologisk støtte fra sin partner og familie af afgørende betydning.	<u>Styrker:</u> Der er sammenhæng ml. forskningsspørgsmål, design og metode. Der er metodisk transparens og analysen er udført af flere forskere. Således er gyldigheden og pålideligheden i studiet højt. <u>Svagheder:</u> Kvinderne skulle kunne snakke engelsk, for at deltage i studiet, hvorfor der kan være nogle socialt udsatte kvinder, som ikke inkluderes. Generaliserbarheden til andre socialt udsatte grupper er påvirket af, at ikke-engelsktalende er ekskluderet. Artiklen er ud fra JBIs tjekliste vurderet til høj kvalitet. <u>Relevans:</u> Studiet giver indblik i, hvad der kan forhindre eller hjælpe udsatte kvinder med at håndtere GDM. Studiet indgår desuden i nedenstående systematiske review af He et al. (2021), men medtages alligevel, idet studiets fokus stemmer særligt overens med projektets undersøgelses spørgsmål og fordi det ikke gives så stor opmærksomhed i reviewet.

Forfatter (år), artikel, land	Formål	Studiedesign og metode	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
He, et al., (2021), The experiences of pregnant women with gestational diabetes mellitus: a systematic review of qualitative evidence <u>Land:</u> Sverige (n = 3), Australien (n = 2), Canada (n = 2), og Danmark, Kina, og Thailand (n=3).	At undersøge kvinders oplevelse med GDM og identificere vigtige faktorer, der kan bidrage til at forebygge eller udsætte forekomsten af type 2 diabetes.	<u>Design:</u> Systematic review <u>Metode:</u> 9 databaser. Kvalitetsvurdering ud fra Joanna Briggs checkliste. <u>Søgeord:</u> gestationel diabetes Experience Qualitative research <u>Dataudtrækning:</u> Udført af to uafhængige forskere. I alt 10 studier der levede op til kvalitetsvurdering. Heri var der i alt 223 kvinder med GDM.	<u>3 syntetiserede fund:</u> 1: Overbevisninger om sygdom og sundhed: herunder viden om GDM, opmærksomhed på helbredet, bekymring for barnet. 2: Livsændrende oplevelser og sunde forventninger: herunder blod-sukkerkontrol, tilpasning og forvente gode resultater 3: Vanskeligheder og behov: herunder behov for professionel hjælp, behov for social støtte og økonomisk pres.	<u>Styrker:</u> Velbeskrevet søgning og syntetisering af resultater, hvorfor reliabiliteten i studiet vurderes at være høj. Ydermere er der sammenhæng mellem forskningsspørgsmål, design og metode som ligeledes højner reliabiliteten. Artiklen har høj intern validitet. <u>Svagheder:</u> Inkluderer mange studier, som undersøger etniske minoriteter, hvorfor der kan være forskelle på deres oplevelser sammenlignet med ikke-etniske minoriteters oplevelser. Dog bliver den eksterne validitet høj når resultatet generaliseres til etniske minoriteter. Artiklen er ud fra JBIs tjekliste vurderet til høj kvalitet. <u>Relevans:</u> Studiet viser kvinders oplevelser med GDM og derved et indblik i, hvor der kan sættes ind, for at forbedre oplevelsen og deres håndtering af sygdommen.

Forfatter (år), artikel, land	Formål	Studiedesign og metode	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Hui et al., (2014), Barriers and coping strategies of women with gestational diabetes to follow dietary advice <u>Land:</u> Canada	At undersøge hvilke barrierer og mestringsstrategier der gør sig gældende for kvinder med GDM, i forhold til at følge kostråd.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Rekruttering:</u> 30 kvinder rekrutteret fra et ambulatorie, med GDM henvisninger fra Manitoba. <u>Dataindsamling:</u> Food Choice Map (FCM), en semistruktureret dybdegående interviewmetode, anvendt til at forstå deltagernes ugentlige spisemønstre og betydninger af spisemønstret. <u>Analysestrategi:</u> Integrative Model for Behavioral Prediction blev anvendt til at vejlede fortolkningen af interviewdata. Temaer for adfærdsforudsigelser blev kategoriseret på baggrund af modellen.	4 barrierer blev identificeret når kvinderne fulgte kostrådene. 1. Personlig madpræference var i modstrid med kostråd 2. At spise i forskellige sociale miljøer, hvor madvalg og portioner var ude af kontrol, og beslutninger om valg af mad var påvirket af sociale normer 3. Mangel på viden og færdigheder om kost ledelse og mangel på skræddersyet kostplanlægning 4. Begrænset tid til kostændringer. Desuden når kvinder stødte på barrierer dukkede flere mestringsstrategier op Tilpasset pædagogisk og mental sundhedskonsultation med hensyn til barriererne kan fremme overholdelse af kostråd og give et generelt bedre helbred.	<u>Styrker:</u> Høj troværdighed og gyldighed. En styrke at FCM-interviewet blev anvendt, bidrager med helhedsorienteret indsamling af kvindernes spisemønstre og lægger op til diskussion af enhver beslutning om mad kvinderne har truffet. Metoden er blevet valideret til at indsamle nøjagtige, pålidelige og rige kvalitative data ved indsamling af data om spisningsadfærd <u>Svagheder:</u> Sample-size var lille, hvilket gav en skævhed i den demografiske sammensætning, kvinder med lav socioøkonomisk status er derfor ikke repræsenteret. Lav generaliserbarhed til større befolkning grundet lille sample-size. Artiklen er ud fra JBIs tjekliste vurderet til at være af høj kvalitet. <u>Relevans:</u> Denne artikel bidrager til en bedre forståelse om betydningen af handlekompetencen diætstyring blandt kvinder med GDM set ud fra læg-perspektivet.

Forfatter (år), artikel, land	Formål	Studiedesign og metode	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Martis et al., (2018), Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control – a qualitative study using the theoretical domains framework <u>Land:</u> New Zealand	At undersøge facilitatorer og barrierer for kvinder med GDM for at opnå optimal glykæmisk kontrol.	<u>Design:</u> kvalitativ deskriptiv undersøgelse <u>Rekruttering:</u> 60 Kvinder med GDM rekrutteret fra to hospitaler i New Zealand vha. e-mail invitation. <u>Dataindsamling:</u> Dataindsamlingen tog udgangspunkt i semistrukturerede interviews med en spørgeguide. Kvinderne kunne vælge at blive interviewet ansigt til ansigt eller at blive ringet op. <u>Analysestrategi:</u> Tematisk indholdsanalyse af Braun og Clarke, samt Theoretical Domains Framework blev brugt til at analysere data	Der forekommer bl.a. barrierer i form af mangel på undervisning, sundhedsoplysninger på forskellige sprog, lange ventetider, inkonsekvent rådgivning, individuelle tiltag (fysisk aktivitet). Ydermere forekom barrierer i form af manglede støtte fra partner og familie samt manglede støttegrupper for kvinder med GDM. Facilitatorer forekom bl.a. i form af gruppesessioner hvor familien var inkluderet, individuelle kost/træningsplaner som tilpasses kvindernes kontekst (økonomi, etnicitet, fødevarer). Ydermere forekom facilitatorer såsom gratis udstyr, transport samt børnepasning når aftaler på sygehuset skulle overholdes.	<u>Styrker:</u> Overensstemmelse mellem forskningsspørgsmål, design og metode. Transparent og stringent studie, hvilket øger pålideligheden. Informanternes udtalelser er godt repræsenteret i studie. Desuden forekommer der høj gyldighed, da undersøgelsen og heraf metoden undersøger det som påstås. <u>Svagheder:</u> En svaghed ved studiet er, at forskeren ikke beskriver egen rolle. Desuden forekommer der begrænsninger i form af, at deltagende kvinder ikke var fra landdistrikter eller fjerntliggende områder i New Zealand, og kun kvinder, der taler flydende engelsk, var berettigede. Generaliserbarheden (Overførbarheden) til andre grupper er påvirket af, at ikke-engelsktalende er ekskluderet. Artiklen er ud fra JBIs tjekliste vurderet til høj kvalitet. <u>Relevans:</u> Artiklen kan bidrage med viden om hvilke barrierer og facilitator der kan forekomme ved kvinder med GDM for at opnå optimal glykæmisk kontrol.

Forfatter (år), artikel, land	Formål	Studiedesign og metode	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Harrison et al., (2019), Women with gestational diabetes mellitus want clear and practical messages from credible sources about physical activity during pregnancy: a qualitative study <u>Land:</u> Australian, Melbourne	At undersøge kvinder med GDMs holdninger til fysisk aktivitet under graviditeten. Herunder at undersøge opfattede barrierer og facilitatorer for fysisk aktivitet under graviditeten er hos kvinder med GDM.	<u>Design:</u> Et kvalitativt studie med fænomenologi og fortolkningsbeskrivelse som teoretisk ramme. <u>Rekruttering:</u> 27 kvinder med GDM rekrutteret fra prænatale klinikker på to hospitalet. <u>Dataindsamling:</u> Semistrukturerede interviews ansigt til ansigt eller telefonisk. <u>Analysestrategi:</u> Tre forskere analyserede tematisk de kvalitative data ved hjælp af en induktiv metode. Data blev kodet og sammenlignet, og temaer blev udviklet, diskuteret og defineret	For at føle sig trygge og sikre ved at være fysisk aktiv under graviditeten, ønskede kvinder med GDM, klare, enkle og GDM-specifikke beskeder fra troværdige kilder. Informationerne skulle bl.a. baseres på at forstå hvorfor fysisk aktivitet er vigtig for at forbedre resultaterne for dem selv og deres babyer. Ydermere forekom ønsker om information omkring fleksible, og praktiske muligheder for fysisk aktivitet.	<u>Styrker:</u> Styrken ved denne undersøgelse er, at der forekommer overensstemmelse af forskningsspørgsmål, design og metode. Ydermere er en styrke; mangfoldigheden af deltagerne, de detaljerede beretninger om deltagerens demografi, fortsættelse af rekruttering indtil datamætning. Desuden forekommer studiet stringent og transparent, hvilket øger pålideligheden af studiet. Desuden forekommer der høj gyldighed, da undersøgelsen og heraf metoden undersøger det som påstås. Ydermere har studiet en høj grad af generaliserbarhed til lignende populationer. <u>Svagheder:</u> En svaghed ved studiet er, at forskeren ikke beskriver egen rolle. Desuden forekommer rekruttering af kun engelsktalende kvinder kan have påvirket resultaterne og var en begrænsning, men på trods af dette kriterium var en række etniciteter repræsenteret. Artiklen er ud fra JBIs tjekliste vurderet til høj kvalitet. <u>Relevans:</u> Artiklen kan bidrage med viden omkring facilitatorer med henblik på at fremme fysisk aktivitet hos kvinder med GDM.

Tabel 5: Oversigt over udvalgte artikler

Projektets systematiske litteratursøgning anvendes til besvarelse af projektets første underspørgsmål: *"Hvilke hæmmende og fremmende mekanismer præsenterer forskningslitteraturen, med henblik på at forbedre handlekompetencer blandt kvinder med GDM?"*

Ud fra de udvalgte artikler i litteratursøgningen blev der fremanalyseret relevante temaer, hvorudfra hæmmende og fremmende mekanismer kunne identificeres og CMO-konfigurationer blev dannet. Nedenfor i tabel 6 illustreres en oversigt over fremanalyserede CMO-konfigurationer.

CMO	Kontekst (C)	Mekanisme (M)	Outcome (O)
CMO1	Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer	Støtte	Langsigtet outcome: Øget handlekompetencer Øget livskvalitet
CMO2	Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer	Individuel inddragelse Undertema: Tilpasning af anbefalinger	Kortsigtet outcome: Anbefalinger efterleves Langsigtet outcome: Øget livskvalitet Utilsigtet konsekvens: Overspisning
CMO3	Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer	Indsigt i fysisk aktivitet under graviditet	Kortsigtet outcome: Reducere frygt og usikkerhed Langsigtet outcome: Øget fysisk aktivitet
CMO4	Kvinde med GDM	Chok over diagnosen	Kortsigtet outcome: Øget motivation Utilsigtet konsekvens: Sorg og skuffelse Handlingslammelse Svært at acceptere diagnosen
CMO5	Kvinde med GDM Undertemaer: Travlhed i hverdagslivet Fysiske vilkår Arbejdsliv	Planlægning og strukturering	Kortsigtet outcome: Anbefalinger efterleves Langsigtet outcome: Øget livskvalitet Utilsigtet konsekvens: Reduceret livskvalitet
CMO6	Kvinde med GDM	Indsigt i GDM	Kortsigtet outcome:

		Undertemaer: Konsekvenser ved GDM for barnet Adfærdsændringer	Øget motivation Langsigtet outcome: Øget handlekompetencer Utilsigtet konsekvens: Skyld, skam, frygt Handlingslammelse
CMO7	Socialt netværk	Støtte Undertemaer: Støtte til at udføre adfærdsændringer	Kortsigtet outcome: Fysisk aktivitet bliver sjovere Reducere angst og ensomhed Øget selvtillid Langsigtet outcome: Øget livskvalitet Øget handlekompetencer Utilsigtet konsekvens: Følelse af ikke at passe ind Social isolation Reduceret livskvalitet

Tabel 6: Oversigt over CMO-konfigurationer i artiklerne

10.2.1 Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer

I denne analyse, fremanalyseres CMO-konfigurationer med afsæt i konteksten *Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer*.

CMO 1 Støtte

Tre ud af syv artikler fandt, at støtte fra sundhedspersonalet har en positiv indvirkning på kvinder med GDM, hvilket blandt andet ses i følgende citat: *"Psychosocial supportive interventions positively affect self-care behaviors, depression, anxiety, self-efficacy, and stress, as well as improving FPG, HbA1c, and PP2hrs in women with GDM. Therefore, in addition to diet and exercise therapy, which are the main therapeutics for GDM, integrated and comprehensive interventions that include psychosocial dimensions are needed"* (Jung et al., 2021, p. 88). Her ses det, at støtte har en positiv effekt både indenfor den fysiske og psykiske dimension hos kvinden, hvorfor støtte kan sættes i relation til at kunne fremme kvindernes livskvalitet.

Samtidigt bidrager støtten også positivt til, at kvinden øger sine handlekompetencer. Studiet af Carolan, Gill and Steele (2012) fandt ligeledes, at støtte til kvinder med GDM var meget værdifuld til at hjælpe og opmuntre dem til at mestre håndteringen af GDM og fik dem desuden til at føle sig mindre isoleret. Lignende resultater fandt et andet studie: *“Participants believed that psychological support made them feel less isolated, and this support encouraged them to master GDM self-management. Most importantly, psychological support has shown to drastically reduce anxiety, a symptom of GDM.”* (He et al., 2021, p. 785). I studiet fandt de ydermere, at kvinderne særligt ønskede støtte og forståelse for deres behov til at kunne håndtere GDM (He et al., 2021).

Støtte kan således, foruden at fremme handlekompetencer, mindske ensomhedsfølelsen hos kvinderne og reducere angst også fremme livskvaliteten. I reviewet af Jung et al., (2021) fremgik det desuden, at dét at få diagnosen GDM øger motivationen for at efterleve anbefalinger hos kvinderne, hvorfor sundhedspersonalet med fordel aktivt bør støtte kvinderne på diagnosetidspunktet. Fire undersøgelser i reviewet fandt, at for at fremme ændringer i kvindernes egenomsorgsadfærd, og dermed kvindens handlekompetencer, er der behov for mindst fire sessioner af støtte, mere end 20 minutters varighed pr. gang.

Sundhedspersonalet **(C)**, kan med fordel praktisere støtte **(M)** da det kan resultere i øget livskvalitet og øget handlekompetencer til at håndtere GDM **(O)**.

CMO 2 Individuel inddragelse

Fire ud af syv studier fandt, at det for kvinder med GDM er svært at efterleve kostanbefalingerne fra sundhedspersonalet. Eksempelvis skriver et studie: *“Women with GDM found it difficult to change their eating habits, because the GDM recommended eating plan was a drastic change from their previous dietary habits”* (He et al., 2021, p. 783). Ligeledes havde kvinderne i et andet studie svært ved at følge den generiske kostplan, en kvinde udtaler: *“You get a list of food but no instructions... you don’t know “if I eat a smaller potato is that okay?” And then you follow it (the diet) through the pregnancy.... You would like to say, “Follow this diet, you’ll be fine, off you go.” It isn’t like that, so a greater effort is needed, and encouragement, and just well, time... you really have to work it out yourself”* (Carolan, Gill and Steele, 2012, p. 6).

Af citaterne ses det at kostplanerne som kvinderne skal følge er langt fra deres normale spisvaner, hvorfor der skal foretages store ændringer i deres madvaner, hvilket kræver mange ressourcer og stort engagement. Desuden skaber de generiske kostplaner forvirring og efterspørgsel efter ikke blot at få viden om hvad de skal spise, men også at personalet fokuserer mere på at hjælpe kvinden til hvordan ændringer kan udføres. Dette kan personalet hjælpe kvinden med gennem individuel inddragelse, således kan inddragelsen sikre at kvinderne lettere vil kunne efterleve anbefalingerne.

I studiet af Hui, et al., (2014) modtog kvinderne en kopi af Diabetes Food Guide, som de oplevede som meget standard, og savnede ligeledes vejledning fra sundhedspersonalet, da det forekom særligt problematisk for dem selv at finde ud af, hvordan forskellige fødevarer påvirker blodsukkeret. Her ses det igen fordelagtigt, at sundhedspersonalet gennem individuel inddragelse, understøtter kvinderne i valg af fødevarer.

Desuden efterspørger kvinderne i studiet af Hui, et al., (2014) at tidspunkterne for måltider bliver tilpasset deres sædvanlige livsstil og arbejdsplan, da den generiske kostplan gav ubalance i deres hverdagsliv. Den største efterspørgsel blandt kvinderne i studiet, var et ønske om, at kostplanen blev baseret på personlige madpræferencer, således at der også var plads til den trang til specifikke madvarer de havde under graviditeten. En restriktiv kostplan kunne nemlig resultere i manglende efterlevelse af anbefalinger, herunder i form af overspisninger hos kvinden: *"In general, some participants realized that it is very difficult for them to manage and control their overeating behaviors"* (He et al., 2021, p. 784).

Desuden fandt studiet, at kvinderne har tilegnet sig sine madvaner allerede inden graviditeten (He et al., 2021), hvilket naturligvis påvirker evnen til at følge anbefalingerne under graviditeten. På baggrund af ovenstående citater, ses en restriktiv kostplan som en barriere for, at kvinder med GDM efterlever anbefalingerne. Det kan således være fordelagtigt at sundhedspersonalet gennem individuel inddragelse tilpasser kostenbefalinger efter kvindens madpræferencer og vaner, for at hjælpe dem til at efterleve anbefalingerne og forebygge overspisning. I studiet af Martis et al., (2018) fortæller en kvinde følgende: *"Walking through a personalised diet is really helpful, and not just a mass-produced 'try these things'"* (Martis et al., 2018, p. 14). Hvilket demonstrerer at en individrettet kostvejledning kan være gavnlig for kvinden. Desuden viser studiet af He et al., (2021), at flere kvinder nyder at være kommende mor når de finder en balance mellem kostenbefalingerne og blodsukkeret: *"They set out to*

find out about the disease, thereby finding the link between food intake and blood sugar levels. As the fetus grows, they get used to being a mother with GDM and begin to enjoy motherhood.” (He et al., 2021, p. 783). Af citatet kan fremhæves, at når kvinderne har opnået indsigt i GDM og får skabt en balance mellem kostindtag og regulering af blodsukker. Derudover kan de glæde sig over graviditeten og at de snart skal være mødre, hvilket desuden kan bidrage til at livskvaliteten øges.

På baggrund af ovenstående studier er der behov for, at sundhedspersonalet **(C)** gennem individuel inddragelse, hjælper kvinderne med at skabe balance mellem personlige foretrukne madvarer og blodsukker **(M)**, således at kvinderne lettere kan efterleve anbefalingerne og kan finde glæde i graviditeten og derved øget livskvalitet **(O)**.

CMO 3 Viden om fysisk aktivitet under graviditet

Tre ud af syv studier viste, at kvinder med GDM var særligt motiveret for at dyrke motion, hvis det var til gavn for barnets helbred, dette illustrerer studiet af He et al., (2021): *“Women describe their willingness to follow healthy recommendations such as a healthy diet and exercise because they realize these efforts will benefit their own health, as well as their baby’s health”* (He et al., 2021, p. 783). Dog viser studiet, at kvinderne mangler viden om hvordan fysisk aktivitet kan påvirke babyen. I studiet af Carolan, Gill and Steele (2012) fremkommer dette: *“Their understanding of how exercise would improve the baby’s health was sometimes a little sketchy: (...) just walking, yeah, that makes the baby stronger”* (Carolan, Gill and Steele, 2012, p. 7). Studiet af Harrison et al., finder, at kvinderne eksplicit ønsker viden om fysisk aktivitet: *“They described needing information about physical activity from a credible source (such as a health professional) that was easy to understand, and clearly explained what type and how much physical activity was safe and relevant for their GDM pregnancy. (...) They talked about needing information that provided flexible, convenient, practical options to be physically active that could be tailored to meet their individual needs and fit in with their busy lifestyles”* (Harrison et al., 2019, p. 39).

Informationen om fysisk aktivitet bør komme fra sundhedspersonalet, da dette skaber troværdighed og tryghed for kvinderne, til at turde og ville være mere fysisk aktiv. Desuden kan

en individuel inddragelse af kvinderne, hvor sundhedspersonalet anbefaler fysisk aktivitet der passer til kvindens hverdagsliv og ønsker, samt konkretiserer hvordan den bør udføres, resultere i at kvinderne bliver mere fysisk aktive. I studiet kommer det desuden frem, at kvinderne ønskede information om de risici der kan opstå, hvis de ikke dyrker motion, idet information om disse risici var en motiverende faktor til at dyrke motion (Harrison *et al.*, 2019). I studiet af Martis *et al.*, fremkommer der både frygt og manglende viden omkring fysisk aktivitet: *“I don’t want my baby to come before 35 weeks, you know, I’m scared it comes early, more exercise makes it too early, but I will walk or swim after that time if it makes a difference”* (Martis *et al.*, 2018, p. 14). I citatet ses det, at manglende viden og frygt resulterer i, at hun ikke får udført fysisk aktivitet, hvorfor det kan være gavnligt at sundhedspersonalet i højere grad giver kvinden indsigt i aktivitetsformer, som er gode og mulige under en graviditet.

På baggrund af citaterne tydeliggøres det således, at der i alle studier ses manglende viden om fysisk aktivitet og påvirkning heraf på kvinden og barnet, samt at den manglende viden skal komme fra troværdige kilder som sundhedspersonalet. Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer er derfor konteksten **(C)**, der ved at give kvinderne indsigt i fysisk aktivitet under graviditeten **(M)**, kan reducere frygt og usikkerhed hos kvinden, hvilket slutteligt kan resultere i, at kvinderne bliver mere fysisk aktive **(O)**.

10.2.2 Kvinde med GDM

I nedenstående analyse fremskrives CMO-konfigurationer med afsæt i konteksten *Kvinde med GDM*.

CMO 4 Chok over diagnosen

Samtlige studier fremhæver, at kvinderne oplever en form for reaktion eller chok i forbindelse med at de får diagnosen: *“Women who were emotionally affected by their diagnosis of GDM described feelings of shock, upset, panic, scared, struggling, numbness, depression, fear, terror, disappointment, surprise, sadness, anxiety, and worry”* (He *et al.*, 2021, p. 781). Således kan diagnosticering medføre mange negative følelser hos kvinden, der samtidig påvirkes af drastiske ændringer i hverdagen: *“This stage was made all the more difficult because of the*

immediate and quite dramatic dietary change required. Such urgency left participants with what Lili describes as no time to think it through." (Carolan, Gill and Steele, 2012, p. 4). Det kan således indikere, at kvinderne i en periode oplever en form for handlingslammelse, fordi der forekommer mange informationer og ændringer på én gang. Kvindernes reaktion på GDM kan muligvis influere på evnen til at tage informationerne ind og huske dem. Det kan således være gavnligt, hvis personalet er ekstra opmærksomme på kvindens reaktion og tager hånd om det, hvis nødvendigt, således at de kan overkomme chokket og få overskud til at forstå og håndtere GDM. I relation til dette beskriver Jung et al. (2021): *"Diagnosis of GDM can be a motivator for healthy behavioral changes and subsequent lifestyle changes, so nurses should actively support women with GDM at the time of diagnosis"* (Jung et al., 2021, p. 87). Reaktionen på diagnosen er således ikke nødvendigvis negativ, men kan ligeledes få kvinden til at blive motiveret og engagere sig i disse adfærdsændringer.

Derudover beskriver et studie følgende: *"The women had no somatic symptoms of the disease, therefore some experienced difficulty understanding their diagnosis, had trouble accepting the diagnosis, and thus doubted and denied the diagnosis of GDM"* (He et al., 2021, p. 781). At kvinderne har svært ved at acceptere det, kan ligeledes være et tegn på, at de er chokeret over diagnosen, hvilket personalet kan adressere og dermed hjælpe kvinderne med at håndtere GDM indenfor en kortere tidsramme.

Kvinden med GDM **(C)** kan derfor opleve et chok over at få diagnosen **(M)**, hvilket kan medføre mange negative følelser og muligvis handlingslammelse. Ligeledes kan det føre til øget motivation hos kvinden, for at iværksætte nye tiltag i sin hverdag med GDM **(O)**.

CMO 5 Planlægning og strukturering

I seks af artiklerne oplever kvinderne, at der er mange faktorer, som de skal holde styr på: *"Finding time for everything was identified as a major challenge for most women. This difficulty related to the busyness of the women's lives as they juggled work, household chores and family obligations"* (Carolan, Gill and Steele, 2012, p. 5). Således er kvindens håndtering af GDM influeret af hendes hverdagsliv, herunder forholdende på hendes arbejde: *"It was expressed by seven women that rescheduling new meal times was hard because the recommended frequency of meals conflicted with their work schedules and lifestyle"* (Hui et al., 2014,

p. 294). Foruden at influere på måltiderne, kunne arbejdet medføre, at blodsuktermålingerne blev glemt eller udskudt, såfremt kvinderne ikke kunne gå fra til dette (Hui *et al.*, 2014). Her ved kan GDM være svær at håndtere, samtidig med at arbejde og hverdagslivet varetages. Ligeledes kan GDM medføre, at hverdagen bliver mere ensformig og stiller høje krav til kvinderne: *"Spontaneity and ease are no longer their choice, because planning, routines, and strict GDM management have become their way of life"* (He *et al.*, 2021, p. 782). Hverdagen bliver således meget præget af GDM, hvilket kan påvirke livskvaliteten negativt.

En måde hvorpå kvinderne kan hjælpes til at håndtere GDM og samtidig balancere hverdagslivet, er ved at strukturere og planlægge sin dag: *"Women who decided to have all their testing and documentation equipment in a dedicated bag and leaving it a dedicated place at home indicated how helpful this was to undertake the testing regularly"* (Martis *et al.*, 2018, p. 12). Ved at de sundhedsprofessionelle kan komme med gode eksempler på, hvordan en hverdag kan struktureres, f.eks. gennem påmindelser på telefonen eller lignende, kan adfærden blive en vane, der således ikke kræver samme opmærksomhed og overskud fra kvinden, hvorfor livskvaliteten kan øges, fordi vanen giver kvinden mere rum for frihed.

Såfremt at kvinden med GDM, som er influeret af hverdags- og arbejdslivet **(C)**, formår at planlægge og strukturere sin hverdag **(M)**, er der større chance for at blodsuktermålingerne udføres og måltiderne indtages til tiden, hvorfor anbefalingerne efterleves **(O)**, hvilket kan føre til øget livskvalitet.

CMO 6 Indsigt i GDM

Seks ud af syv studier udpeger indsigt i konsekvenser for barnet, som værende stærkt motiverende for kvinderne: *"Putting children first and striving to be a good mother were the biggest influences on women's perceptions of healthy behavior"* (He *et al.*, 2021, p. 782). Viden omkring følgevirkninger af GDM kan således medføre, at kvinderne i højere grad efterlever anbefalingerne, idet følelsen af at være en god mor ses fundamental for kvinderne. Dette betyder dog også, at såfremt denne indsigt ikke er tilstrækkelig til, at kvinderne efterlever anbefalingerne, kan det medføre enorm skyld- og skamfølelse hos moderen, eftersom at det negativt kan påvirke oplevelsen af at være god nok, som forælder. En kvinde udtaler: *"I was very determined to make sure I could do absolutely anything within my power to not allow*

any, something to happen to the baby. I knew I had brought it on myself by being overweight... I felt very responsible." (Carolan, Gill and Steele, 2012, p. 7). Det er dog væsentligt, at sundhedspersonalet ikke overbebyrder kvinderne med information, da samme studie skriver således: *"Fear and worry about GDM complications could hinder women following dietary advice"* (Hui et al., 2014, p. 294). Dette placerer således et stort ansvar på sundhedspersonalet, idet de skal balancere mellem at få kvinderne til at forstå alvoren, for derved at motivere dem til at handle, samt undgå at de ikke bliver for skræmte og dermed risikerer at blive handlingslammet.

Artiklerne viser et behov for, at kvindernes viden om GDM øges: *"Failure to recognize the seriousness of GDM due to poor education and poor knowledge of health can make it difficult to practice self-management for GDM. On the contrary, regular motivation allows women to adapt well to self-management of GDM. Therefore, informational support for women lacking GDM knowledge, along with strategies for strengthening women's motivation, is needed and should be continue."* (Jung et al., 2021, p. 87).

Det er således væsentligt at være opmærksom på, om kvinderne føler at de mangler indsigt i GDM og samtidig at tilbyde information omkring hvad der fastholder motivationen for kvinderne. Ligeledes kan information om, hvordan de bedst muligt inkorporerer disse adfærdssændringer på en holdbar måde i deres hverdagsliv, være med at sikre, at de fastholder disse på sigt.

Kvinden med GDM **(C)** kan via større indsigt i GDM, herunder om konsekvenser for barnet samt hvordan adfærdssændringer udføres **(M)**, medføre at kvinderne får øget motivation og øget handlekompetencer til at håndtere GDM **(O)**. Ydermere kan indsigt medføre en skyld, skam og frygt hos moderen, der kan føre til handlingslammelse **(O)**.

10.2.3 Socialt netværk

I nedenstående analyse fremskrives CMO-konfigurationer med afsæt i konteksten *Socialt netværk*.

CMO 7 Støtte

I seks af artiklerne fremhæves støtte fra det sociale netværk, som særligt værdifuldt for kvinden til at håndtere GDM. Dette ses bl.a. her: *“Participants unanimously identified psychological support as very important in helping and encouraging them to master the everyday tasks of GDM self-management. This support had the effect of making the woman feel less isolated in her undertaking”* (Carolan, Gill and Steele, 2012, p. 7). Således kan støtte fra netværket motivere kvinderne til at håndtere GDM og reducere følelsen af ensomhed. Hertil beskriver flere studier, at støtte fra netværket reducerer angstfølelser og bidrager med øget selvtillid hos kvinderne. Støtte og opbakning fra det sociale netværk kan dermed give kvinderne øget livskvalitet og samtidig bedre håndteringen af GDM.

Støtte kan ligeledes hjælpe kvinderne til at være mere fysisk aktive: *“Social support was a factor the women described as important in helping them to be active. (...) encouragement to do physical activity and/or company while doing exercise from someone (partner, family, child or friend) saying it made the exercise more ‘enjoyable’ and made the ‘time pass more quickly’(...)”* (Harrison et al., 2019, p. 40). Ved at det sociale netværk både opmuntrer og tager del i efterlevelsen af anbefalingerne, bliver det nemmere at få udført. Såfremt netværket ikke bidrager med støtte, kan det medføre, at kvinderne ikke efterlever anbefalingerne: *“They were uncomfortable measuring the amounts of food in public and felt that their friends or relatives would expect them to eat like a normal pregnant woman. One woman said, “There’s going to be like twenty-five other people in the house. I do not want my cousins looking and going like – why don’t you just take a scoop and forget about it. I’m debating in my head, should I take my measuring cups and my scale or should I just enjoy myself and write down the consequences?”* (Hui et al., 2014, p. 294).

Således kan sociale sammenhænge give kvinderne en følelse af ikke at passe ind og mangel på opbakning til at efterleve anbefalingerne kan få dem til at droppe dette. Derudover kan det medføre, at kvinderne tager afstand til sociale sammenhænge for at kunne efterleve anbefalingerne: *“Six women either reduced frequencies of eating out due to unfamiliar carbohydrate content in restaurant food or avoided eating in social settings because the difficulties of controlling food choices and portion sizes. One woman tried to avoid eating with her parents who lived down the street”* (Hui et al., 2014, p. 296). Således risikeres det, at kvinderne isolerer sig selv og afholder sig fra at tage del i sociale hverdagsarrangementer, hvilket kan

anses som en utilsigtet konsekvens, der kan reducere kvindernes livskvalitet. Hertil påpeger Jung et al., (2021), at familieorienterede interventioner kan fremme håndteringen af GDM, hvorfor det kan være gavnligt at inkludere partner eller familiemedlemmer i interventioner rettet mod GDM.

Ydermere påpeger et af studierne, at flere af informanterne har opnået støtte fra Facebook grupper: *"Women in this study enjoyed swapping recipes, sharing tips about CBG testing, celebrating successes of achieving and maintaining glycaemic control and providing encouragement when glycaemic challenges were shared"* (Martis et al., 2018, p. 16). Hvilket indikerer, at det at kunne spejle sig i kvinder, som står i samme situation, kan give en følelse af sammenhold og bidrage til, at kvinderne finder nye metoder til at håndtere GDM i hverdagen.

Det sociale netværk, herunder partner, familie og sociale medier **(C)**, kan bidrage med støtte og efterlevelse af anbefalinger **(M)**, hvilket slutteligt kan medføre at kvinderne efterlever anbefalingerne, får øget livskvalitet, øget selvtillid og reduceret sine negative følelser **(O)**. Såfremt der ikke er opbakning af netværket, kan det føre til social isolation og derved reduceret livskvalitet hos kvinden.

10.2.4 Utilsigtede konsekvenser

I artiklerne er der ligeledes identificeret flere negative utilsigtede konsekvenser, foruden skyld, skam, frygt, handlingslammelse og overspisninger, som identificeret i ovenstående analyse af artiklerne. Ydermere er bekymringer, uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd, selvbefredelse, insulin er en nemmere udvej, reduceret livskvalitet, sorg/skuffelse, svært at acceptere diagnosen og manglende efterlevelse efter fødsel identificeret. De utilsigtede konsekvenser, som er identificeret i artiklerne, fremgår i tabel 7.

I Hui et al., 2014 fremgår følgende: *"Some women reacted extremely worried with abnormal blood glucose readings, even if it was slightly outside the target range. The emotional distress often resulted in crying, running outside after high readings hoping to lower blood glucose, or skipping meals"* (Hui et al., 2014, p. 294). Således kan måling af blodsukre, medføre en hel del bekymringer samt uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd, hvilket tyder på at kvinderne bliver bange for konsekvenserne ved det høje blodsukker. Derudover kunne kvinderne komme til at bebrejde sig selv for at have fået GDM: *"Some studies found that women*

diagnosed with GDM felt self-blame and guilt about not taking better care of themselves during pregnancy" (He et al., 2021, p. 781). Ydermere kunne der opstå divergerende reaktioner hos kvinden, såfremt hun skulle medicineres med insulin: *"The fear of going on insulin treatment sometimes resulted in obsessively reducing carbohydrate intake in women treated with diet only. For these women, the evaluation of GDM dietary management was based on blood glucose readings. The fear of insulin outweighed the concerns of eating imbalanced meals"* (Hui et al., 2014, p. 296).

Her ses således en frygt for insulin, hvorimod andre kvinder, fra andre studier, anså insulin som en lettere udvej. Dette blev beskrevet i to studier og ses bl.a. her: *"So, I ask them, can I just have some insulin, and they say, "Okay". They give me the long-term insulin and now I can have sweets but my levels are ok"* (Martis et al., 2018, p. 13). Dette kan indikere, at nogle kvinder i høj grad ikke besidder handlekompetencer til at kunne efterleve anbefalingerne, hvorfor det ses som en nemmere udvej at få hjælp til at regulere blodsukkeret via insulinbehandling.

En utilsigtet konsekvens der særligt gik igen, var kvindernes opfattelse af, at efterlevelse af anbefalingerne var midlertidigt: *"I focused on it's a short period of time, eating the same every day, you can get through it, and after pregnancy it's going to be so awesome that you can eat what you want to eat, you focus on the fact that it's not forever"* (Martis et al., 2018, p. 13). Således er der flere af kvinderne, som enten ikke anser det væsentligt, eller som ikke er klar over, at efterlevelse af anbefalingerne efterfølgende, kan reducere risikoen for udvikling af diabetes hos moderen. Et af studierne fremhæver: *"However, participants who were "strict" on eating controlled meals, especially simple, repeated meals often expressed that they plan to engage in "binge eating" on their favorite "forbidden foods" after delivery"* (Hui et al., 2014, p. 296). Dette kan således indikere, at når kvinderne anser det som værende midlertidigt eller er meget strikse med hvad de indtager af kost, kan det føre til overspisninger, eller at kvinden går tilbage til sin gamle adfærd efter fødsel. Dette indikerer, at kvindernes adfærd under graviditeten med GDM, er svær at efterleve og at den reducerer deres livskvalitet, idet de ikke har et ønske om at fastholde denne vaneændring.

Utilsigtede konsekvenser
Skyld og skam
Følelse af ikke at passe ind og social isolation
Frygt og bekymringer
Overspisninger
Handlingslammelse
Uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd
Insulin er en nemmere udvej
Reduceret livskvalitet
Sorg og skuffelse
Svært at acceptere diagnosen
Manglende efterlevelse efter fødsel

Tabel 7: Utilsigtede konsekvenser identificeret i artikler

10.3 Kvindernes syn på indsatsen målrettet kvinder med GDM

Med udgangspunkt i projektets interviews og analysen heraf ønskes projektets andet underspørgsmål besvaret: *Hvilke kontekstuelle betingelser samt hæmmende og fremmende mekanismer har ud fra lægperspektivet indflydelse på handlekompetencer, med henblik på at fremme livskvaliteten?*

10.3.1 Præsentation af informanter, temaer og underteamer

Nedenfor i tabel 8 ses fordelingen af uddannelsesniveauer blandt informanterne i projektet, ydermere vil de i analysen benævnes inf1, inf2 osv. I den efterfølgende tabel 9 ses fremanalyserede CMO-konfigurationer fra interviews.

Uddannelseslængde	Antal informanter
Kort uddannelse	1 informant
Mellemlang uddannelse	3 informanter
Lang uddannelse	2 informanter

Tabel 8: Uddannelseslængde for projektets informanter

	Kontekst (C)	Mekanisme (M)	Outcome (O)
CMO1	Sundhedspersonalets personlige og faglige kompetencer	Individuel inddragelse	Kortsigtet outcome: Kvinden føler sig set og hørt Finder ro i diagnosen
CMO2	Sundhedspersonalets personlige og faglige kompetencer	Støtte Undertemaer: Fokus på kvindens behov og præferencer	Kortsigtet outcome: Negative følelser og bekymringer reduceres Øget motivation Langsigtet outcome: Øget livskvalitet Øget handlekompetencer
CMO3	Sundhedspersonalets personlige og faglige kompetencer Undertemaer: Manglende fleksibilitet i tidsramme	Engagement, vision, kritisk sans, indsigt og handleerfaringer	Langsigtet outcome: Øget handlekompetencer Utilsigtet konsekvens: Frygt for konsekvenser
CMO4	Kvinden med GDM Undertemaer: Tidligere erfaringer og generelle viden	Engagement, vision, kritisk sans, indsigt og handleerfaringer	Langsigtet outcome: Øget livskvalitet Øget handlekompetencer
CMO5	Kvinden med GDM Undertemaer: Turde være sårbar Identificere og italesætte egne behov/udfordringer	Støtte Undertema: Støtte tilpasset kvindens behov	Kortsigtet outcome: Øget selvtillid Følelsesmæssigt overskud Langsigtet outcome: Øget handlekompetencer Øget livskvalitet

CMO6	Kvinden med GDM Undertemaer: Individuelle BS-reaktioner Fysiske vilkår/sygdomme	Planlægning og strukturering	Langsigtet outcome: Øget handlekompetencer Øget livskvalitet Utilsigtet konsekvens: Indskrænket frihed
CMO7	Kvinde med GDM	Chok over diagnosen Undertemaer: Mistillid til diagnosen	Kortsigtet outcome: Øget motivation Utilsigtet konsekvens Handlingslammelse
CMO8	Socialt netværk Undertemaer: Kvaliteten Nærheden	Støtte Undertemaer: Støtte til at håndtere følelser Støtte til at udføre adfærdssændringer	Kortsigtet outcome: Følelsesmæssigt overskud Føler sig mindre alene Langsigtet outcome: Øget handlekompetencer Øget livskvalitet

Tabel 9: oversigt over fremanalyserede CMO-konfigurationer i interviews.

10.3.2 Sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer

I nedenstående analyse fremskrives CMO-konfigurationer med afsæt i konteksten *Sundhedspersonalets personlige og faglige kompetencer*, der ydermere dækker over organisationens tidsramme, hvilket således influerer på muligheden for at være fleksibel i behandlingen.

CMO 1 Individuel inddragelse

I interviewene fremhæves det, at kvinderne finder det essentielt, at sundhedspersonalet inddrager kvinden, hvor inf4 fortæller: *"Jeg tænker det har kæmpe betydning, for det er jo mig selv der skal håndtere det her"*. Individuel inddragelse er for kvinden betydningsfuldt, da det kan bidrage til, at hun selvstændigt formår at håndtere et hverdagsliv med GDM. Ligeledes understreger Inf6: *"Jeg tror det har en kæmpe betydning, fordi når jeg ikke er blevet inddraget,*

så har jeg jo siddet og følt, at der var nogle der tog beslutninger hen over hovedet på mig (...) jeg havde selv ikke nogen medindflydelse, de fortalte mig bare, nu skal du til at leve anderledes og det gør man sådan og sådan". Af citatet ses det, at mangel på individuel inddragelse hvor kvinden blot bliver givet information og hvor envejskommunikation bliver anvendt, resulterer i, at kvinden føler hendes autonomi nedprioriteres. Dette kan have betydning for trygheden og tilliden i relationen. Inf4 fortæller hvordan sundhedspersonalet har anvendt individuel inddragelse: *"Jeg synes generelt de har været gode til at spørge ind til hvordan jeg har det og hvilke tanker jeg har"*. Den samme oplevelse har inf2: *"hun spurgte til at starte med, hvad jeg sådan tænkte om det at have graviditetssukkersygen, hvad jeg sådan havde af tanker om sygdommen."* Når sundhedspersonalet spørger ind til kvindens reaktioner på sygdommen og involverer disse i behandlingen, forsøger de at inddrage kvindernes psykiske behov og derved at se mennesket bag sygdommen, hvorfor fokus er på lægperspektivet.

Behandlingen bliver dermed mere individrettet og kan mindske lidelse og afsavn hos kvinden. Inf5 har dog haft en divergerende oplevelse: *"Altså det er jo ikke noget der bliver spurgt ind til, det er noget jeg selv bringer på banen (...) men jeg oplever ikke, at der sådan er blevet spurgt ind til sådan, igen, det var meget sådan slavisk."* Kvinden har en følelse af, at det er sundhedspersonalet der sætter dagsordenen og følger en generisk behandlingsplan, hvor sygdommen er i centrum fremfor individet. Her skubbes lægperspektivet i baggrunden, hvor kvinden dog har ressourcer til selv at give udtryk for egne behov, hvilket ikke altid er tilfældet, som tidligere beskrevet i citatet af Inf6. Dette kan vise, at såfremt kvinden ikke selv formår at træde i karakter, så overses hendes behov. Inf5 fremhæver, at hun ligeledes har haft en god oplevelse med personale der er inddragende. Inf5: *"Hun var meget sådan nede på jorden og spørger ind til, jamen hun skulle jo vide hvad det er jeg spiser og sådan noget, og altså, hun gav i hvert fald mere ro"*. Af citatet fremgår det, at når sundhedspersonalet møder kvinden på en respektfuld og anerkendende måde, kan det mindske kvindens bekymringer og give en følelse af ro og tryghed. Samtidig med at når personalet spørger ind til kvindens hverdagsliv får kvinden mulighed for at give udtryk for personlige præferencer og hvordan kvinden normalt ændrer vaner. Er personalet lyttende, kan det resultere i, at de lettere kan identificere hvor kvinden har brug for hjælp, og på den måde sætte ind, hvor hun har behov for hjælp.

På baggrund af ovenstående citater ses det således, at sundhedspersonalet, og deres personlige og faglige kompetencer **(C)** gør brug af individuel inddragelse af kvinder med GDM **(M)**, kan det medføre at kvinden føler sig set og hørt, bevarer sin autonomi og at hendes behov ikke overses, og hun finder ro i diagnosen **(O)**.

CMO 2 Støtte

Sundhedspersonalets evne til at støtte kvinden med GDM har betydning for, om kvinden får reduceret de bekymringer, som GDM kan medføre. Inf2 har oplevet følgende: *“Hun var rigtig sød, hun beroligede egentlig mig (...), jeg kan godt blive sådan meget bekymret og hun lagde egentlig meget vægt på, at jeg endelig ikke skulle blive fanatisk bagefter, for jeg havde styr på det.”* Hun tilføjer: *“Jeg skulle bare komme bedst muligt igennem graviditeten, så det var dejligt”*. Når sundhedspersonalet bekræfter kvinden i, at hun gør det rigtige og efterlever anbefalingerne, har det en beroligende effekt. Kvinden bliver støttet i form af ros og anerkendelse, hvilket medfører at kvinden får en styrket tro på sig selv. Derudover giver det kvinden håb, når personalet har en positiv indstilling til at forløbet kommer til at gå godt, hvilket kan influere på kvinden og få hende til at se positivt på forløbet fremadrettet, hvor bekymringerne således vil træde i baggrunden. Dette indikerer, at selv når kvinderne umiddelbart formår at håndtere GDM, kan det have stor værdi for kvinderne at få anerkendelse fra personalet.

Inf3 har også oplevet at personalet tager hånd om bekymringer: *“De er gode til at kommunikere ud, at det ikke er noget man skal være bekymret for. Og hvis der var noget man skulle være bekymret for, så skulle de nok sige det og gøre noget. Altså jeg synes de er gode til at lade en vide at man er i trygge hænder”*. At personalet viser kvinden, at de vil være ærlige og transparente omkring de mindste komplikationer i graviditeten, giver kvinden mulighed for at kunne føle sig tryk, og have tillid til personalet. Denne åbne kommunikation kan desuden bidrage til, at relationen mellem kvinden og sundhedspersonalet bliver forstærket, fordi tryk og tillid bliver hovedkomponenter. Inf6 har derimod haft mindre behov for støtte:

“Jeg vil sige jeg har jo ikke haft behov for så meget støtte, jeg vil egentlig sige den støtte jeg har haft mest gavn af, det er når de har givet mig ret i at det jeg gør det er rigtigt (...) så har de sagt jamen alt ser rigtig fint ud du har ikke noget at være bekymret over, det er det bedste de kan sige til mig”.

Støtte har for denne kvinde fungeret som anerkendelse, der har givet hende øget motivation til at fortsætte med at bruge sine handlekompetencer. Således kan graden af støtte tilpasses den enkelte kvinde, afhængigt af hvad hun har behov for.

Inf5 efterspørger mere støtte i behandlingen:

“Jeg kunne godt tænke mig, at man rent faktisk tog hånd om det menneske, der sidder overfor én og at man tager udgangspunkt i deres situation og der hvor de står, og de tanker og bekymringer man har og den motivation den enkelte har. Og at man lader det fylde mere end, jeg skulle lige til at sige tal, altså fordi selvfølgelig skal man holde øje med tallene og man skal gøre alle de ting, men hvis man lige får styr på det andet først, så kan det også være, at der er lidt mere overskud til at forstå tallene og hvad det betyder”.

Citatet understreger et behov fra en frustreret kvinde om, at sundhedspersonalet fokuserer meget på sygdommen og i mindre grad på mennesket bag, hvor et større fokus på læggerspektivet fordelagtigt kan supplere det biomedicinske syn. Herved kan personalet identificere områder, hvor kvinden kan have behov for støtte og områder hvor hun selv formår at håndtere GDM. Dette kan medføre, at behandlingen bliver mere individrettet, hvilket kan bidrage til at behandlingen føles meningsfuld for kvinden og sundhedspersonalet. Idet støtte fra sundhedspersonalet, samlet set kan resultere i reducerede bekymringer, øget selvtillid, håb, tillid og tryghed, kan det således samtidig medføre øget livskvalitet hos kvinden.

Denne CMO illustrer at sundhedspersonalets personlige og faglige kompetencer **(C)** kan anvende støtte **(M)** på forskellige måder, der kan reducere negative følelser som bekymringer, samt give øget motivation og være meningsfuld, hvilket kan føre til øget handlekompetencer og øget livskvalitet **(O)**.

CMO 3 Engagement, vision, kritisk sans, indsigt og handleerfaringer

Indsigt:

Sundhedspersonalet giver indsigt i GDM, hvortil Inf4 fortæller: *“De lægger meget vægt på vigtigheden af at have et stabilt blodsukker og så bliver man jo også informeret om de komplikationer der kan være (...). Så jeg synes det er sådan generel information de lægger nok især vægt på det her med konsekvenser i forhold til barnet”*. Omvendt fortæller inf3: *“Men der er ikke tid til at fortælle dig alt om diabetes og hvordan det ene og det andet og det tredje”*. Det er således forskelligt hvorvidt kvinderne oplever tilfredshed over den mængde information de får givet. Dog fremgår det generelt af interviewene, at der bliver givet information omkring årsager til GDM og konsekvenser, hvilket svarer til 1. og 2. vidensdimension af Jensen (2011) som tidligere præsenteret i problemanalysen.

Engagement:

Alle informanter giver udtryk for, at indsigt om konsekvenser ved GDM giver engagement til at håndtere GDM. Inf2 fortæller: *“Det har været en kæmpe motivation for at spise sundt og dyrke motion og jeg går flere ture nu, ja så det har egentlig bare været rigtig træls, men en god motivation for at spise sundt og dyrke motion resten af livet”*. Hun tilføjer: *“Jo det er for barnets skyld, at jeg spiser sundt. Og så selvfølgelig også for min egen krops skyld”*. Den indsigt sundhedspersonalet giver, skaber engagement og øget motivation hos kvinden, til at varetage barnet og sit eget helbred, samt efterleve anbefalingerne

Ifølge inf3 kan det mærkes, at sundhedspersonalet er underlagt en tidsramme: *“Og det er også forskelligt hvordan de forskellige fødevarer påvirker én, så det er jo meget med at selv søge viden og afprøve rigtig meget”*. På baggrund af manglende fleksibilitet i sundhedspersonalets tidsramme, har det resulteret i øget engagement hos inf3 til at opsøge den viden, der ikke blev prioriteret indenfor tidsrammen.

Vision:

Samtalerne om GDM har medført, at kvinderne har opsat visioner for forløbet, inf4 fortæller: *“Målet har egentlig bare været at holde blodsukkeret så stabilt som muligt, så jeg egentlig*

bare gjorde hvad jeg kunne, for at baby ikke skulle blive kæmpestor og så også for at undgå den øget risiko for svangerskabsforgiftning". Disse mål er ligeledes udarbejdet i samarbejde mellem personalet og kvinden, her fortæller inf2: "Hun gennemgik nogle forskellige skemaer, og så havde jeg selv skrevet ned på et A4-ark hvad jeg plejede at spise. Så vi gennemgik det hele og så var der nogle små ting jeg skulle lave om på, så det var fint". Her opstilles visioner, som er tilpasset den enkelte kvindes udgangspunkt, hvilket kan medføre at ændringerne opleves som mindre indgribende og dermed nemmere at efterleve. Visioner kan således opstå på baggrund af frygt for konsekvenser. Dette kan anses som en utilsigtet konsekvens, på trods af, at dette kan føre til at kvinden efterlever anbefalingerne.

Kritisk sans og handleerfaringer:

Forløbet har bidraget til, at inf5 anvendte sin kritiske sans, hvilket tydeliggøres i citatet hvor hun omtaler måltidseksempler fundet på AAUHs hjemmeside: *"De havde lavet sådan nogle forslag til ting, men det snakkede jeg også med sundhedspersonalet om (...) fordi jeg var sådan, det er godt nok ikke særligt nytænkende. Og så sagde jeg til hende, jeg plejer også altid at spise nogle gulerødder til, det er så nemt at have med på arbejde. Men det skulle jeg endelig bare fortsætte med at spise. Fordi jeg var sådan lidt, det står jo ikke. Til frokost stod der jo ikke noget, der stod bare de to rugbrødder, og jeg tænkte bare nå. Så på den måde synes jeg, man kunne måske godt lige være lidt mere udførligt. Altså man må godt skrive noget mere".*

Disse måltidseksempler har ikke været individrettet og tilpasset kvindens behov, men har fungeret som forslag til måltider. Dette resulterer i, at kvinden kritisk reflekterer over disse og i samarbejde med personalet, tilpasser dem hendes hverdag og madvaner. Kvinden formår således at sætte sin kritiske sans og handleerfaringer i spil og gennem dette får en mere individrettet behandling. Dette kan resultere i, at kvinden i fremtiden fortsat vil være motiveret for at følge planen og dermed lettere vil kunne holde sit blodsukker stabilt.

Overordnet i interviewene er det kommet frem, at kvinderne forud for graviditeten besad en del handleerfaringer omkring sund kost og adfærdsændringer. Det er en fordel at kvinderne kan trække på sine erfaringer, da det bliver nemmere at lave adfærdsændringer og derved

nemmere at følge anbefalingerne. Kvinderne er spurgt ind til hvad de plejer at spise, men de er ifølge interviewene ikke adspurgt om eventuelle tidligere udførte adfærdsændringer. Dette kan være fordelagtigt at inddrage i behandlingen, da det kan give personalet et indblik i kvindernes handleerfaringer og oplevelser forbundet med dette, samt en fornemmelse af hvad der kan være svært for kvinderne i denne sammenhæng. For at optimere behandlingen kan denne derved tilrettelægges ud fra kvindens behov og mulige problematikker.

Denne CMO illustrerer at sundhedspersonalets personlige og faglige kompetencer **(C)**, kan bidrage til at kvinderne får indsigt i GDM, som fremmer engagement, visioner, handleerfaring og kritisk sans hos kvinderne **(M)**. Dette kan slutteligt give kvinderne øget handlekompetencer til at håndtere GDM **(O)**.

10.3.3 Kvinden med GDM

I følgende afsnit fremanalyseres CMO-konfigurationer, der tager udgangspunkt i konteksten kvinden med GDM, som bl.a. rummer kvindens handleerfaringer, individuelle BS (blodsukker)-reaktioner, fysiske vilkår samt kvindens evne til at italesætte egne behov. Ligeledes rummer konteksten kvindens selvværd og selvtillid, hvor alle projektets informanter gav udtryk for at have tiltro til egne evner og sit eget værd. Inf5 fortæller: *"Og jeg synes jo egentlig at, når først jeg sætter mig noget for, så kommer jeg også i mål med det. Det tror jeg egentlig godt, at det kan lykkedes mig at følge dem og holde blodsukkeret der, hvor de gerne vil have det skal være."* Kvindens selvtillid og selvværd kan influere på overskuddet og evnen til at håndtere GDM, hvorfor dette ses som indlejret i konteksten.

CMO 4 Engagement, vision, kritisk sans, indsigt og handleerfaringer

Indsigt:

Kvinden med GDM kan besidde kompetencer, der på forhånd højner muligheden for at efterleve anbefalinger forbundet med GDM, herunder kan indsigt nævnes, altså viden om henholdsvis diabetes, samt kost og motion. Inf4 Fortæller: *"(...) der var også ting jeg sådan lige skulle ind og læse op på osv. (...) men det der med, at man ligesom har en basisviden og det bare lige at læse hurtigt op på nogle ting, det tror jeg da har gjort det nemmere, end hvis man ingenting ved om diabetes."* Kvinden er i forvejen bekendt med diabetes og kostens

indvirkning på blodsukkeret, hvilket har gjort det nemmere at tilegne sig mere viden og efterleve anbefalingerne. I modsætning hertil fortæller inf1, som ikke har en uddannelse indenfor sundhed: *"Jeg prøver også at lade være med at spise alt de der søde ting, så laver jeg nogle gange noget andet, fx frugter. Det kan jeg godt lide, men der er jo også kulhy, kul, ja, jeg kan ikke finde ud af at udtale det, kulhy, ja der er i. Der er det der ja. Og jeg er rigtig glad for vandmelon."* Dette kan indikere, at hun mangler viden omkring andre alternativer, der kunne være mere fordelagtige at indtage, når blodsukkeret ikke er stabilt. Således kan kvindens allerede eksisterende viden om emnet, øge handlekompetencerne og derved håndteringen af GDM.

Vision:

Kvinden kan ligeledes opsætte egne mål i relation til håndteringen af GDM, hertil fortæller inf2: *"Ja, det har det, altså det (blodsukkeret) måtte højst komme over 8 efter et måltid, og det har det endnu ikke været oppe på, så jo det var jo egentlig også et mål."* Såfremt at kvinden selv er i stand til at tænke kreativt og opsætte mål, kan det således medføre, at det gøres mere konkret for kvinden og dermed lettere at efterleve.

Engagement:

Kvinden kan, ved at vise lyst til at involvere sig i forandringer, udvise tegn på engagement til at tage ansvar for de adfærdsændringer, som er fordelagtige ved diagnosticering med GDM. Inf2 fortæller: *"Mine blodsukre de har lagt fint og jeg har også målt udover de der to dage, hvis jeg har været hjemme hos nogle, og de har serveret hvide ris, så har jeg lige målt mit blodsukker når jeg kom hjem, sådan lige for at se hvad det gjorde."* Ved at kvinden selv tager initiativ til at måle blodsukre udenfor de tidspunkter, som er anbefalet af sygehuset, udviser hun interesse og engagement for at tage del i forandringsprocesserne der er forbundet med de anbefalede adfærdsændringer. En anden måde hvorpå kvinden kan udvise engagement, er ved f.eks. selv at opsøge viden på nettet, hvilket alle informanterne havde benyttet sig af.

Kritisk sans:

Kvinden med GDM kan forud for samtalerne med sundhedspersonalet, besidde en kritisk sans, hvor hun er i stand til at være kritisk og træffe egne beslutninger på baggrund af dette. Inf5 fortæller: *"Og så får man også, jeg kan ikke huske om det var nogle papirer jeg selv fandt, (...) men man kunne læse lidt og det gjorde jeg også med det samme, før jeg nærmest fik informationen, fordi jeg tænkte hvad betyder det her og hvad kan jeg gøre allerede nu. Jeg kan da ikke gå og vente på, at jeg skal ind (...) Så jeg begyndte allerede at tænke, hvad kan jeg gøre ift. kost allerede nu. Er der noget jeg allerede nu ved, det her det er godt, det her det er skidt og hvordan hænger det sammen med det jeg gør."* Informanten formår ikke blot at indhente viden, men ydermere at forholde sig kritisk til sine nuværende vaner, hvorefter hun identificerede og udskiftede fødevarer, der med fordel kunne erstattes. Dette viser således tegn på, at kvinden besidder en kritisk sans og dermed kompetencer for at kunne tilpasse sin adfærd til anbefalingerne.

Inf2 anvender også sin kritiske sans i forbindelse med måltider: *"I stedet for at spise, en pakke is over 2, så har jeg måske spist den over 4 gange og så har jeg målt mit blodsukker efterfølgende, og så har det lagt på 5, et eller andet og så tænkte jeg, ja okay, så kan jeg i hvert fald godt gøre det"*.

Kvinden reflekterer kritisk over hvorledes hun kan spise is, som for hende er en foretrukne fødevarer, i forhold til hendes individuelle blodsukkerstigning. På baggrund heraf udviser hun handlekompetence til at kunne skabe balance i hendes blodsukker og samtidig kunne spise is når hun har lyst, dette giver hende nydelse og denne handlekompetence er med til at fremme hendes livskvalitet.

Handleerfaringer:

Kvinden kan forud for diagnosen med GDM, have tilegnet sig nogle handleerfaringer, hvilket blandt andet dækker over erfaringer med at overvinde barrierer. Inf6 har ændret kost og har haft et vægttab flere gange i sit liv, hvortil hun adspørges om hun oplever at dette har spillet ind på hendes måde at håndtere graviditetssukkersyge: *"Ja, ikke på den måde at jeg har haft behov for at ændre min adfærd nu, men det har spillet ind at jeg har lært noget i løbet af mit liv, fordi jeg har netop arbejdet mig frem til at have det så godt som jeg har det i dag. Og til at have den viden jeg har i dag især om kost, og at det handler om at have det godt og ikke se*

godt ud. Det at jeg har, jeg har jo lært en masse af alle de her kure og det og jeg har også prøvet at dyrke en masse motion og få det rigtigt dårligt af det, det har jeg lært af og har derefter ændret min adfærd forud for graviditetsdiabetes og det har gjort en kæmpe forskel for min graviditet". Kvinden fortæller, at hun ikke har haft behov for at ændre kosten, men har ikke desto mindre målt blodsukre og taget del i indsatsen, hvorfor der formentlig alligevel er sket nogle adfærdsændringer. Idet hun før har foretaget adfærdsændringer og har haft succes med dette, kan det gøre det lettere at inkorporere nye vaner i sin hverdag og dermed nemmere at håndtere GDM.

Inf5 fortæller: *"Og så kan man sige den længerevarende ændring, holder jo kun fast, hvis det ikke er for striks. Og det er også derfor jeg tænker, at det her op til fødsel og sådan noget, er jo meget striks og det er jo ikke altså, det er jo ikke holdbart i længden at det er så stramt styret. Selvfølgelig skal man passe på bagefter, ift. ikke at udvikle type 2 diabetes, men jeg synes jo stadig at hvis man tænker sådan helt generelt hvordan jeg har levet før og hvordan jeg tænker jeg fremadrettet vil leve. Så tænker jeg også at der skal være plads til, at man en gang imellem får noget sukker forskellige steder (...)." Inf5 har erfaret, at hvis ændringerne er for rigide, så er de sværere at overholde, hvorfor hun er bevidst om, at adfærdsændringerne efter graviditeten bør være mindre strikse, for at hun kan efterleve dem på sigt. Således har hun handleerfaringer, i forhold til hvad der fungerer for hende, for at kunne fastholde adfærdsændringerne.*

På baggrund af ovenstående kunne det derfor være fordelagtigt, at sundhedspersonalet adspørger kvinderne om deres vidensniveau samt tidligere handleerfaringer med at ændre kostvaner.

Samlet set kan kvindens tidligere erfaringer og generelle viden **(C)** influere på graden af handlekompeter, altså indsigt, vision, engagement, handleerfaringer og kritisk sans **(M)**. Dette kan slutteligt bidrage til, at kvinden ifm. forløbet på AAUH i højere grad får øget sine handlekompetencer **(O)** og dermed bedre håndteringen af GDM, hvilket giver øget livskvalitet.

CMO 5 Støtte

Kvinderne med GDM oplever at italesættelse af deres diagnose overfor det sociale netværk, kan være svært. Inf2 fortæller: *"Ja, det gør de, de bidrager meget til at jeg har det godt. Jeg kan godt være sådan en type, der bare gerne vil have det holdt hemmeligt bare mellem mig og min mand, men det gør det nemmere når man deler det."* Her tydeliggøres det, at når diagnosen italesættes overfor kvindens sociale netværk, bidrager det til, at GDM bliver nemmere at håndtere. Citatet kan indikere, at italesættelse af diagnosen kan være sårbart for kvinden, hvilket inf5 forklarer: *"Og det er måske heller ikke alle man har lyst til at sige det til. Det har jeg i hvert fald oplevet, at altså sådan kollegaer og sådan noget, der er nogle enkelte jeg har sagt det til, men det er heller ikke noget man har brug for at snakke med alle om, fordi man måske stadig er sådan lidt sårbar eller i chok omkring det."*

Selve italesættelsen kræver således, at kvinden selv er i stand til at vise denne sårbarhed og åbne op for emnet, for derigennem at kunne informere sit netværk og hente hjælp til de svære situationer. At åbne op for denne sårbarhed kræver ydermere, at kvinden selv er i stand til at identificere og italesætte egne følelser og behov. Inf4 forklarer, hvordan hun håndterer negative tanker om sig selv: *"Så har jeg sådan luftet det for min kæreste og så har han været ret hurtig til at skyde det ned. Fordi at det kan jeg jo ikke gøre noget ved nu og altså nu gør jeg det jeg kan og han bakker mig op i det og alt ser fint ud og sådan I ved, han er ret god til sådan og sige det kan ikke nytte at tænke sådan, og jeg ved også at han vil bakke mig op (...). Så det betyder i hvert fald meget, at han er god til at fjerne fokus fra det negative og over på det positive igen (...)." Således kan italesættelse af egne følelser og behov medvirke til, at netværket kan hjælpe og støtte kvinden, hvilket kan medføre større tro på egne evner og en reducere af negative følelser, hvorfor det kan medføre øget livskvalitet hos kvinden.*

På samme måde kan italesættelse af udfordringer overfor sundhedspersonalet medvirke til, at de kan støtte kvinden til at ændre adfærd i de situationer, som hun finder svære. Inf5 fortæller følgende: *"Så var hun sådan, altså der er jo også flere skyr, som er uden tilsat sukker. Og blandt andet nævnte hun den fra Cheasy, de var altid uden. Så vidste man det og så var hun sådan, det kan du også tage som mellemmåltid. Fordi jeg var sådan lidt jeg synes sgu da den der knækbrød med et eller andet pålæg, det bliver sgu lidt kedeligt og lidt tørt og man er bare sådan, skal jeg nu have knækbrød igen. Så på den måde, så kom hun jo også med nogle*

forslag til nogle andre ting, som også lignede mere det jeg er vant til at spise.” Her får sundhedspersonalet mulighed for at understøtte kvindens valg af madvarer, således at det bliver mere lig kvindens normale kostindtag og derved nemmere at efterleve, samt forbundet med højere autonomi. På denne måde kan det opleves mindre restriktivt og rigtigt at efterleve disse anbefalinger og der er således større chance for, at dette varer ved.

”Så var hun sådan, altså der er jo også flere skyr, som er uden tilsat sukker. Og blandt andet nævnte hun den fra Cheasy, de var altid uden. Så vidste man det og så var hun sådan, det kan du også tage som mellemmåltid. Fordi jeg var sådan lidt jeg synes sgu da den der knækbrød med et eller andet pålæg, det bliver sgu lidt kedeligt og lidt tørt og man er bare sådan, skal jeg nu have knækbrød igen. Så på den måde, så kom hun jo også med nogle forslag til nogle andre ting, som også lignede mere det jeg er vant til at spise.” Her får sundhedspersonalet mulighed for at understøtte kvindens valg af madvarer, således at det bliver mere lig kvindens normale kostindtag og derved nemmere at efterleve, samt forbundet med højere autonomi. På denne måde kan det opleves mindre restriktivt og rigtigt at efterleve disse anbefalinger og der er således større chance for, at dette varer ved.

I denne CMO-konfiguration fremgår kvinden med GDMs evne til at være sårbar og italesætte egne behov og udfordringer **(C)**, medfører at hun kan modtage hjælp og støtte med udgangspunkt i egne behov **(M)**, hvorved kvinden opnår øget selvtillid og følelsesmæssigt overskud. Således kan håndteringen af GDM forbedres for kvinden og dermed skabe øget handlekompetencer hos kvinden, samt øget livskvalitet **(O)**.

CMO 6 Planlægning og strukturering

Kvinderne med GDM påpeger, at dét at få diagnosen og skulle igennem forløbet rettet mod GDM, stiller store krav til at kvinden bl.a. husker at få målt sit blodsukker og får medbragt mellemmåltider. Inf5 fortæller: *”(...) Det der med at man skal sådan, jeg glemmer aldrig at det var sådan noget, skema og tilrettelagt, og så skal man lige huske at have sit blodsukkerapparat med, nu skal man lige i Bauhaus. Så skal man lige spritte af og så skal man. Altså det var jo sådan, den der uge der, jeg synes det var meget intensivt. Sørge for at have mad med*

på farten, sørge for ja. (...)." Det kan således opleves meget uoverskueligt og stressende for kvinden, da det har stor indvirkning på den normale hverdag og almindelige gøremål.

Ligeledes kan disse nye anbefalinger medføre, at tanker om mad og motion kommer til at fylde meget for kvinderne. Inf2 fortæller: *"Nej, det er mere det der med, at man skal tænke over hvad man spiser hele tiden og hvis man skal i byen, så skal jeg ud at gå en tur inden og ja man er sådan lidt, det kører bare oveni hovedet hele tiden, ja der er ikke lige så meget frihed der."* Det er således ikke blot kvindens hverdag og sociale arrangementer der påvirkes af GDM, det bidrager ligeledes til en oplevelse af, at ens frihed indskrænkes.

I interviewene blev det tydeligt, at kvinder der formår at planlægge og strukturere sin hverdag og sine måltider, i højere grad formår at efterleve anbefalingerne, hvorved GDM overordnet set fylder mindre. Hertil fortæller inf6: *"Jeg gør mig de tanker gerne en uge ad gangen og skriver alt ned, jeg skriver ikke bare vi skal have frikadeller. Jeg skriver alt vi skal have, og hvilke grøntsager vi skal have til og hvordan de skal være tilberedte, og det har jeg altid gjort, fordi så har jeg et overblik over ugen og så sørger jeg for, at vi får noget forskelligt hele tiden. Så mine tanker før jeg skal i gang med at lave mad, det er egentlig bare, kig i min madplan, okay i gang og så er det altid markant sundere end det, de vil anbefale (...).*" Her ses det, at kvinden har erfaring med og har været vant til at planlægge sine måltider, hvilket gør det nemmere at spise efter anbefalingerne og samtidig sikre, at kosten er varieret. Ydermere giver planlægningen en ro og et overskud for kvinden, idet hun ikke konstant behøver at tænke på mad og blodsuktermåling. Planlægning og strukturering kan således bidrage til øget livskvalitet for kvinden.

Såfremt at hverdagen og kosten ikke struktureres, kan en travl hverdag påvirke valget af fødevarer. Inf1 påpeger: *"Det ved jeg faktisk ikke, fordi som sagt, det er helt svært at holde styr på alt det der og så have styr på kost og hvad man nu må spise (...). Og når jeg går hjemme med to små i hverdagen og sådan noget, så er det bare nemmere for mig lige at kaste et eller andet kødsovs sammen eller en lasagneret eller et eller andet. End jeg skal gå all-in med alt mulig med hvad jeg skal spise og hvad jeg ikke skal spise."* Dette indikerer således, at når kvinden ikke formår at strukturere og planlægge sin hverdag med GDM, så er der større risiko for, at efterlevelse af anbefalingerne ikke finder sted.

Ydermere kan vilkår hos kvinden være med til at påvirke, hvad der reelt set er muligt at planlægge. Inf4 fortæller: *"(...) jeg har så været ret ramt af bækkenløsning i den her graviditet og (...) jeg har godt kunnet mærke at det der med at holde mig mobiliseret, har været lidt en udfordring(...) jeg har dyrket lidt yoga derhjemme og gået ture, men det har været det. Jeg synes motion har været den største udfordring fordi jeg har haft de smerter der."* Således er kvindens planlægningsmuligheder påvirket af andre forhold, såsom fysiske vilkår/sygdomme, hvilket kan medføre at anbefalingerne for f.eks. motion ikke efterleves i samme grad som anbefalet. Ligeledes er behovet for planlægning påvirket af, i hvor høj grad kvindens blodsukker påvirkes af hendes GDM. Inf3 beskriver: *"(...) Men når jeg så har været hjemme og jeg så har målt så har jeg kunnet se, at næsten uanset hvad jeg har spist, så har mit blodsukker egentlig været okay. Så altså jeg har kunnet regulere med kost, men jeg har sgu ikke rigtig gjort noget for at spise sundt eller noget. Så det har været lidt ambivalent, synes jeg."* Således er kvindens individuelle BS-reaktioner influerende på, hvor struktureret og planlagt kvindens hverdag bør være.

I denne CMO-konfiguration fremgår det, at individuelle BS-reaktioner og fysiske vilkår/sygdomme kan influere på om kvinden **(C)** planlægger/strukturerer sin hverdag med GDM **(M)**, hvilket slutteligt kan medføre øget handlekompetencer og at anbefalingerne for kost og motion efterleves samt øget livskvalitet **(O)**. Ydermere kan manglende planlægning medføre en følelse af indskrænket frihed der anses som en utilsigtet konsekvens.

CMO 7 Chok over diagnosen

Flere informanter giver udtryk for, at det at få diagnosen, medførte flere reaktioner hos kvinden, herunder en følelse af chok, frygt og bekymringer. Inf2 fortæller: *"Ja jeg blev meget ked af det da jeg fik det, det kom som et kæmpe chok, jeg fik jo taget den der test der og jeg var 99 % sikker på at ville være negativ. Så ja, det var et kæmpe chok" (..) Jeg skulle lige vænne mig til tanken."* Citatet tydeliggør, at kvinden ikke blot har en reaktion på diagnosen, men at det ligeledes kræver tilvænnings tid, for at kunne forstå og acceptere det. Denne reaktion kan medføre, at kvinden bliver bange idet det påvirker kvinden psykisk og dermed kræver en del

overskud at skulle rumme. Det ses således væsentligt, at personalet håndterer dette chok, for derved at hjælpe kvinden til at håndtere dette, således at hun bedre kan håndtere GDM.

Tre af informanterne giver desuden udtryk for, at de stiller spørgsmålstejn ved diagnosen eller slet ikke tror på, at de har GDM. Inf3 fortæller: *"Fordi jeg føler jo ikke jeg har sukkersyge og jeg bliver også ved at tænke sådan, de må jo have lavet en fejl. Fordi jeg mærker det altså ikke overhovedet."* Her kan det faktum, at kvinderne sjældent oplever symptomer på GDM have indvirkning og medføre, at det kan være svært at acceptere, særligt når der ikke mærkes fysiske forandringer. Inf6 fortæller: *"Jeg havde fået taget den her glukosetest som var for høj, men jeg vidste også godt hvorfor den var for høj fordi i virkeligheden så har jeg faktisk ikke sukkersyge, (...) og det er fordi jeg fik taget den her glukosetest på en dag hvor jeg var mega stresset og derfor ikke havde nået at spise særlig sundt og så var den en lille smule forhøjet og det er det. Altså jeg har ikke haft en eneste måling siden, der har været altså uden for normal."* Foruden at chokket over diagnosen kan medføre negative følelser, kan det altså ligeledes resultere i mistillid eller fornægtelse af diagnosen, hvor inf6 fortsætter: *"Jamen jeg tænkte at jeg fortsætter med at gøre hvad jeg plejer og så skal jeg fandme vise dem, at mit blodsukker ikke fejler noget. Det formåede jeg så at få dem vist, fordi de har ikke brokket sig over noget siden."* Informanten blev yderligere motiveret til at fastholde blodsukrene indenfor normalområdet, hvorfor der ses øget handlekompetencer.

I denne CMO-konfiguration fremgår det, at kvinden med GDM **(C)** kan opleve en chokfølelse i forbindelse med at få diagnosen GDM, herunder mistillid til diagnosen **(M)**. Dette kan medføre øget motivation, da kvinden forstår alvoren og samtidig føre til handlingslammelse **(O)**, såfremt der ikke tages hånd om de negative følelser.

10.3.4 Socialt netværk

CMO 8 Støtte

Det sociale netværk kan hjælpe kvinden med at håndtere de følelser, der kan være forbundet med at være gravid, samt med at få diagnosen GDM. Inf4 fortæller: *"Så har jeg også nogle gode veninder, som også kender mig og også ligesom tør at spørge ind til hvordan går det med det eller? Hvordan med det der? Også fx i forhold til det her hvad for nogle bekymringer*

der kan være og jeg havde også en veninde der stak lidt til mig, fordi at jeg havde lidt svært ved (...) at knytte mig helt til det her barn (...) Men der turde hun også godt at stikke lidt til mig sådan i forhold til, om jeg havde mig selv med i det, og ja sådan, hvordan jeg havde det generelt. Så jeg synes at jeg har et godt netværk der bakker mig op.” Her ses det, at det sociale netværk ikke blot støtter op om at håndtere følelser hos kvinden, men ligeledes tør italesætte tabubelagte og følsomme emner, hvilket indikerer at kvaliteten og nærheden af netværket har stor betydning. Det er således ikke støtte fra hvem som helst, som er relevant, men særligt fra de nære relationer, som har stor betydning og ligeledes hvor stor en hjælp netværket kan tilbyde.

Inf5 uddyber: *”(…), så synes jeg det har stor betydning, at der er nogle der ligesom støtter op omkring en og ja. Det tror jeg alt afhængigt af, hvad er det for nogle relationer man har, ift. hvad er det for en viden folk sidder med ift. at kunne støtte og berolige. Bare det der med, at man ved, at man ikke er alene med det og at der er nogle der bekymrer sig om én.”* Støtte fra det sociale netværk er således med til at fjerne en følelse af ensomhed, der kan opstå hos kvinden med GDM, idet hun selv står med et stort ansvar. De fleste informanter fortæller, at partneren synes særlig væsentligt i at bidrage med støtte. Inf5 uddyber: *”Altså jeg tror det er meget min kæreste og jeg der har snakket om det. Det tror jeg. Det er nok der hvor jeg er gået mest hen, men han ved jo slet ikke noget, han er jo ikke indenfor sundhedsområdet. Han er jo også lidt på bar bund, men (...) det handler jo måske ikke nødvendigvis om det faglige, men måske det handler mere om bare at være der i det. Og berolige én i, selvom man ikke ved noget, at det finder vi ud af og tag det nu roligt.”*

Derved kan støtte være med til at reducere negative følelser hos kvinden, der muligvis kan give større overskud til at håndtere GDM og større tiltro til egne evner. Støtte fra det sociale netværk kan således medføre øget livskvalitet hos kvinden.

Det er ikke blot følelserne, som netværket hjælper med at håndtere, ligeledes er håndteringen af den nye hverdag, med mange nye adfærdsændringer, influeret af den tilgængelige støtte fra kvindens sociale netværk. Inf2 fortæller: *”Ja, men jeg snakker mest med min mand og min mand han lever også lidt som om, at han har sukkersyge, så han lever meget ligesom mig, han har været rigtig god.”* Således kan netværkets efterlevelse af anbefalingerne hjælpe

kvinden med at gøre det samme. Inf1 fortæller: *"Altså ja, jeg har lyst og jeg prøver også. Det er bare lidt svært og især også den motion der, når det kun er mig der skal til at dyrke det. Altså min kæreste har en fin nok vægt, altså det er jo ikke fordi han tænker på, at han skal dyrke motion og sådan noget, men jo jeg prøver."* Her ses det, at partneren ikke efterlever samme anbefalinger, hvilket gør det besværligt for kvinden at følge anbefalingerne, da kvinden står meget alene med det.

Ydermere synes sociale arrangementer at være særligt problematiske, da kvinderne ikke nødvendigvis selv vælger maden og ikke ønsker at skille sig for meget ud og være til besvær, når de forsøger at efterleve anbefalingerne. Inf5 fortæller: *"(...) det kan godt være lidt et mål i sig selv at undgå for mange spørgsmål eller sådan du ved, at folk lægger mærke til én. (...) men hvor at man så er lykkedes med at komme igennem en dag, som man tænkte puha det er jo uoverskueligt, altså at deltage i noget socialt".* Derfor kunne et større fokus på, hvordan kvinderne kan balancere mellem at efterleve anbefalingerne og deltage i sociale arrangementer på en måde, hvor det bliver mere overskueligt for kvinden.

I denne CMO-konfiguration fremgår det, at kvaliteten og nærheden i det sociale netværk **(C)**, kan bidrage med støtte til at håndtere følelser og adfærdsændringer, hvorfor det giver følelsesmæssigt overskud **(M)**, herunder at føle sig mindre alene, hvorved kvinden kan opnå øgede handlekompetencer og øget livskvalitet **(O)**.

10.3.5 Utilsigtede konsekvenser

På baggrund af analysen af de kvalitative interviews fremkom der flere negative utilsigtede konsekvenser forbundet med at få diagnosen GDM og forløbet på AAUH. En samlet oversigt over de negative konsekvenser ses nedenfor i tabel 10. I ovenstående analyse af interviews er der identificeret følgende utilsigtede konsekvenser: frygt for konsekvenser, indskrænket frihed og handlingslammelse. I dette afsnit fremanalyseres følgende med udgangspunkt i citater fra interviewene: stigmatisering, (selv-stigmatisering), indskrænket frihed, insulin bliver en trussel, skyldfølelse, blaming-the-victim, forvirring og skræmmende information.

En af informanterne fortalte, at hun i forløbet havde en følelse af at blive stigmatiseret af sundhedspersonalet. Inf4 fortæller: *"Der følte jeg lidt, at hun havde sådan et billede af, at jeg var sådan en der ikke havde styr på det her og det ændrede sig godt nok efter vi havde fået snakket om tingene og scanningen viste at babyen havde det fint og alt det her. Men det er den eneste gang jeg følte mig sådan lidt stødt eller stigmatisering (...) men jeg var faktisk sådan lidt vred over det i et par dage, fordi jeg synes lidt hun gav mig en følelse af at jeg ikke havde styr på det her og jeg følte også at hun lidt truede med det her insulin, hvor det egentlig så slet ikke var begrundet".*

Kvinden tillægges negative egenskaber i forbindelse med GDM, herunder at hun ikke har styr på kost og motion, og derfor har fået GDM, hvorved kvinden føler sig dømt og misforstået. Sundhedspersonalets fortolkning af kvinden kan dog tværtimod skabe negative følelser hos hende, som skyldfølelse og selv-stigmatisering, men samtidig også gå ud over relationen til personalet, idet kvinden kan føle sig sat i bås og truet med insulin, således at insulin forbindes med noget ubehageligt. Inf6 har ligeledes haft en følelse af, at hun er blevet misforstået *"jeg synes jo jeg lever sundt og alle de her ting, også sad der ligesom nogle andre voksne mennesker og fortalte mig (...), du gør tingene forkert og det er din egen skyld"*. Kvinden bliver her udsat for victim-blaming, hvor hun pålægges skylden for at blive diagnosticeret med GDM.

Flere kvinder har desuden oplevet, at forløbet på AAUH har skabt forvirring grundet divergerende informationer, inf5 fortæller: *"Hun sagde jo sådan, at jeg skulle spise 6 måltider om dagen og det sidste inden jeg gik i seng var det vigtigste, så da jeg så siger det til hende den anden, så var hun sådan, fordi jeg sagde jeg synes nogle gange det er svært altid at være lige sulten om aftenen til lige at tage et eller andet. Så sagde hun ej det skal du, altså ikke hvis du ikke er sulten om aftenen, så skal du ikke nødvendigvis spise. Det er særligt dem der får insulin hvor det er vigtigt, og det var jeg sådan, nå okay, så sagde jeg så, det var altså ikke det jeg havde fået at vide, og så sagde hun, nej men det skal du ikke tænke på".*

Det samme har inf4 oplevet: *"fordi hun sagde lidt nogle andre ting end det den anden havde sagt. Så jeg var ret frustreret lige der"*. Forvirring kan for kvinderne være u hensigtsmæssigt, idet det kan give frustrationer og potentielt resultere i handlingslammelse, fordi de ikke ved hvem de skal høre efter, hvorved der er risiko for, at de vælger ikke at gøre noget. De divergerende anbefalinger fra sundhedspersonalet kan desuden være en indikation på manglende

tværfagligt samarbejde, idet anbefalingerne kom fra to forskellige fagprofessioner. Foruden forvirring i den information sundhedspersonalet har givet kvinderne, har inf6 også oplevet at noget information er blevet formidlet på en skræmmende måde: *“Jeg vil bare sige jeg synes ikke jeg er blevet informeret om det på den rigtige måde. For når man sidder derinde og er gravid og kan godt have lidt tendens til at være lidt bekymret i forvejen og så sidder de og fortæller mig, at nu er der jo det og det og det galt og nu det er med garanti at det er galt (...) og så viser det sig så bagefter, at der er faktisk overhovedet ikke noget galt”*. Af citatet ses det, at sundhedspersonalets informationer kan bidrage til, at kvinden bliver nervøs for, at barnet eller hende selv fejler noget, hvorfor måden hvorpå det leveres kan være afgørende.

Utilsigtede konsekvenser
Frygt for konsekvenser
Indskrænket frihed
Handlingslammelse
Stigmatisering (selv-stigmatisering)
Insulin bliver en trussel
Skyldfølelse
Blaming-the-victim
Modstridende og skræmmende information

Tabel 10: oversigt over utilsigtede konsekvenser.

11. Forslag til forandring af en ambulant hospitalsintervention

I nedenstående afsnit vil de samlede resultater fra den kvalitative analyse af interviews og videnskabelige artikler blive præsenteret. Syntesen vil indeholde afsnit med forandringsforslag, herunder individuel inddragelse, støtte, chok over diagnose, engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer og indsigt, samt planlægning og strukturering. Ydermere vil der fremgå konkrete anbefalinger til forandring af den ambulante hospitalsintervention, hvorfor dette afspejler 9. og 10. fase i INDEX-guidance.

11.1 Individuel inddragelse

Den samlede syntese af de kvalitative interviews og udvalgte artikler viser, at individuel inddragelse er essentiel, da det øger handlekompetencer. På baggrund af interviewene kan individuel inddragelse hvor sundhedspersonalet kun giver information resultere i, at kvindernes autonomi nedprioriteres, hvilket kan skabe en negativ relation mellem personalet og kvinden. Ydermere er der, når personalet følger en generisk behandlingsplan og ikke har lægperspektivet i fokus, risiko for at kvindernes behov overses, eftersom at ikke alle kvinder formår at italesætte dem. Når personalet anvender individuel inddragelse og har lægperspektivet i centrum, resulterer det i færre bekymringer, og giver ro og tryghed. Fordelen ved at personalet spørger ind til kvindens hverdagsliv er, at det giver hende mulighed for at give udtryk for personlige behov og præferencer, så personalet kan målrette behandlingen til hvor hun har behov for hjælp. I artiklerne kom det frem, at individuel inddragelse i form af at give kvinderne viden om, hvad der anbefales at spise og hjælpe dem til hvordan ændringer kan udføres, er vigtigt for at kvinderne efterlever kostanbefalinger. Ydermere vil en udarbejdelse af kostanbefalinger på baggrund af kvindens individuelle behov gøre, at kvinderne efterlever anbefalingerne. Dette giver kvinderne en følelse af, at de begynder at nyde at de snart skal være mødre, hvoraf denne glæde kan bidrage til øget livskvalitet.

Som det fremgik i problemanalysen, anvendes der i indsatsen på AAUH individuel inddragelse. I sundhedsvæsenet ses det generelt, at der eksisterer forskellige forståelser af, hvad individuel inddragelse indebærer (Kjeldsen, 2014), hvorfor dette formentlig også kan være tilfældet blandt personalet på AAUH. Nogle opfatter individuel inddragelse som at indhente patientens samtykke og give informationspjecer, men dette er ifølge projektleder i det nationale Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ikke korrekt (Kjeldsen, 2014). Individuel inddragelse handler i stedet om at indhente og afdække den enkelte patients præferencer, viden og ressourcer og inddrage vedkommende i beslutningstagningen (Kjeldsen, 2014). Individuel inddragelse er essentielt, fordi patienter der inddrages, klarer sig bedre og har øget livskvalitet (Freil *et al.*, 2014).

For at øge individuel inddragelse af patienterne er det vigtigt at lederen tager ansvar for, at der målrettet arbejdes mod at integrere patienternes behov, viden og præferencer i behandlingen. Kjeldsen (2014) fremhæver et forslag af Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet til hvordan lederen bedst kan praktisere dette, er ved at have individuel inddragelse som en arbejdsopgave, der ikke kræver ekstra tid for medarbejderen og italesætte betydningen af individuel inddragelse med medarbejderne. Ydermere kunne forslaget bestå i at implementere konkrete metoder til, hvordan medarbejderne kan praktisere individuel inddragelse, samt sørge for at fysiske vilkår skaber rum til private samtaler uden afbrydelser.

Lederen og medarbejderne skal desuden have relevant uddannelse i metoder og viden til, hvordan man anvender individuel inddragelse. Medarbejderen har desuden ansvar for at anvende de metoder til inddragelse som lederen udarbejder, samt systematisk at arbejde med individuel inddragelse ud fra en fælles forståelse af, hvad individuel inddragelse indebærer (Kjeldsen, 2014). Ifølge Freil *et al.*, (2014) har Vibis yderligere fundet tre elementer der bør være til stede i individuel inddragelse, herunder at sundhedspersonalet giver viden der er tilpasset den enkelte patients vidensniveau, for at patienten har bedre forudsætninger for at kunne håndtere eget sygdomsforløb og aktivt indgå i beslutningstagen i behandlingen. Desuden at sundhedspersonalet igennem hele behandlingsforløbet i dialogen tager hånd om patientens individuelle præferencer, viden og ressourcer i henhold til håndtering af sygdom og beslutningstagen. Slutteligt at de respekterer patientens præferencer, viden og ressourcer og integrerer disse i beslutningstagen (Freil *et al.*, 2014).

Det anbefales at sundhedspersonalet på AAUH opfordres til at have fokus på individuel inddragelse således at kvinden med GDMs viden, præferencer og ressourcer inddrages i indsatsen da dette højner kvindens handlekompetencer og livskvalitet. For at komme i mål med dette, anbefales det, at lederen og sundhedspersonalet i ambulatoriet, tager ansvar for at følge Videnscenter for brugerinddragelse i Sundhedsvæsenets anbefalinger og integrere de tre elementer for brugerinddragelse i mødet med kvinden.

11.2 Støtte og chok over diagnosen

I dette afsnit præsenteres resultaterne af mekanismerne støtte og chok over diagnosen. Chok over diagnosen lægges under dette afsnit støtte, idet måden hvorpå støtte udøves, kan anvendes til at nedtone kvindens chok over diagnosen.

Støtte fra sundhedspersonalet

Resultaterne af artiklerne viste, at støtte fra sundhedspersonalet kan fremme livskvalitet, mindske ensomhed og øge handlekompetencer blandt kvinder med GDM og ydermere kan støtten, hvis den udøves allerede på diagnosetidspunktet, fremme motivationen. Ydermere blev det fundet, at en støttesession fra personalet bør vare mindst 20 minutter pr. gang og mere end 4 sessioner. Analysen af interviews fandt, at sundhedspersonalet gennem støtte kan reducere bekymringer om GDM og skabe tryghed. Hvis støtten er anerkendelse af kvinden, kan det øge kvindens motivation og styrke troen på sig selv. Er sundhedspersonalet transparente i behandlingen, kan det skabe tillid og forstærke relationen og ydermere hvis sundhedspersonalet har en positiv indstilling til kvindens forløb kan det give håb og øge livskvaliteten. Ligeledes kan sundhedspersonalet bedre støtte kvinden ud fra hendes behov, hvis hun italesætter dem, på den måde kan det give øget handlekompetencer og øget livskvalitet.

Støtte fra sociale netværk:

Samlet blev det af artikler og interviews fundet at støtte fra netværket kan give livskvalitet, reducere ensomhed, og give styrket tro på egne evner til at håndtere GDM og ydermere styrke handlekompetencer. Af artiklerne fremkom det, at støtte fra kvindens sociale netværk kan give motivation og gøre det lettere for kvinden at følge kost- og motionsanbefalingerne.

Det blev ligeledes fundet at sociale sammenhænge kan være en barriere for, at kvinden følger anbefalingerne, hvis der ikke er opbakning fra det sociale netværk. Dette kan få kvinden til at isolere sig fra sociale arrangementer for at efterleve anbefalingerne, hvilket kan give reduceret livskvalitet.

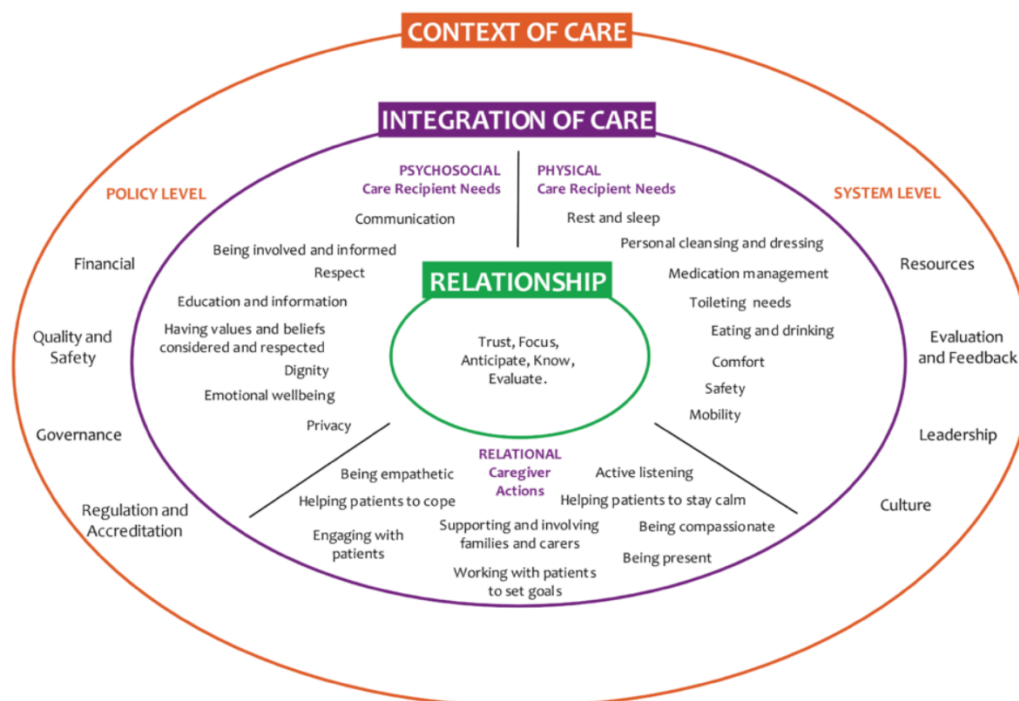
Af interviewene fremkom det ligeledes at støtte fra nære relationer i det sociale netværk, såsom partneren, kan hjælpe kvinden til at håndtere følelser og italesætte svære emner ved GDM og graviditeten generelt. Desuden bør der i klinisk praksis, være større fokus på hvordan kvinderne kan balancere mellem at efterleve anbefalingerne og deltage i sociale arrangementer på en måde, hvor det bliver mere overskueligt for kvinden, idet sociale arrangementer kan være en barriere for efterlevelse af anbefalingerne. Af interviewene fremkom det desuden, at det kan være svært for kvinden at italesætte overfor hendes sociale netværk at hun er blevet diagnosticeret med GDM. Dette kræver dermed, at kvinden viser sin sårbarhed og åbner op om emnet, således at netværket ved, at hun har behov for støtte.

Chok over diagnosen

Både i artikler og interviews oplevede flere kvinder at blive chokeret over at blive diagnosticeret med GDM. Af artiklerne blev det fundet, at chok kan føre til, at kvinderne grundet det fysiologiske chok, kan have svært ved at tage informationer om GDM ind, hvilket kan give handlingslammelse. Sundhedspersonalet kan her være ekstra opmærksomme på kvindens reaktion og fra start tage hånd om dette, så de hurtigere kan komme sig over chokfasen og dermed få overskud til at håndtere GDM. Flere kvinder havde ligeledes svært ved at acceptere diagnosen, hvorfor personalet yderligere kan hjælpe kvinderne med at håndtere GDM indenfor en kortere tidsramme. Omvendt kan chokket desuden give kvinderne øget motivation og medføre at de engagerer sig i adfærdsændringer, hvorfor chokfasen dermed har et tosidet outcome. Af interviewene blev det fundet, at diagnosen for kvinderne krævede tilvænningstid for at kunne forstå og acceptere diagnosen, for herefter at kunne øge sine handlekompetencer.

På baggrund af analysen ses det således, at der er behov for at sundhedspersonalet tager hånd om kvindernes chokreaktion og generelt udøver støtte. En måde hvorpå sundhedspersonalet med fordel kan udøve støtte til kvinderne, er med udgangspunkt i The Fundamental of care Framework, som er en overordnet model der skitserer elementer som bør være til

stede, for at udøve sikker og effektiv grundlæggende sygepleje af høj kvalitet (Feo *et al.*, 2018). Frameworket er desuden relevant til at kunne vise hvilke relationelle handlinger, sundhedspersonalet bør udøve for at tilgodese patientens psykosociale behov (Feo *et al.*, 2018), hvorfor der tages udgangspunkt i modellen. Modellen præsenteres nedenfor i figur 5.



Figur 5 Fundamental of Care Framework (Feo *et al.*, 2018).

Da modellen indeholder mange komponenter, tages der kun udgangspunkt i de væsentligste dele til beskrivelse af hvorledes sundhedspersonalet kan udøve støtte. En anden fordel ved modellen er, at personalet muligvis allerede kender den, da den indgår som en del af undervisningsmaterialet på sygeplejeuddannelserne, hvilket kan fremme implementeringsprocessen (Engel, 2019).

I frameworket er det først og fremmest essentielt når sundhedspersonalet skal give støtte og afhjælpe kvindens chokreaktion, at de har fokus på 1. dimension som består af at skabe en god relation til kvinden, hvor bl.a. tillid og fokus på kvindens behov er centralt (Feo *et al.*, 2018). Herefter kan der fokuseres på at integrere komponenter fra 2. dimension om psykosociale og relationelle forhold (Feo *et al.*, 2018). Til at afhjælpe kvindens chokreaktion, er der behov for, at der bliver ydet støtte, hvorfor komponenter som aktiv lytning, empati samt

skabelse af ro kan integreres på baggrund af god verbal og non-verbal kommunikation. Til at yde støtte generelt er komponenten aktiv lytning vigtig, hvorved der gives rum til kvindens følelser og tanker, og hvor personalet samtidig har respekt for kvindens værdier og overbevisninger. Dermed vil kvinderne føle sig set og hørt, og stigmatisering vil reduceres. Ydermere kan støtte bestå af komponenterne: at hjælpe kvinden med at klare sig i hverdagslivet, give gode råd efter behov, samt at hjælpe hende med at sætte og opnå mål.

På baggrund af, at der i analysen blev fundet, at støtte fra det sociale netværk kunne øge kvindernes handlekompetencer, anbefales det desuden, at sundhedspersonalet tager afsæt i komponenten støtte herunder involvering af familie og pårørende, og dermed eksplicit inviterer pårørende med i hele forløbet på AAUH. Dette kan gøres ved at der i indkaldelsen i e-boks tydeligt beskrives, at det er fordelagtigt at medbringe en partner eller en nær pårørende til konsultationerne. Såfremt partneren ikke er med ved første konsultation, kan dette ligeledes italesættes af personalet, herunder fremhæve fordele ved at pårørende inkluderes.

Det anbefales at sundhedspersonalet yder støtte og dermed hjælp til kvinderne i chokfasen, med udgangspunkt i modellen Fundamental of Care framework. Hele modellen kan efter behov anvendes alt afhængig af, hvilken situation kvinden har brug for støtte i. Med fordel kan modellen være tilgængelig for personalet, ved at hænge i personalestuen. Slutteligt anbefales det, at personalet inddrager kvindens partner i forløbet.

11.3 Planlægning og strukturering

Samlet viser analysen af projektets kvalitative interviews og fremsøgte forskningsartikler, at planlægning og strukturering af hverdagen kan medvirke til, at kvinden får målt blodsukre og får indtaget sunde måltider rettidigt. Ydermere viste analysen af artiklerne, at GDM indvirker på hverdags- og arbejdslivet, herunder at tage del i sociale arrangementer, hvorfor planlægning og strukturering er særligt væsentligt, for at kunne håndtere GDM. Analysen af interviews bidragede med indsigt i, at behovet for planlægning afhang af kvindens individuelle BS-reaktioner og fysiske vilkår, samt at kvindens tidligere vaner med planlægning spillede ind på, om kvinden havde nemmere ved at planlægge sin hverdag med GDM. Når planlægning og

strukturering finder sted, viser begge analyser, at det kan medføre øget handlekompetencer og, fordi det skaber mere frihed, ligeledes medføre øget livskvalitet for kvinden.

Derfor kan sundhedspersonalet understøtte kvinderne med redskaber til at planlægge og strukturere hverdagen, således at kvinderne hjælpes med håndtering af GDM. Jævnfør Bailey et al., (2017) kan såkaldt action planning være en fordelagtig tilgang at anvende i praksis, hvor individet hjælpes til at udspecifcere hvor, hvornår og hvordan et mål skal implementeres, for derved lettere at opnå det. Action planning er således måden hvorpå et mål opnås og her er det væsentligt, at individet har tiltro til at planen kan lykkedes, for at dette finder sted (Bailey, 2017). Derfor kan der i praksis udarbejdes en action plan i samarbejde med kvinden, for herigennem at skabe mere planlægning og struktur i hverdagen. Her kan sundhedspersonalet bidrage med gode råd til, hvilke tiltag der i hverdagen kan være med til strukturere og planlægge måltider. Ifølge Center for Disease control and prevention (2021) kan udarbejdelse af en måltidsplan, indkøb af fødevarer til en uge ad gangen, samt at undgå at handle ind når sulten melder sig, være gode tiltag til håndtering af diabetes. Bailey et al., (2017) fremhæver, at en coping plan kan være fordelagtig at supplere med, da denne forudsiger mulige udfordringer og barrierer, der kan opstå når en adfærd skal ændres, hvilket muliggør at der udarbejdes en plan B, som kvinderne i stedet kan anvende. Dette kan således højne sandsynligheden for, at kvinderne får udført disse adfærdsændringer i deres hverdag.

Derfor anbefales praksis at udarbejde en action plan og coping plan i samarbejde med kvinden, således at kvinden får hjælp til at planlægge hverdagen sammen med sundhedspersonalet. Her kan der tages hånd om både måltider, blodsuktermålinger og hvordan kvinden kan håndtere sociale arrangementer, således at hun har en plan for disse aspekter. Dette kan gøre det mere overskueligt og håndgribeligt for kvinden, hvorved hun får mere overskud og frihed i hverdagen med GDM, samt øget sin livskvalitet.

11.4 Indsigt, engagement, vision, handleerfaring og kritisk sans

Som det fremgår af resultaterne fra de kvalitative interviews samt udvalgte artikler, forekommer der differentierede niveauer af handlekompetencer hos kvinderne, herunder engagement, vision, kritisk sans, indsigt og handleerfaringer.

Af interviews fremgår det, at sundhedspersonalet har fokus på at informere om årsager til GDM og mulige konsekvenser det kan medføre, hvorfor kvinderne heraf udviser tilfredshed med informationen og dermed opnår indsigt i GDM. Desuden giver indsigten øget engagement og motivation hos kvinderne til at varetage barnets helbred, eget helbred og ydermere at efterleve anbefalingerne. Sundhedspersonalet skaber desuden, i samarbejde med kvinderne, visioner, hvilket medfører at ændringerne opleves mindre indgribende og dermed nemmere at efterleve. Desuden fremgår det, at nogle af kvinderne formår at anvende sin kritiske sans, samt tidligere handleerfaringer, og gennem dette får en mere individrettet behandling, hvorfor dette kan medføre, at planen for forløbet er lettere at efterleve.

Af artiklerne fremgår det, at der er manglende viden hos kvinderne omkring fysisk aktivitet og hvilke konsekvenser manglede aktivitet kan medføre. Desuden er der et ønske om, at denne viden skal komme fra troværdige kilder såsom sundhedspersonalet. Ydermere fremgår det af artiklerne, at større indsigt i GDM, herunder konsekvenser for barnet, samt redskaber til adfædsændringer, ville bevirke at kvinderne fik øget motivation samt handlekompetencer. Desuden kan den manglede indsigt i GDM ligeledes medføre, at der forekommer skyld, skam og frygt hos moderen, der kan føre til handlingslammelse. For at optimere dette, er det derfor relevant at tage udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang af Bjarne Bruun Jensen (2011), hvor kerneelementer såsom *handling*, *deltagelse* og *viden* er medvirkende til at øge handlekompetencer. Ifølge Jensens (2011) tilgang, er det en forudsætning, at fokus er på handlekompetencer og hvorledes disse kan anvendes aktivt i forbindelse med skabelse af en forandring, fremfor at have en adfærdsmodificerende og moraliserende tilgang. Elementerne i handlekompetencerne skabes og udvikles desuden i et samspil mellem målgruppen og sundhedspersonalet, hvorfor handlerum ligeledes er en forudsætning herfor (Jensen, 2011).

Handling

Ifølge Jensen (2011) spiller målgruppen en central rolle, når der skal skabes handling og dermed forandring. Handlinger og erfaringer rummer vigtige læringspotentialer, hvis disse italesættes i samarbejde med en professionel, hvor der gives mulighed for at bearbejde og perspektivere handlingerne således, at der skabes refleksioner over resultater (eller mangel på samme) på baggrund af konkrete handlinger (Jensen, 2011). Dermed er det essentielt, at

handlingsperspektivet inddrages fra start, og ikke blot inddrages som afslutning på sundhedsarbejde og ligeledes fokuserer på livsstil og levekår (Jensen, 2011). Det fremgår af resultaterne, at kvinderne allerede besidder nogle handleerfaringer fra tidligere, men at dette aspekt ikke tages med i vejledning og behandling af GDM. Derfor kunne et konkret forslag være, at sundhedspersonalet integrerer elementer af målgruppens egne handlinger og erfaringer i vejledningen, således at der skabes refleksioner med henblik på fremme handlekompetencer og ydermere giver øget livskvalitet.

Deltagelse

Inddragelse af målgruppen bør ifølge Jensen (2011) tage afsæt i, hvad målgruppen reelt set kan deltage i. Hertil fremhæver han en model (figur 6), som angiver forskellige måder at inddrage målgruppen på, afhængig af kompetencer (Jensen, 2011). Modellen angiver forskellige måder at inddrage målgruppen på, og desuden angiver modellen ligeledes en systematik for diskussionen af inddragelse (Jensen, 2011). Dermed forekommer sundhedspersonalet som facilitator, da fokus bliver centreret omkring dialogen mellem sundhedspersonalet og kvinden med GDM, så hun kommer i centrum, fremfor målgruppestyre hvor sundhedspersonalet alene styrer dagsordenen. Dermed kunne et konkret forslag til sundhedspersonalet være at inddrage Jensens (2011) model, for dermed at systematisere inddragelsen af kvinderne med GDM og heraf skabe en dialog omkring behov og præferencer for inddragelse, da målgruppen er forskelligartet og dermed har forskellige forudsætninger og behov.

	Med i projek- tet?	Undersø- gelse/udred- ning	Vision/sundheds- definitionen	Strategi/handling	Evaluering/ opfølgning
Målgruppeinitiativ Fælles beslutninger					
Målgruppeinitiativ Målgruppebeslutninger					
Konsulentinitiativ Fæl- les beslutninger					
Konsulent informerer Målgruppe accepterer eller afviser					

Figur 6: Model for deltagelse, udarbejdet med inspiration fra Jensens (2011) model om deltagelse

Viden

Af resultaterne fremgår det, at især første og anden dimension af viden prioriteres i behandlingen af GDM i indsatsen, da årsager til GDM og konsekvenser heraf bliver prioriteret og italesat. På baggrund af dette, er det derfor fordelagtigt, hvis sundhedspersonalet ligeledes inddrager tredje og fjerde dimension af viden. Tredje dimension omhandler forandringsaspektet herunder viden omkring mestring af eget liv, samt forhold relateret til de omkringliggende levevilkår. Desuden indgår viden omkring samarbejde, samt strategier til ændring af sundhedsadfærd (Jensen, 2011). Derfor anbefales det, at sundhedspersonalet anvender deres viden omkring kompleksiteten af GDM, således at forandringsaspektet tager afsæt i både de individuelle, sociale, kulturelle og miljømæssige vilkår. Desuden kan vidensniveauet optimeres hos kvinderne med GDM, hvorfor de nuværende pjecer ligeledes kan tage udgangspunkt i tredje dimension. Ydermere kan en action plan, som nævnt tidligere, ligeledes anvendes til at ændre sundhedsadfærd hos kvinderne med GDM.

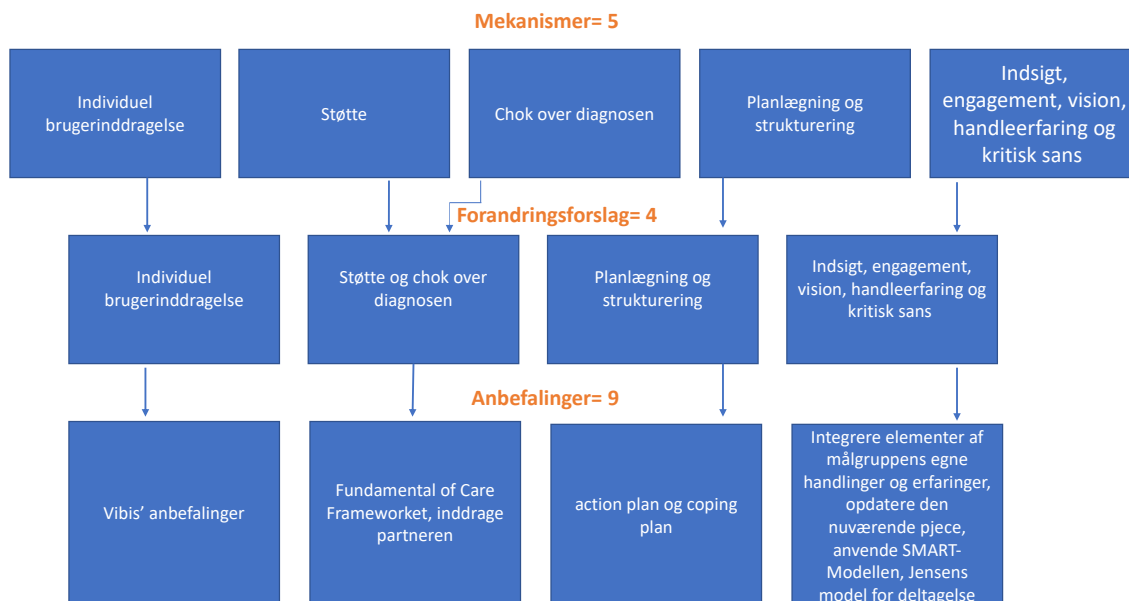
Da fjerde dimension omhandler visioner, er det en nødvendighed at målgruppens visioner bliver inddraget og hertil gøres mulige i forhold til forandring. Dermed er det en forudsætning at sundhedspersonalet får skabt en dialog omkring kvindernes visioner og mål i forløbet med GDM, således at forløbet bliver målrettet det enkelte individ. Dette kunne konkret tage sit afsæt i SMART-modellen, som er et redskab til at kvalificere allerede eksisterende mål eller få skabt nye mål. SMART er en forkortelse for at mål skal være: Specifikke, Målbare, Accepteret,

Realistiske og Tidsafgrænset, hvorfor disse kernebegreber er fokus for modellen (Suhr and Winther, 2011)

Til forandring af den nuværende ambulante hospitalsintervention er det således essentielt at gøre opmærksom på, at kernebegreber fra Jensens (2011) sundhedspædagogiske tilgang herunder handling, deltagelse og viden er forudsætninger for, at kvinderne med GDM får øget handlekompetencer og dermed øget livskvalitet. Dermed anbefales det at sundhedspersonalet skaber dialog omkring tidligere handlinger og erfaringer hos kvinderne, anvender en systematisk model for inddragelse af kvinderne, opdaterer den nuværende pjece med viden fra 3 dimension, anvender action planning og slutteligt anvender SMART- modellen til at skabe mål for forløbet.

11. 5 Overvejelser til forandringsforslag

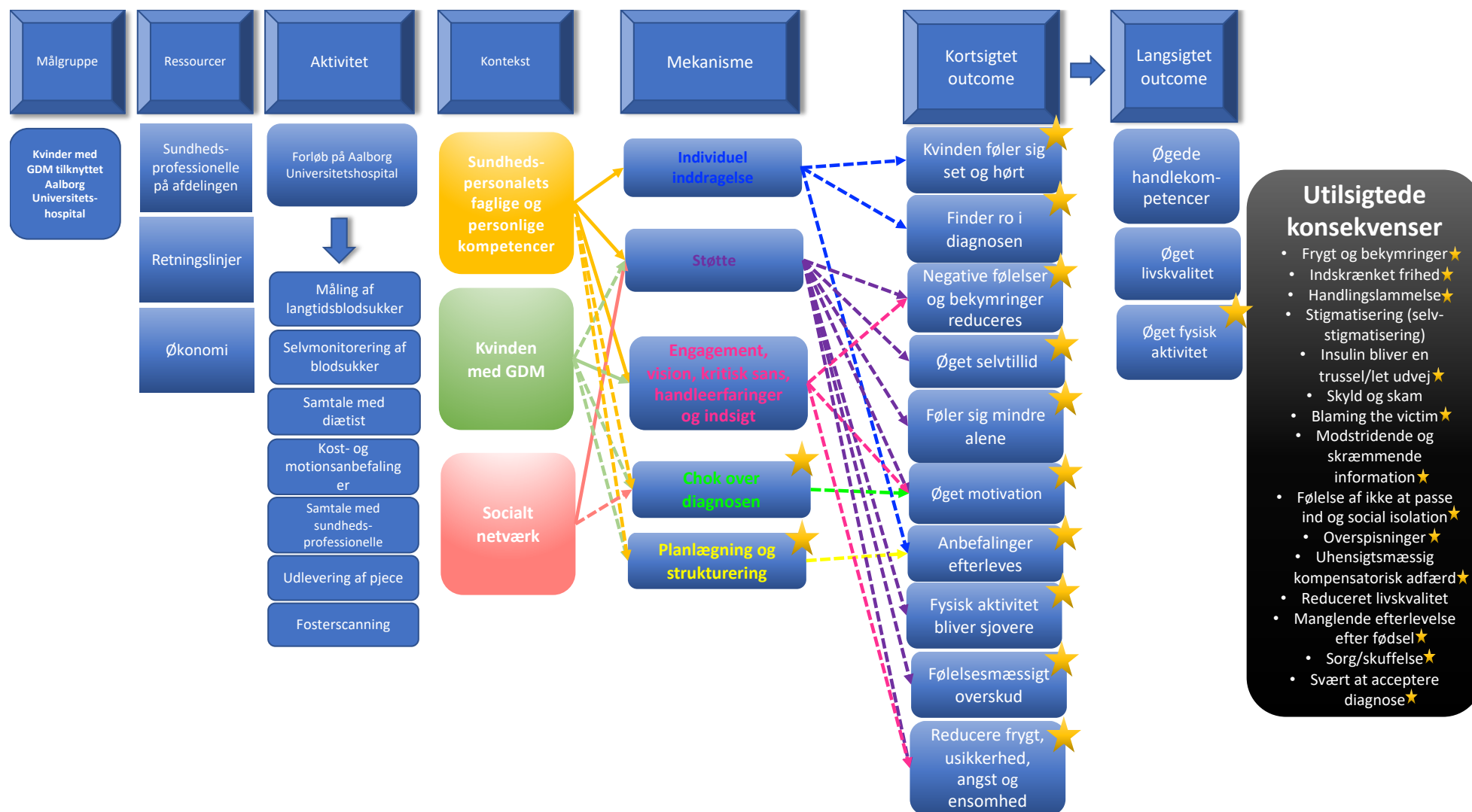
Af overstående fremgår fire forandringsforslag herunder; Individuel inddragelse, støtte og chok over diagnosen, planlægning og strukturering, Indsigt, engagement, vision, handleerfaring og kritisk sans med dertilhørende ni anbefalinger herunder; FoC, partnerinddragelse, individuel inddragelse, integrere elementer af målgruppens egne handlinger og erfaringer, Jensens model for deltagelse, opdatering af pjecen, SMART-modellen, coping plan samt action plan. En væsentlig forudsætning for, at forandringsforslagene kan indfries, fordrer en tryk og tillidsfuld relation mellem sundhedspersonalet og kvinden, hvorfor Fundamental of Care Frameworket er et centralt element i alle forandringsforslagene. Af den grund anses anvendelsen af FoC, som et overordnet forslag der kan understøtte implementeringen af projektets andre forandringsforslag. Således vurderes forandringsforslaget målrettet støtte særligt relevant, for herefter at kunne aktivere de resterende forandringsforslag. Samlet set anbefales praksis dermed at implementere forandringsforslag, som både rummer et forebyggende sigte, da det har til hensigt at øge handlekompetencer for at undgå konsekvenser ved GDM, samt et sundhedsfremmende sigte, da det desuden har til hensigt at øge livskvaliteten. Projektets resultater kan desuden ses i figur 7.



Figur 7: Oversigt over projektets resultater, herunder mekanismer, forandringsforslag og anbefalinger

11.6 Revideret programteori

Som beskrevet i afsnit 6.0 omkring planlægningsmodellen, består sjette fase af INDEX-guidance af, at programteorien testes og revideres (Skivington *et al.*, 2021). Projektets interviews og den systematiske litteratursøgning samt analysen heraf, er således udført med henblik på at teste programteorien og herudfra komme med forslag til videreudvikling af indsatsen. Herudfra er programteorien revideret, i form af at elementer, som ikke blev identificeret i den første programteori, nu medtages, herunder inkluderes projektets forandringsforslag i den reviderede programteori. Således illustrerer den reviderede programteori den eksisterende indsats og ligeledes hvordan forandringsforslagene, der har til formål at øge kvindernes hand- lekompetencer og livskvalitet, forventes at virke. For at danne overblik og gennemsigtighed, er nye elementer i programteorien enten markeret med en stiptet linje eller en stjerne. Pro- jektets reviderede programteori illustreres i figur 8.



Figur 8: Projektets reviderede programteori

I den reviderede programteori er der ikke identificeret nye elementer til målgruppe, ressourcer og aktiviteter, hvorfor disse er uændret fra første programteori. Ligeledes er konteksterne de samme, som i første programteori, hvor navnet på sundhedspersonalet dog er ændret til sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer. Ydermere er der tilknyttet nye undertemaer til konteksterne, hvor sundhedspersonalets faglige og personlige kompetencer ligeledes rummer manglende fleksibilitet i tidsramme. Dette for at tydeliggøre, at sundhedspersonalets faglighed og personlighed, samt den tilgængelige tidsramme, influerer på samarbejdet med kvinden og muligheden for at aktivere mekanismerne.

Konteksten kvinden med GDM er tilknyttet undertemaer i form af generel viden, individuelle BS-reaktioner, fysiske vilkår/sygdomme, travlhed i hverdags- og arbejdslivet, da dette indvirker på kvindens mulighed for at aktivere mekanismerne. Dette rummer derfor kvindens vilkår i hverdagen, samt eventuelle sygdomme, viden om kost og motion og hvordan kvindens blod-sukker reagerer.

Den sidste kontekst socialt netværk er ligeledes tilknyttet undertemaer i form af kvaliteten og nærheden, idet det for kvinderne ses væsentligt, at netværket består af nære relationer, som kender kvinden godt og kan tilbyde støtte af høj kvalitet.

Mekanismen individuel inddragelse er fortsat en del af programteorien, dog med den forskel, at kvinderne i endnu højere grad inkluderes i behandlingen, eftersom at både informanterne og kvinder i artiklerne efterspørger dette. Mekanismen støtte er uddybet med undertemaer: fokus på kvinden behov og præferencer, støtte til at udføre adfærdsændringer, samt støtte i form af hjælp til at håndtere følelser. Mekanismen kan som noget nyt påvirkes af konteksten kvinde med GDM, idet interviewene tydeliggjorde væsentligheden af kvindens evne til at være sårbar og bede om hjælp, for derved at kunne opnå den nødvendige støtte.

Mekanismen engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer og indsigt bevares og dækker ligeledes over mekanismerne identificeret i artiklerne: Indsigt i fysisk aktivitet under graviditet samt Indsigt i GDM.

En ny mekanisme, der blev identificeret i både artiklerne og interviews er chok over diagnosen, som ligeledes dækker over undertemaet mistillid til diagnosen. Her kan kvindens viden og ressourcer influere på hvorvidt kvinden bliver chokeret og samtidig kan sundhedspersonalet med fordel forsøge at reducere chokket, i form af støtte. Ydermere er mekanismen planlægning og strukturering ny i programteorien og denne er identificeret i både artikler og

interviews, hvortil kvindens vaner og erfaringer kan påvirke denne. Her ses det desuden fordelagtigt, hvis sundhedspersonalet understøtter processen med at planlægge og strukturere kvindernes hverdag, da det således kan øge muligheden for at efterleve anbefalingerne.

Der er identificeret nye kortsigtede outcomes, der jævnfør analysen opstår forud for og fører til de langsigtede outcomes. De kortsigtede rummer; Kvinden føler sig set og hørt, finder ro i diagnosen, øget selvtillid, øget motivation, anbefalinger efterleves, fysisk aktivitet bliver sjovere, føler sig mindre alene, følelsesmæssigt overskud, reducere frygt, usikkerhed, angst og ensomhed. De langsigtede outcomes rummer derimod; øget handlekompetencer, øget livskvalitet samt øget fysisk aktivitet.

Slutteligt er der identificeret nye utilsigtede konsekvenser, der kan finde sted på baggrund af diagnosen og indsatsen herunder; frygt og bekymringer, indskrænket frihed, handlingslamelse, stigmatisering (selvstigmatisering), insulin bliver en trussel/let udvej, skyld og skam, blaming the victim, modstridende og skræmmende information, følelse af ikke at passe ind og social isolation, overspisninger, uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd, reduceret livskvalitet, manglede efterlevelse efter fødsel, sorg/skuffelse, svært at acceptere diagnose.

12. Diskussion

12.1 Resultatdiskussion

I følgende afsnit vil projektets resultater fra den systematiske litteratursøgning, interviewundersøgelsen samt anbefalingerne til forandring blive diskuteret med inddragelse af relevant litteratur med henblik på at belyse styrker og svagheder. Resultatdiskussion vil desuden tage udgangspunkt i forandringsforslag; individuel inddragelse, støtte, planlægning og strukturering samt indsigt, engagement, vision, handleerfaring og kritisk sans.

12.1.1 Individuel inddragelse

Af resultaterne fra interviewundersøgelsen og litteraturstudiet fremgik det, at det var vigtigt for kvinderne at sundhedspersonalet anvendte individuel inddragelse ved at inddrage kvindens behov og præferencer i forløbet. En empirisk undersøgelse udgivet af Sundhedsstyrelsen har dog fundet, at patienter ofte ikke ser vigtigheden i at fortælle sundhedspersonalet om

deres præferencer til behandling (Jacobsen, Pedersen and Albeck, 2008). Dette kan være med til at forklare resultaterne fra projektets interviewundersøgelse, hvor det fremgår, at ikke alle kvinder formår at italesætte deres behov. Dette kan dog have sin begrundelse i, at kvinderne ikke ser vigtigheden af italesættelsen, hvilket kan være på grund af, at kvinderne har stor tiltro til, at sundhedspersonalet kommer omkring det hele menneske og ikke overser noget. Ligeledes fandt undersøgelsen at patienter i et vist omfang forventer at behandlerne spørger ind til de emner, som de har behov for at vide noget om (Jacobsen, Pedersen and Albeck, 2008).

I et review af Vahdat, et al., (2014) fremhæver at en anden årsag til, at patienter ikke formår at italesætte deres behov, er grundet patientrelateret faktorer som personlige karakteristika, i forhold til om det ligger til patienten at sætte ord på sine behov. Således kan der være flere barrierer for, om kvinderne formår at italesætte behov og præferencer, hvilket derfor kan besværliggøre den individuelle inddragelse. Foruden barrierer relateret til lægperspektivet, kan faktorer relateret til sundhedspersonalet være en barriere for individuel inddragelse. Dette kan blandt andet være interpersonelle kommunikationsevner (Vahdat *et al.*, 2014), herunder om sundhedspersonalet formår at være aktivt lyttende og inddrage det sagte i forløbet. Derudover kan en barriere være, hvis de ikke anerkender patientens vidensniveau (Vahdat *et al.*, 2014). Dette bakkes op af Sundhedsstyrelsens undersøgelse der fandt, at når patienter italesætter deres præferencer, synes de ikke altid betydningsfulde for sundhedspersonalet i flere situationer, idet de anser præferencerne for at være illegitime (Jacobsen, Pedersen and Albeck, 2008). Dette er naturligvis ikke gældende for al sundhedspersonale, men det kan være med til at give en forklaring på, hvorfor sundhedspersonalet indimellem ikke altid formår at være have fokus på individuel inddragelse i forløbet på AAUH.

Disse overbevisninger fra sundhedspersonalet resulterer i, at der kan opstå en magtkamp om legitimiteten af patientens præferencer. Hvis patientens præferencer på den anden side inddrages i beslutningstagen, udfordrer det magtforholdet mellem patient og den sundhedsprofessionelle (Jacobsen, Pedersen and Albeck, 2008), idet spørgsmålet kan opstå: hvilken viden vægter mest sundhedspersonalets eller patientens, på baggrund heraf kan der også opstå konflikter hvis parterne ikke når til enighed. En af projektgruppens anbefalinger, på baggrund af projektets resultater, lød på at personalet på AAUH undervises i individuel inddragelse således at alle på afdelingen opnår samme forståelse af individuel inddragelse. Dette vil

formentligt kunne bidrage til at mindske ovenstående overbevisninger blandt personalet, således at individuel inddragelse kan skabe høj kvalitet i sygeplejen til kvinderne med GDM og undgå utilsigtede konsekvenser.

12.1.2 Støtte

Som det fremgår af resultaterne fra analyserne af litteraturstudiet og interviewundersøgelsen, har støtte og dermed relationsdannelse stor betydning for, hvorvidt det lykkedes for kvinderne at efterleve anbefalingerne, og samtidig have et godt patientforløb.

På den ene side, anses det som værende sundhedspersonalets ansvar at danne en tillidsfuld relation, hvilket omvendt kan være enormt svært, særligt på baggrund af tidspres. Dette understøttes ligeledes af Uhrenfeldt & Hall (2014) hvor det fremgår, at der forekommer et tidspres hos sundhedspersonalet, hvorfor patient-sygeplejerske relationen kan blive udfordret. Dog fremgår det ligeledes af resultaterne fra analyserne, at kvindens evne til at reflektere over og italesætte egne behov ses væsentligt, for at kvinden kan modtage den rette hjælp, hvorfor både sundhedspersonalet og kvinderne dermed har et ansvar. Hertil kan anbefalingen for forandring være essentielt at anvende, da begrebsrammen FoC forsøger at kombinere den proces, hvor der etableres en relation mellem sygeplejerske og patient som led i en personorienteret sygepleje (Feo *et al.*, 2018). Derudover er det væsentligt at påpege, at mennesker ifølge Jensen (2011) ikke nødvendigvis anser sundhed som værende fravær af sygdom, men i stedet vægter velvære og "det gode liv" højt, hvilket kan være imod de biomedicinske sundhedsråd. Dermed er det essentielt, at eventuelle divergerende sundhedssyn bliver italesat, så sundhedspersonale og kvinderne formår at finde en fælles retning for behandlingen. Dette fordrer derfor, at sundhedspersonalet spørger ind og formår at give plads til kvindernes sundhedssyn, samt at møde disse med forståelse og respekt, for herigennem at kunne skabe en dialog om disse.

Hvis mødet med patienter er kortvarigt, kommunikeres der ofte kun om rutinefakta med henvisning til diagnose og behandling (Uhrenfeldt, Sørensen and Bahnsen, 2019). Dog kan dette være gavnligt for behandlingsforløbet og understøttelse heraf, men ligeledes være en barriere for patienterne, som dermed ikke får mulighed for at italesætte egne behov (Uhrenfeldt, Sørensen and Bahnsen, 2019). Af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning samt interviewundersøgelsen fremgår det, at flere kvinder oplevede at blive chokeret over

diagnosticeringen af GDM. Det fremgår desuden at chok kan føre til, at kvinderne ikke formår at tage informationer ind omkring GDM, hvilket ydermere kan give handlingslammelse. Af interviewene blev det desuden fundet, at diagnosen for kvinderne krævede tilvænningstid for at kunne forstå og acceptere diagnosen. Det korte møde med patienterne kan derfor være en barriere for, at FOC ikke bliver anvendt og integreret efter hensigten, da tidspresset er en hæmmende faktor for anvendelsen. Dette vil dermed resultere i, at programteoriens utilsigtede konsekvenser ligeledes finder sted, hvis ikke støtte finder sted i forløbet hos kvinderne med GDM. På den anden side, kan sundhedspersonalet spare tid, hvis der bliver taget hånd om chokdiagnosen, hvorfor kvinderne hermed lettere forstår information, og evt. gentagelser af det sagte undgås. Ydermere vil det være gavnligt at inddrage det sociale netværk herunder evt. partner for at give yderligere støtte til kvinden med GDM. Dette kan ligeledes være en fordel, da den sagte information bliver hørt af flere personer og dermed kan huskes af flere. Det fremgår dog også fra både artikler og interviews, at støtte fra socialt netværk kan give livskvalitet, reducere ensomhed, give styrket tro på egne evner til at håndtere GDM og ydermere styrke handlekompetencer. Dermed er det essentielt at inddrage støtte fra socialt netværk i forløbet, og ydermere viser en undersøgelse udarbejdet af DEFACTUM (2016), at de fleste pårørende desuden gerne vil bidrage i forbindelse med et sygdomsforløb. Dog er det nødvendigt, at sundhedspersonalet har viden om de pårørende og deres situation i det enkelte patientforløb, således der kan tages hensyn til dette (DEFACTUM, 2016).

12.1.3 Planlægning og strukturering

Analysen af interviews og artikler viser, at hvis kvinderne formår at planlægge og strukturere deres hverdag, bliver efterlevelse af anbefalingerne lettere og giver samtidig mere råderum i deres hverdag. Således kan sundhedspersonalet med fordel hjælpe kvinderne til at udarbejde en detaljeret action plan, der præciserer hvordan de helt præcist kan udføre denne adfærd og samtidig udarbejder en coping plan, der udpensler alternativer, hvis det andet ikke lykkes. Jævnfør et systematisk review omkring fastholdelse af adfærdsændringer af Kwasnicka et al., (2016), er der et tydeligt mønster for, hvad der ændrer adfærd og hvordan denne fastholdes, herunder at fastholdelse af en adfærdsændring kræver tid og øvelse. Hvor lang tid det tager, afhænger af kontekst, adfærd og individuelle faktorer (Kwasnicka *et al.*, 2016). Dette er således svært at forene med håndtering af GDM, idet fejlslagne forsøg til at ændre adfærd kan

infludere på, hvorvidt kvinden og barnet rammes af konsekvenser ved GDM. Idet kvinderne på meget kort tid bør ændre adfærd, kræver det således meget af kvinden, herunder tid og overskud, da selvregulering ifølge Kwasnicka et al., (2016) kræver mentale ressourcer og energi, der kan svinde ind, hvorfor efterfølgende selvreguleringsopgaver bliver mindre effektive. Dette betyder således, at når kvinderne anvender energi til at foretage disse adfærdsændringer, vil overskuddet til andre opgaver og adfærdsændringer dale. På den baggrund kan planlægning og strukturering, modsat analysens fund, være med til at påvirke livskvaliteten negativt, idet kvindernes overskud og mentale ressourcer hurtigt opbruges.

På den anden side, kan kvinderne ikke komme udenom, at håndtering af GDM kræver adfærdsændringer, såfremt de ønsker at forebygge negative konsekvenser. Derfor kan planlægning og strukturering alligevel være en god hjælp for kvinderne, idet de i situationer med lav energi, ikke behøver at anvende lige så mange mentale ressourcer på at beslutte f.eks. hvad de skal have til aftensmad eller hvilken træningsform de skal udføre, da dette er planlagt på forhånd. Ifølge Kwasnicka et al., (2016), vil selvregulering involvere at skulle håndtere fristelser og fejltrin, herunder tilbagefald, hvilket kendetegnes ved at en række fejltrin finder sted og medfører at den tidligere adfærd vender tilbage.

Såfremt dette finder sted, kan det få kvinderne til at føle, at de fejler eller ikke er gode nok, hvilket muligvis kan ramme kvinder med GDM særligt hårdt, da det kan påvirke opfattelsen af, om de er en god mor. Dette kan således resultere i at være en utilsigtet konsekvens ved planlægning og strukturering, hvis det ikke formås at udarbejde en plan, som er acceptabel og realistisk for kvinden. Dette er dog i forandringsforslaget forsøgt at forebygge, ved at planen bør tage udgangspunkt i kvindens ønsker og præferencer, hvilket jævnfør Kwasnicka et al., (2016) er medvirkende til i højere grad at fastholde adfærdsændringen.

Ydermere er det særligt fordelagtigt at udarbejde strategier til at overvinde mulige barrierer, der kan finde sted ifm. adfærdsændringen og herudfra udarbejder måder hvorpå dette kan håndteres for individet (Kwasnicka *et al.*, 2016). Dette er således medtænkt i projektet, i form af en coping plan, der skal hjælpe kvinderne med at håndtere fejltrin og svære situationer, hvor overskuddet er lavt. På den baggrund kan implementering af forandringsforslaget planlægning og strukturering muligvis medføre, at nogle fremanalyserede utilsigtede konsekvenser forebygges.

12.1.4 Indsigt, engagement, vision, handleerfaring og kritisk sans

Af analysens resultater fremgår det, at når kvinden besidder handlekompetencer, resulterer dette i bedre håndtering af GDM, hvilket kan forklare hvorfor kvinderne bl.a. efterspørger større indsigt i GDM. Artiklerne benævner i et begrænset omfang delelementer af handlekompetencer, bl.a. indsigt og engagement, men er ellers sparsomt beskrevet. På den anden side, er elementerne fra handlekompetencer fremanalyseret i interviewene, hvorfor det kan indikere, at det er væsentligt at fokusere på i projektets kontekst. Dog blev det fundet, at elementerne handleerfaringer og vision ikke blev inkorporeret af sundhedspersonalet i behandlingen, hvilket kan være fordelagtigt til at øge kvindernes handlekompetencer. Til at øge handlekompetencer, kan praksis tage udgangspunkt i kerneelementerne handling, deltagelse og viden.

Med henblik på at give kvinderne viden, kan SMART-målene anvendes for herigennem at eksplicitere kvinderne visioner. Dog taler Steen Wackerhausen (1995) om henholdsvis ægte og uægte mål, hvor ægte mål defineres som mål, der udspringer fra individet selv, uden tvang fra omverden eller sig selv. Omvendt udspringer uægte mål ikke fra eget værdigrundlag, hvorfor autonomi og selvbestemmelsesretten ikke respekteres (Wackerhausen, 1995). Dette understreger væsentligheden af, at målene bør udspringe fra kvinden selv og ikke kan pålægges af sundhedspersonalet, hvilket kan være problematisk, såfremt kvinden ikke selv ønsker at foretage ændringer i sin adfærd, eller ikke ønsker at foretage ændringer, der stemmer overens med sundhedspersonalets syn på sundhed. Såfremt at kvindens visioner er svære at forene med anbefalingerne for GDM, er det således ikke ens betydende med, at hun bliver bedre til at håndtere GDM. Dette fordrer derfor, at sundhedspersonalet kan indgå i dialog med kvinden, på en tillidsfuld og ligeværdig måde, hvorved sundhedssyn kan diskuteres og derved udarbejde et fælles mål.

I forhold til handling og deltagelse kan begge komponenter være tidskrævende at indføre i praksis, da spørgsmål til kvindernes tidligere handleerfaringer, kan det føre til en lang samtale, der kan være sårbar at åbne op omkring. Dette fordrer tillidsfuld og tryk relation, hvilket kan tage tid at opbygge. Ydermere beskriver Jensens (2011) model om deltagelse ikke dybdegående hvordan dette udføres i praksis, hvorfor dette kan være svært for personalet at inkorporere i behandlingen af GDM. Dette kan dog skyldes, at deltagelse ifølge Jensen (2011) er kontekstafhængig og derfor sværere at definere og ensarte. Derfor bør sundhedspersonalet

vurdere fra situation til situation, i hvor høj grad kvinden med GDM kan og vil tage del i behandlingen.

12.2 Metodediskussion

I det følgende afsnit vil der blive diskuteret de metodiske valg i projektet.

Indledningsvist vil brugen af MRC-guidance blive diskuteret og efterfølgende projektets anvendte metoder, herunder den systematiske litteratursøgning samt de kvalitative interviews. Dette med henblik på, at diskutere de metodiske styrker og svagheder og ydermere at vurdere hvorvidt de metodiske elementer har været relevante og hensigtsmæssige til besvarelse af problemformuleringen. Dette vil tage udgangspunkt Kvale og Brinkmanns (2015) kvalitetskriterier hvorved pålidelighed, gyldighed samt generaliserbarhed anvendes. Afslutningsvist diskuteres etiske overvejelser i et mikro- og makroperspektiv i henhold til implementering af anbefalingerne til forandring.

12.2.1 MRC- Guidance til interventionsudvikling

I projektet har MRC-guidance (Skivington *et al.*, 2021) været anvendt som planlægningsmodel, hvor én af faserne fra modellen er blevet brugt til interventionsudvikling. Modellen ses som en styrke for projektet, idet dens formål er at udvikle komplekse interventioner, hvilket stemmer overens med dette projekts formål, at videreudvikle en kompleks intervention der kan omfavne kvinder med GDM, idet sygdommen influerer på alle lag i den socioøkologisk model og derfor er en kompleks problemstilling.

Til trods for at dette projekt kun har anvendt en fase, er alle faserne væsentlige at medtænke, når der skal foretages en udvikling af en kompleks intervention, hvorfor nedenstående diskuterer de resterende tre faser; *afprøvning*, *evaluering* og *implementering*. Hver af faserne besidder en række kernelementer, som bør tages højde for igennem hele forskningsprocessen. Faserne består af; kontekst, udvikling og raffinering af programteori, involvering af stakeholders, identificering af kerneusikkerheder, raffinering af interventionen og økonomiske overvejelser.

Gennem feasibility studier er det muligt at afprøve en intervention, der er udviklet med afsæt i MRC-modellen, og ud fra afprøvningen vurdere om udviklingen af interventionen skal overgå

til evalueringsfasen (Skivington *et al.*, 2021). Et feasibility studie er beregnet til at identificere usikkerheder (key uncertainties) i interventionen, hvorefter det er muligt at revidere programteorien for at undgå disse usikkerheder. Feasibility studier vil derfor være fordelagtige at udføre på AAUH, idet de kan give en dybere forståelse for den kontekst interventionen skal implementeres i og de udfordringer der kan forekomme omkring interventionen. De usikkerheder der kunne forekomme af denne intervention kunne eksempelvis være, hvorvidt interventionen er let af følge for sundhedspersonalet, og om de vurderer det fundne acceptabelt at skulle implementere oveni de arbejdsgange de i forvejen er underlagt. Ydermere er en usikkerhed ved interventionen, at der som belyst i PA, er fundet en sammenhæng mellem livskvalitet og handlekompetencer, men det er uvist om der er omvendt kausalitet. Jævnfør Szklo & Nieto (2019) er omvendt kausalitet når det formodede udfald i stedet er ansvarlig for at eksponeringen finder sted. Således er det uvist, om handlekompetencer medfører livskvalitet eller om livskvalitet fører til handlekompetencer.

Ydermere kunne det være relevant at undersøge, om interventionen kan generaliseres til den brede population af kvinder med GDM, idet interviewdata bygger på en homogen gruppe af kvinder. Det anbefales derfor at teste indsatsen i en mindre setting.

I henhold til MCR-retningslinjer af Skivington *et al.* (2021) tager evalueringen udgangspunkt i at belyse om interventionen virker, for dermed at opnå det tilsigtede resultat. Det anbefales jvf. Skivington *et al.* (2021) at evalueringen både indeholder en effektevaluering og procesevaluering. I forbindelse med forandring af en ambulant hospitalsintervention, ville en effektevaluering dermed kunne bidrage med viden om, hvorvidt interventionen har den intendede effekt. Således kunne det være relevant at måle interventionens outcome *handlekompetencer* samt *livskvalitet*. Da der ikke forekommer et måleredskab for handlekompetencer, kan dette begreb ifølge Bjarne Bruun Jensen (2011) sidestilles med Health literacy, hvorfor måleredskabet REALM (The rapid estimate of adult literacy in medicine) og TOFHLA (The test of functional health literacy in adults) kan anvendes, da disse redskaber har til hensigt at måle niveauet af health literacy blandt individer (Sundhedsstyrelsen, 2009). Begge redskaber tager udgangspunkt i korrekt læsning og forståelse af sundhedsrelaterede ord (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Ligeledes kan livskvalitet i en sundhedsfaglig kontekst måles ved at anvende forskellige generiske værktøjer (Drummond *et al.*, 2015). WHO har udarbejdet et generisk værktøj kaldet

WHO Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) til måling af individets overordnede livskvalitet (Socialstyrelsen, no date), hvorfor dette redskab kunne være anvendeligt til at måle projektets outcome. Derimod kan procesevaluering være bidragende til at undersøge underliggende mekanismer og kontekstens betydningen for effekten af indsatsen (Skivington *et al.*, 2021). Dermed kan procesevalueringen være bidragende til at teste antagelserne i henhold til anbefalingerne til forandring, herunder individuel inddragelse, støtte, chok over diagnosen samt planlægning og strukturering i den raffinerede programteori og dermed opnå indsigt i hvorfor interventionen virker eller hvorfor effekten ikke indtræder. Ydermere kan procesevalueringen ligeledes bidrage med viden om, hvorledes anbefalingerne til forandring kan optimeres.

Tidlige overvejelser omkring implementering af interventionen kan ligeledes bevirke til en intervention, som kan anvendes bredt og ydermere en intervention som kan vedligeholdes i praksis (Skivington *et al.*, 2021). Dermed er det essentielt, at overvejelser omkring implementering finder sted i alle faser af MRC. Ydermere vil tidlig engagement med relevante interessenter for indsatsen, kunne bidrage med relevante forskningsspørgsmål i forbindelse med implementeringen af interventionen, og dermed forudse hvilke potentielle implementeringsudfordringer der kunne opstå (Skivington *et al.*, 2021). Dermed kunne det være relevant at inddrage praksis, såfremt en implementering skulle finde sted, med henblik på at belyse hvilke potentielle implementeringsudfordringer der kunne forekomme, på den ambulante hospitalsintervention. Implementering befinder sig ligeledes i INDEX-guidance 9. og 10. fase.

Hvis implementeringen for interventionen skal overføres til forskellige kontekster, er det ifølge Skivington *et al.* (2021) nødvendigt at bibeholde nøglefunktioner, såfremt implementeringen skal lykkes. Hvis dette overholdes, er det ligeledes muligt at være fleksibel i implementeringen. På baggrund af dette, er det således essentielt at bibeholde konteksterne og mekanismerne i den raffinerede programteori, da disse kontekster og mekanismer har en fremmende eller hæmmende effekt for, hvordan interventionen virker og deraf om den intendede effekt opnås, dvs. hvorvidt kvinderne med GDM får øgede handlekompetencer og dermed øget livskvalitet.

Da projektet udelukkende har anvendt én ud af de fire faser i planlægningsmodellen, er der således risiko for, at anbefalingerne for forandring, i henhold til den ambulante

hospitalsintervention, ikke virker som intenderet. Dog kan projektet bidrage med et innovativt tiltag til klinisk praksis, hvorefter det er muligt at afprøve og evaluere anbefalingerne før eventuel implementering.

12.2.2 Systematisk litteratursøgning

Til den systematiske litteratursøgning blev der anvendt fire databaser, hvilket ses som en styrke, idet søgningen favner et bredt vidensfelt. Det forekommer dog bemærkelsesværdigt at søgningen i PsycNet blot resulterede i 71 artikler efter den systematiske litteratursøgning, og ydermere endte med 0 relevante hits efter fuldttekstlæsning. Dermed kan databasen have bidraget med mere støj end relevans, hvorfor det kan diskuteres hvorvidt denne database skulle have været ekskluderet. Dog forekommer en styrke ved de inkluderede artikler, at der forekommer dubletter i søgningerne, hvorfor søgningerne har resulteret i relevante artikler og det i følge Buus et al., (2008) kan indikere, at søgningen har indfanget de tilstedeværende relevante artikler i de forskellige databaser.

En styrke ved den systematiske litteratursøgning forekommer ligeledes ved, at søgningen har taget udgangspunkt i en bloksøgning, hvor hver database er blevet ekspliciteret for relevante søgeord, hvilket er med til at højne transparensen. En svaghed forekommer dog ved, at bloksøgningen i facet 2 indeholder søgeord som ikke alle er synonymer, hvilket forekommer som værende vigtig i søgestrategien (Lund *et al.*, 2014). Eftersom at konteksten for projektets indsats er på et hospital, kunne en facet ligeledes omhandle patient eller outpatient, hvilket er fravalgt, idet indsatsen ikke blot indvirker på hospitalet, men ligeledes i høj grad foregår i kvindernes hverdagsliv.

Det forekommer dog som en styrke, at en informationsspecialist har været inddraget i søgeprocessen for tilpasningen af søgestrategien, samt optimering af søgeord. Her blev forskellige søgestrategier afprøvet, hvorfor den systematiske litteratursøgning ligeledes tog udgangspunkt i to forudgående søgninger, inden relevante søgeord blev fundet og anvendt i den endelige systematiske søgning som dannede grundlag for projektets resultater. Første og anden søgning havde begge en meget lav præcision, hvilket ifølge Buus et al., (2008) kendetegnes ved, at søgningerne medfører få og irrelevante artikler, for det undersøgte. For at øge præcisionen blev der anvendt kontrollerede emneord samt fritekstsøgninger som var mere

specifikke til at kunne afdække problemfeltet, hvorfor søgningen herefter blev anvendelig. Ligeledes blev en facet fjernet, da 3. facet medførte meget få og irrelevante hits. Dermed har forskellige søgestrategier været afprøvet for at kunne belyse projektets første underspørgsmål bedst, hvilket ligeledes anses som værende en styrke i søgeprocessen.

Udvælgelsen af de inkluderede artikler bør ifølge Lund et al. (2014), foretages af flere personer uafhængigt af hinanden, hvorfor alle projektets medlemmer ligeledes har været en del af udvælgelsesprocessen. Ydermere har der været klare in- og eksklusionskriterier for udvælgelsen af artiklerne for at skabe systematik og reducere subjektivitet. Dette er ligeledes med til at højne pålideligheden af projektet. Kvalitetsvurderingen blev desuden foretaget af flere gruppemedlemmer, hvorefter samme artiklers vurderinger blev sammenlignet. Dette blev gjort på baggrund af at højne inter-rater-reliabilitet, da subjektivitet og bias heraf kan mindskes, når flere forskere diskuterer og sammenligner forskellige forståelser af samme materiale (Aarhus Universitet, no date). Ved uenigheder omkring artiklernes vurderinger blev argumenter fremlagt internt for at opnå fælles bedømmelse for materialet. De inkluderede artikler anses alle som værende af høj kvalitet, hvor både systematiske reviews og kvalitative studier er inkluderet. Desuden er kvalitative forskningsdesign anvendelig til at fremstille kontekstbaserede forklaringer om forhold, som kan være svære at kvantificere, og da projekts problemfelt involverer kvinder med GDM og oplevelser og meninger heraf, anses de inkluderede kvalitative artikler som værende relevante for forskningsspørgsmålet.

Den omfattende proces, hvor flere gruppemedlemmer har været inkluderet i alle trin fra udvælgelse til kvalitetsvurdering, anses derfor som værende en styrke for projektet og højner ligeledes pålideligheden for projektet. Projektets kategoriseringer af resultaterne fra analysen af de udvalgte artikler er desuden ekspliciteret i et kodetræ hvilket højner transparensen og dermed projektets pålidelighed.

12.2.3 Kvalitative interviews

Dataindsamlingsmetode

I projektet blev realistiske interviews af kvinder med GDM anvendt til indsamling af empiri. Denne tilgang er ifølge Manzano (2016) medvirkende til at undersøge spørgsmål, baseret på teori og antagelser fra forskeren. En styrke hermed var derfor, at det var muligt at teste CMO-

konfigurationer i samspil med informanterne for derefter at kunne raffinere programteorien. Dog forekommer der en risiko for, at informanterne ikke svarer sandfærdigt, men i stedet svarer hvad de tror forskeren vil høre, og dermed fordrejer eller skjuler sandheden (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). Dette kan have betydning for pålideligheden af projektet, hvorfor projektgruppen havde overvejelser i forhold til at skabe tillid og tryghed i situationen, for at kunne minimere, at informanterne skulle skjule eller fordreje sandheden.

Dette bestod bl.a. i, at informanterne selv kunne bestemme hvor interview skulle foregå såsom computer, telefon, universitet eller eget hjem. Desuden sørgede gruppen for kaffe/the til det fysiske interview på universitet. Det vurderes derfor også, at informanterne følte sig trygge, da de talte åbent og entusiastisk omkring problemstillingen, og ligeledes åbnede op omkring nogle sårbare emner, hvilket vurderes at højne gyldigheden af de indsamlede interviewdata. Som supplement til interviews kunne deltagerobservation ligeledes have været brugbart til indsamling af empiri, da dette ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan bidrage med viden omkring menneskets adfærd og dennes samspil med omgivelserne. Dermed kunne deltagerobservation ligeledes have bidraget med viden omkring kontekster og mekanismer, som kunne have betydning for hvorledes den ambulante hospitalsintervention kunne forbedres.

Rekruttering af informanter

Til rekruttering af informanter hjalp praksiskontakt med at etablere første kontakt til kvinderne med GDM og agerede derfor som gatekeeper for projektet. Dermed er der risiko for, at gatekeeperen udvælger kvinder som er positive overfor afdelingen samt samarbejdet, hvilket ydermere resulterede i rekruttering af en convenience sampling, som er en hurtig og nem måde at indhente informanter på (Merriam B.S and Tisdell J.E., 2015). Dog sikrede tilgangen ligeledes at rekrutteringen af informanter fandt sted, da dette kunne være en udfordring for projektgruppen selv at få etableret kontakt til kvinderne.

Udover at interviewe kvinder med GDM kunne det ligeledes være relevant at interviewe sundhedspersonalet på afdelingen, da disse ifølge Manzano (2016), er en målgruppe som er mekanismeeksperter og dermed har større indsigt i, hvilke elementer der får interventionen til at virke, hvorfor dette kunne have bidraget med professionelt førsteordensperspektiv på afdelingen. Hermed ville det være muligt, at få andre vinkler på problemstillingen, med henblik på at undersøge forandringsforslag. Dog er kvinder med GDM projektets målgruppe, hvilket

ifølge Pawson og Tilley (2004) er særligt fordelagtigt at interviewe, da de er eksperter i, hvordan programmekanismen indvirker på interventionens resultater. Det vurderes dermed også, at kvinderne med GDM har givet rig viden indenfor problemfeltet, hvilket vurderes som en styrke for projektet hvorfor gyldigheden ligeledes højnes.

Udførelse af interviews

Interviewene blev udført af to gruppemedlemmer, hvilket har været gavnligt undervejs, da suppleanten bl.a. stillede opfyldende spørgsmål, og var støttende for interviewerens. Dermed var det lettere at bevare overblikket over interviewguiden og det sagte fra interviewpersonerne. Dog blev interviewene udført af forskellige gruppemedlemmer, hvilket kan have betydning for kvaliteten i interviewene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015), er det af betydning hvor meget erfaring interviewerens besidder, hvorfor der ligeledes blev udvekslet erfaringer med hinanden indbyrdes efter hvert interview med henblik på at højne erfaringen.

Interviewene tog afsæt i en interviewguide med inspiration fra Manzano (2016), da spørgsmålene skulle afdække specifikke CMO-konfigurationer. Dermed havde spørgsmålene en mere målrettet karakter, så indholdet af interviewene kunne belyse projektets CMO-konfigurationer fyldestgørende. Den semistrukturerede opbygning gav dog mulighed for at være åben overfor informanternes perspektiver og dermed nye CMO-konfigurationer. Ydermere var der fokus på åbne spørgsmål og dertilhørende uddybende underspørgsmål i interviewguiden, som kunne sætte refleksioner i gang hos informanterne og dermed give rum for mere nuancerede perspektiver. Desuden gav flere informanter dybdegående og reflekterende svar, hvorfor det kan antages, at interviewguiden fungerede efter hensigten, da målet desuden var at få en større og dybere indsigt i det dybe domæne.

Interviewguiden blev desuden udformet i et letforståeligt sprog, hvilket gjorde at informanterne kunne forstå og udtrykke sig med egne ord i en uformel tone. Ydermere blev interviewguiden pilottestet, da dette ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan teste om spørgsmålene bliver forstået efter hensigten. Dermed anses pilottestningen som værende bidragende til at højne gyldigheden af projektets resultater.

Transskribering

Transskriberingen er foretaget af forskellige gruppemedlemmer hvilket ifølge Kvale og Brinkman (2015) kan betyde, at de skrevne ord får forskellige betydninger alt afhængig af hvem der transskriberer. Dog er der udarbejdet en transskriberingsguide med henblik på at ensarte transskriberingen, hvilket ligeledes er med til at øge transskriberingens pålidelighed. Af transskriberingsguiden fremgår det desuden, at interjektioner såsom "øh" og "hm", pauser samt følelsesudtryk ikke medtages, hvilket kan influere på meningen af det skrevne. Dog er formålet at undersøge specifikke CMO-konfigurationer, hvorfor informanternes følelsesudtryk bl.a. ikke medtages, da disse vurderes mindre relevante for undersøgelsens formål. Derfor vurderes det ligeledes, at pålideligheden i denne forbindelse ikke påvirkes. Ifølge Launsø, Rieper og Olsen (2017) er det desuden vigtigt, at informanterne kan identificere egne udsagn, hvorfor citaterne er gjort transparente og ved anvendelse heraf, er eventuelle overfortolkninger forsøgt imødekommet. Dette er bl.a. udført ved hjælp af inddragelse af citater i projektet, hvor det sagte ikke er sløret og hvor fortolkningerne løbende er diskuteret imellem gruppemedlemmerne.

Projektets kategoriseringer af resultaterne fra interviews er desuden ekspliciteret i et kode-træ, og ydermere forekommer et fuldt operationaliseringsskema for interviewguiden, hvilket højner transparensen og dermed projektets pålidelighed.

12.2.4 Ethiske overvejelser forud for implementeringen

Forud for en eventuel implementering af projektets anbefalinger til forandring, er det essentielt at forholde sig til, hvilken påvirkning det kan have for de involverede parter. Til at diskutere dette, tages der udgangspunkt i henholdsvis et mikroetisk og et makroetisk perspektiv. Hertil anvendes Brinkmann og Tanggaards (2010) definitioner heraf, hvor mikroetik vedrører at forskningsdeltagerne beskyttes og hvor makroetiske overvejelser omhandler de konsekvenser, som forskningen kan medføre for samfundet (Brinkmann and Tanggard, 2010).

12.2.4.1 Mikroetisk perspektiv

Med udgangspunkt i det mikroetiske perspektiv, kan implementering af anbefalinger til forandring medføre, at det ikke er alle kvinder tilknyttet AAUH, som vil opleve en forbedret indsats, idet projektets informanter er en forholdsvis homogen gruppe ift. uddannelseslængde og håndteringen af GDM. Således vides det ikke, om projektets identificerede CMO'er, gør sig gældende for kvinder med færre ressourcer eller en mere dysreguleret GDM. Derfor kan der være risiko for, at indsatsen er med til at skabe mere ulighed i sundhed. Dog er resultaterne udarbejdet med baggrund i både interviews og artikler, hvorfor kvinder med færre ressourcer inddrages, idet artiklerne ligeledes undersøger socialt udsatte kvinder. På den anden side, kan implementering af forandringsforslagene medføre, at behandlingskvaliteten falder, idet dele af konsultationerne anvendes til andre formål, end blot information.

Således kan kvindernes viden om GDM reduceres, da tiden går til andre opgaver, hvor indsigt i analysen er identificeret som en væsentlig mekanisme i både analysen af interviews og artikler. Dog kan det samtidig medføre, at kvindernes chok over diagnosen, samt negative følelser i højere grad bliver håndteret, hvorved de nemmere kan forstå og huske den information der gives. Ydermere er partneren inviteret, hvilket således kan medføre, at informationerne er nemmere at huske og samtidig at der gives større støtte i hjemmet, hvorfor indsigten i sidste ende faktisk kan øges.

Derudover anbefales praksis at inddrage partneren i højere grad, da både artikler og interviews indikerede, at partnerstøtte er særligt væsentligt, hvormed kvinden opnår støtte både i hjemmet og på ambulatoriet. Dette kan således bidrage til, at kvinderne får nemmere ved at håndtere GDM, hvilket dog også betyder, at partneren anbefales at deltage i endnu flere konsultationer. Af den årsag betyder det, at parret får endnu flere opgaver, i en periode i deres liv, hvor der i forvejen kan være meget at se til og hvor de mange konsultationer kræver fri fra arbejde. Derfor kan det placere et større pres på parret, som nogle kommende forældre muligvis kan have svært ved at få inkorporeret i deres hverdagsliv.

Ydermere kan implementering af projektets forandringsforslag føre til, at kvinderne føler sig mere inddraget og trygge, hvorved de i højere grad tør være sårbare og fortælle sundhedspersonalet om deres bekymringer, følelser og barrierer ved håndtering af GDM. Således kan de opnå mere specifik støtte, til netop det, som de har behov for og samtidig få udarbejdet en plan, således at kvinderne helt præcis ved, hvordan de kan bære sig ad og hvordan de kan

håndtere det, når det ikke går som planlagt. Implementering kan således medføre, at behandlingskvaliteten højnes og at deres livskvalitet øges.

12.2.4.2 Makroetisk perspektiv

Set ud fra et makroetisk perspektiv, kan implementering af projektets forandringsforslag ende med at presse sundhedspersonalet ift. at nå deres arbejdsopgaver, eftersom at implementeringen ændrer deres arbejdsgange og øger antallet af arbejdsopgaver. Dette kan således udfordre personalet, som i forvejen har mange arbejdsopgaver. Omvendt kan det bidrage til, at relationsdannelsen og samarbejdet med kvinden bliver lettere, idet at der indledningsvist er mere fokus på dette, hvorved konsultationerne kan opleves nemmere og mindre kontrollerende, da der i høj grad tages udgangspunkt i kvindens synspunkt. Af den årsag, kan det være med til at hjælpe sundhedspersonalet til at nå omkring det nødvendige og samtidig føle, at de gør en forskel for kvinderne.

I projektet er sundhedspersonalets perspektiv ikke undersøgt, hverken i interviews eller i forskningsartikler, hvilket kan betyde, at væsentlige overvejelser og indsigt fra deres side, ikke medtages i projektet. Derfor kan implementering af forandringsforslagene medføre uventede resultater, når disse væsentlige overvejelser ikke er undersøgt. Derudover kan der være risiko for, at personalet ikke ønsker at iværksætte denne nye forandring. Jævnfør Jacobsen & Thorsvik (2014) vil forandring ofte møde modstand, da individer typisk anser det kendte som værende rigtigt og godt. Dette kan blandt andet skyldes, at forandring kan medføre tab af identitet, idet medarbejdere har oparbejdet en oplevelse af, at det udførte stykke arbejde, er vigtigt for organisationen (Jacobsen and Thorsvik, 2014).

Således kan forandring bryde med denne oplevelse, hvilket kan finde sted hos sundhedspersonalet på AAUH, idet de skal bryde en smule med det biomedicinske aspekt i behandlingen. Det er væsentligt at fremhæve, at det biomedicinske fortsat er væsentligt, men det kan med fordel suppleres med et større fokus på kvinden og hendes forudsætninger, for herved at højne håndteringen af GDM. Ydermere bidrager projektet med ni forandringsforslag, hvilket kan virke uoverskueligt for den enkelte medarbejder at skulle inkorporere i sit arbejde og samtidig påvirke den enkeltes lyst til at implementere dette. Det er dog væsentligt at understrege, at modstand jævnfør Jacobsen & Thorsvik (2014) ikke nødvendigvis er negativt, men en forudsætning for at forandringstiltagende får succes, da det kan føre til en åben debat om

eventuelle fejl og mangler. Således anbefales det, at ledelsen påtager sig et stort ansvar for implementering af tiltagene og samtidig skaber grobund for, at de ansatte kan drøfte problematikker med ledelsen, således at forandringen kan tilpasses undervejs.

13. Konklusion

Dette projekt har til formål at forbedre den nuværende indsats på et hospitalsambulatorium til kvinder med gestationel diabetes mellitus under graviditeten, med henblik på at øge handlekompeterencer og derigennem at øge kvindernes livskvalitet. På baggrund af dette, er det derfor tilstræbt at belyse hvilke hæmmende og fremmende mekanismer relateret til behandlingsforløbet, som kan bidrage til at finde forandringsforslag der kan forbedre forløbet. Bevæggrunden for at undersøge forandringsforslag er, at der ses en stigende prævalens af GDM som ydermere udgør et folkesundhedsmæssigt problem for både individet, individets sociale netværk og samfundet, der kan resultere i flere fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. For at opnå en forståelse for de hæmmende og fremmende mekanismer, er der udført en systematisk litteratursøgning, samt foretaget semistrukturerede interviews, som har dannet grundlag for kvalitative analyser. Af analyserne fremgår der særligt fem mekanismer, som kan være fordelagtige for praksis at aktivere, herunder individuel inddragelse, støtte, chok over diagnosen, planlægning og strukturering samt engagement, vision, kritisk sans, handleerfaringer og indsigt. Dermed kan sundhedspersonalet på en ambulant hospitalsintervention med fordel have fokus på at integrere følgende i praksis; 1. For at aktivere individuel inddragelse, rådes praksis at gøre brug af Vibis' anbefalinger herfor. 2. Ydermere anbefales praksis at anvende Fundamental of Care Frameworket, for derved på kort tid at danne en relation, støtte kvinden og reducere chok over diagnosen. Derudover anbefales praksis at inddrage partneren i samtalerne, da han udgør en støtte for kvinden. 3. Det anbefales desuden, at sundhedspersonalet udarbejder en action plan og en coping plan, hvor adfærden konkretiseres og specificeres og hvor der tages højde for eventuelle barrierer. 4. Slutteligt anbefales det at have fokus på handling, deltagelse og viden og deraf integrere elementer af målgruppens egne handlinger og erfaringer i vejledningen og ydermere at opdatere den nuværende pjece med viden, herunder adfærdsændring og slutteligt anvende SMART-Modellen. Projektet bidrager således med fire forandringsforslag og dertilhørende ni anbefalinger til praksis, der kan bidrage til, at kvinder med GDM opnår øgede handlekompeterencer og deraf øget livskvalitet, som samtidig kan reducere forekomsten af utilsigtede konsekvenser.

Referenceliste:

Referencestil: Harvard style

Aalborg Universitet (2015) *PBL - Problembaseret læring*. Available at: https://www.pbl.aau.dk/digitalAssets/345/345114_148026_pbl-aalborg-modellen_dk--1-.pdf.

Aalborg Universitet (no date) *Hjælp og ressourcer til GDPR for studerende – Studerende - For-side*. Available at: <https://aaudk.sharepoint.com/sites/persondata-studerende> (Accessed: December 14, 2021).

Aalborg Universitetshospital (no date) *Graviditetsdiabetes hvad skal der ske nu?*

Aarhus Universitet (no date) *Inter-rater reliabilitet*. Available at: <https://metodeguiden.au.dk/inter-rater-reliabilitet/> (Accessed: May 27, 2022).

Almås, H., Stubberud, D.-G. and Randi Grønseth (2011) *Klinisk Sykepleie 1*. 4. udgave. Gyldendal akademisk.

Andersen, L.M.B. *et al.* (2020) "The role of social technologies in community care – A realist evaluation of a Danish web-based citizen-to-citizen platform adopted in community care to promote belonging and mental health," *Health and Social Care in the Community*, 30(2), pp. e435–e444. doi:10.1111/hsc.13222.

Anna, V. *et al.* (2008) "Sociodemographic correlates of the increasing trend in prevalence of gestational diabetes mellitus in a large population of women between 1995 and 2005," *Diabetes Care*, 31(12), pp. 2288–2293. doi:10.2337/dc08-1038.

APA PsychNet (no date) *Getting Started*. Available at: <https://help.psycnet.org/getting-started/> (Accessed: May 14, 2022).

Bailey, R.R. (2017) "Goal Setting and Action Planning for Health Behavior Change," *American journal of lifestyle medicine*, 13(6), pp. 615–618. doi:10.1177/1559827617729634.

Basri, N.I. *et al.* (2018) "The World Health Organization (WHO) versus The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) diagnostic criteria of gestational diabetes mellitus (GDM) and their associated maternal and neonatal outcomes," *Hormone molecular biology and clinical investigation*, 34(1). doi:10.1515/hmbci-2017-0077.

- Bauman, A.E., Fardy, H.J. and Harris, P.G. (2003) "Getting it right: why bother with patient-centred care?," *Medical Journal of Australia*, 179(5), pp. 253–256. doi:10.5694/J.1326-5377.2003.TB05532.X.
- Benoit, C., Shumka, L. and Diane B. (2010) *Stigma and the health of vulnerable women*. Vancouver. Available at: file:///C:/Users/Bruger/Downloads/Stigma_and_the_Health_of_Vulnerable_Wome (1).pdf.
- Bertakis, K.D. and Azari, R. (2011) "Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization," *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24, pp. 229–239. doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170.
- Bilal, U., Auchincloss, A.H. and Diez-Roux, A. v. (2018) "Neighborhood Environments and Diabetes Risk and Control," *Current diabetes reports*, 18(9), pp. 1–10. doi:10.1007/S11892-018-1032-2.
- Bolderston, A. (2012) "Conducting a research interview," *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43(1), pp. 66–76. doi:10.1016/j.jmir.2011.12.002.
- Boylan, S.M. et al. (2014) "Associations between adolescent and adult socioeconomic status and risk of obesity and overweight in Danish adults," *Obesity research & clinical practice*, 8(2), pp. 163–171. doi:10.1016/J.ORCP.2013.03.006.
- Brandt, H. and Johansen, B.L. (2014) *Modeller - i naturfagene*.
- Braun, V. and Clarke, C. (2006) "Using thematic analysis in psychology," *In Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101. doi:http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.
- Bredgaard, T. et al. (2011) *Hvad virker i aktiveringsindsatsen?* 1st edn. Beskæftigelsesregion Nordjylland.
- Brinkmann, S. and Tanggard, L. (2010) *Kvalitative metoder - En grundbog*. 1st edn. København: Hans Reitzels Forlag.
- Buch-Hansen, H. and Nielsen, P. (2012) "Kritisk Realisme," in Juul, S. and Bransholm Pedersen, K. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori, en indføring*. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag, pp. 277–315.
- Buus, N. et al. (2008) "Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller," *Sygeplejersken*, 10, pp. 2–8. Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller>.

- Byrn, M. and Penckofer, S. (2015) "The relationship between gestational diabetes and antenatal depression," *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 44(2), pp. 246–255. doi:10.1111/1552-6909.12554.
- Carolan, M. (2014) "Diabetes nurse educators' experiences of providing care for women, with gestational diabetes mellitus, from disadvantaged backgrounds," *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), pp. 1374–1384. doi:10.1111/jocn.12421.
- Carolan, M., Gill, G.K. and Steele, C. (2012) "Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(99), pp. 1–12. doi:10.1186/1471-2393-12-99.
- Centers for Disease Control and Prevention (2021) *Grocery Shopping*. Available at: <https://www.cdc.gov/diabetes/managing/eat-well/grocery-shopping.html> (Accessed: May 18, 2022).
- Chen, P. *et al.* (2015) "Risk Factors and Management of Gestational Diabetes," *Cell Biochemistry and Biophysics*, 71(2), pp. 689–694. doi:10.1007/s12013-014-0248-2.
- Christensen, U., Nielsen, A. and Schmidt, L. (2007) "Det kvalitative forskningsinterview," in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 3rd edn. København: Munksgaard, pp. 61–68.
- Cianni, G.D. *et al.* (2003) "Prevalence and risk factors for gestational diabetes assessed by universal screening," *Diabetes Research and Clinical Practice*, 62(2), pp. 131–137. doi:10.1016/j.diabres.2003.07.004.
- Clarke, V. and Braun, V. (2018) "Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection," *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), pp. 107–110. doi:10.1002/capr.12165.
- Clausen, T.D. *et al.* (2008) "High Prevalence of Type 2 Diabetes and Pre-Diabetes in Adult Offspring of Women With Gestational Diabetes Mellitus or Type 1 Diabetes The role of intrauterine hyperglycemia," *Cardiovascular and Metabolic Risk*, 31(2), pp. 340–346. doi:10.2337/dc07.
- Cosson, E. *et al.* (2017) "Poor Reliability and Poor Adherence to Self-Monitoring of Blood Glucose Are Common in Women With Gestational Diabetes Mellitus and May Be Associated With Poor Pregnancy Outcomes," *Diabetes Care*, 40(9), pp. 1181–1186. doi:10.2337/DC17-0369.

Coulter, A. and Ellinis, J. (2006) *Patient-focused interventions - A review of the evidence*. London: The Health Foundation.

Craig, L. et al. (2020) "Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: a systematic review," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), pp. 1–15. doi:10.1186/s12884-020-2745-1.

Craig, P. et al. (2008) *Developing and evaluating complex interventions*. Available at: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance (Accessed: December 9, 2021).

Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2007) *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Available at: <http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDoQFjAB&url=http%253A%252F%252Fwww.euro.who.int%252Fdocument%252F089384.pdf&ei=cffzUIXhFOel0QWZ64DQAw&usg=AFQjCNEeEocMTylwWDI-WZal7n90IF5DncA&bvm=bv.1357700187,d.d2k>.

Dansk Sygeplejeråd (2006) *Forebyggelse er fremtiden-et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011*.

Danske Patienter (no date) *Definition af brugerinddragelse*. Available at: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse> (Accessed: May 28, 2022).

Dasgupta, K. et al. (2015) "Gestational Diabetes Mellitus in Mothers as a Diabetes Predictor in Fathers: A Retrospective Cohort Analysis," *Diabetes Care*, 38(9), pp. e130–e131. doi:10.2337/dc15-0855.

Datatilsynet (no date a) *Forskning og statistik*. Available at: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/vejledning/forskning-og-statistik> (Accessed: December 17, 2021).

Datatilsynet (no date b) *Hvad er personoplysninger?* Available at: https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger?fbclid=IwAR2r5GzxgO-oUx1AIskXGBKwa_rYQkTGhfNE76lxGA0EhDsh_I90qGYK9Ph8 (Accessed: December 17, 2021).

Dayyani, I. et al. (2019) "A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes," *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), pp. 621–631. doi:10.1111/SCS.12655.

DEFACTUM (2016) *Pårørende på spring... -Undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker*. Aarhus N. Available at: www.patientsikkerhed.dk (Accessed: May 27, 2022).

Devsam, B.U., Bogossian, F.E. and Peacock, A.S. (2013) "An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framework to enhance midwifery assessment," *Women and Birth*, 26(2), pp. e69–e76. doi:10.1016/J.WOMBI.2012.12.003.

Diabetesforeningen (2021a) *Graviditetsdiabetes - gestationel diabetes*, Diabetes foreningen. Available at: <https://diabetes.dk/andre-diabetestyper/graviditetsdiabetes> (Accessed: February 16, 2022).

Diabetesforeningen (2021b) *Samfundsøkonomien og diabetes*, Diabetes foreningen. Available at: <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/samfundsokonomi> (Accessed: February 16, 2022).

Diderichsen, F., Andersen, I. and Manuel, C. (2011) *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*. København S. Available at: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2011/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/Ulighed-i-Sundhed---årsager-og-indsatser.ashx?la=da&hash=11C16C2D3079EB13C9A927C01D6EC5C6DE1DDEBC.

Drummond, M.F. et al. (2015) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 4. Udgave. Oxford, UK: Oxford.

Dyrvig, A. et al. (2014) "Checklists for external validity: a systematic review," *Journal of evaluation in clinical practice*, 20(6), pp. 857–64. doi:10.1111/jep.12166.

Elsevier (no date) *Embase Coverage and Content*. Available at: <https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/solutions/embase-biomedical-research/coverage-and-content> (Accessed: May 14, 2022).

Engel, L. v. (2019) "Uddannelsesnyt 1990-2015," *Fagligt selskab for undervisende sygeplejersker*, 2(30), pp. 1–33.

Esakoff, T.F. et al. (2009) "The association between birthweight 4000 g or greater and perinatal outcomes in patients with and without gestational diabetes mellitus," *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(6), pp. 672.e1-672.e4. doi:10.1016/J.AJOG.2009.02.035.

- Evangelista, L.S. (1999) "Compliance: a concept analysis," *Nursing forum*, 34(1), pp. 5–12. doi:10.1111/J.1744-6198.1999.TB00230.X.
- Evans, M.K. and O'Brien, B. (2005) "Gestational Diabetes: The Meaning of an At-Risk Pregnancy," *Qualitative Health Research*, 15(1), pp. 66–81. doi:10.1177/1049732304270825.
- Feo, R. et al. (2018) "Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study," *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), pp. 2285–2299. doi:10.1111/JOCN.14247.
- Freil, M. et al. (2014) *Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse - En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler*. København K. Available at: www.vibis.dk (Accessed: April 1, 2022).
- Gagnon, A.J. et al. (2011) "International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis," *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25(6), pp. 575–592. doi:10.1111/j.1365-3016.2011.01230.x.
- Gascho, C.L.L. et al. (2017) "Predictors of cesarean delivery in pregnant women with gestational diabetes mellitus," *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 39(2), pp. 60–65. doi:10.1055/S-0037-1598644.
- Glasdam, S. (2009) "Folkesundhed - menneskehedens interesse par excellence," in Glasdam, Stinne (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* 2. 1. udgave. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 17–28.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. 1. udgave. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Greenfield, S. et al. (1988) "Patients' participation in medical care," *Journal of General Internal Medicine* 1988 3:5, 3(5), pp. 448–457. doi:10.1007/BF02595921.
- Groth, M. v. et al. (2009) "Dimensions of socioeconomic position related to body mass index and obesity among Danish women and men," *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(4), pp. 418–426. doi:10.1177/1403494809105284.
- Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling (2014) "Godkendt på Sandbjergmødet 2014 Gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening og diagnose."
- Harrison, A.L. et al. (2019) "Women with gestational diabetes mellitus want clear and practical messages from credible sources about physical activity during pregnancy: a qualitative study," *Journal of Physiotherapy*, 65(1), pp. 37–42. doi:10.1016/j.jphys.2018.11.007.

- He, J. *et al.* (2021) "The experiences of pregnant women with gestational diabetes mellitus: a systematic review of qualitative evidence," *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, 22(4), pp. 777–781. doi:10.1007/s11154-020-09610-4/Published.
- Holstein, E. *et al.* (2021) "MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE BØRN," *Vidensråd for Forebyggelse*, pp. 1–306. Available at: www.vidensraad.dk. (Accessed: October 22, 2021).
- Hui, A.L. *et al.* (2014) "Barriers and coping strategies of women with gestational diabetes to follow dietary advice," *Women and Birth*, 27(4), pp. 292–297. doi:10.1016/j.wombi.2014.07.001.
- Iversen, L. (2002) "Forebyggelse og sundhedsfremme," in Iversen, Lars *et al.* (eds) *Medicinsk Sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. 1st edn. København: Munksgaard Danmark, pp. 275–301.
- Jacobsen, C.B., Pedersen, V.H. and Albeck, K. (2008) *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler*. Available at: <http://www.sst.dk/mtv> (Accessed: May 23, 2022).
- Jacobsen, D.I. and Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse*. 3rd edn. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jakobsen, R.G. (2020) *I 40 år har der aldrig været færre nybagte mødre under 25 år*, *Kommunernes Landsforening og Momentum*. Available at: <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2020/2020-17/i-40-aar-har-der-aldrig-vaeret-faerre-nybagte-moedre-under-25-aar/> (Accessed: February 11, 2022).
- Javid, F.M. *et al.* (2015) "Comparison of Lifestyles of Women With Gestational Diabetes and Healthy Pregnant Women," *Global Journal of Health Science*, 7(2), pp. 162–169. doi:10.5539/GJHS.V7N2P162.
- Jayasinghe, U.W. *et al.* (2016) "The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients," *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(68), pp. 1–13. doi:10.1186/S12955-016-0471-1/TABLES/5.
- Jenkinson, C. (no date) *Quality of life*. Available at: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life> (Accessed: March 28, 2022).

- Jensen, B.B. (2011) "Sundhedspædagogik og intervention," in Jørgsen, F., Almind, G., and Jensen, B.B. (eds) *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udgave. København: Munksgaard Danmark, pp. 220–238.
- Jeppesen, C. *et al.* (2017) "National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among Danish women from 2004 to 2012," *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(8), pp. 811–817. doi:10.1177/1403494817736943.
- Jung, S. *et al.* (2021) "Psychosocial support interventions for women with gestational diabetes mellitus: a systematic review," *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(2), pp. 75–92. doi:10.4069/KJWHN.2021.05.13.
- Juul, S.- *et al.* (2017) *Epidemiologi og evidens*. 3rd edn. København: Munksgaard.
- Kjeldsen, S.B. (2014) "Patientinddragelse er afhængig af den person, patienten møder," *Sygeplejersken*, 1(12). Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-1/patientinddragelse-er-afhaengig-af-den-person-patienten-moeder> (Accessed: May 17, 2022).
- Krogstrup, H.K. (2016) *Evalueringsmodeller*. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. and Brinkmann, S. (2015) *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3rd edn. Hans Reitzels Forlag.
- Kwasnicka, D. *et al.* (2016) "Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories," *Health Psychology Review*, 10(3), pp. 277–296. doi:10.1080/17437199.2016.1151372/SUPPL_FILE/RHPR_A_1151372_SM2761.PDF.
- Langer, O. *et al.* (2005) "Gestational diabetes: the consequences of not treating," *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(4), pp. 989–997. doi:10.1016/J.AJOG.2004.11.039.
- Launsø, L., Rieper, O. and Olsen, L. (2017) *Forskning om og med mennesker - forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 7. udgave. København: Munksgaard.
- Link, B.G. and Phelan, J. (1995) "Social Conditions As Fundamental Causes of Disease," *Journal of Health and social behaviour*, (Extra issue), pp. 80–94. Available at: <http://www.jstor.org/stable/2626958>.
- Lund, H. *et al.* (2014) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning*. 1. udgave. København: Munksgaard.
- Manzano, A. (2016) "The craft of interviewing in realist evaluation," *Evaluation*, 22(3), pp. 342–360. doi:10.1177/1356389016638615.

Marchetti, D. *et al.* (2017) "Quality of Life in Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review," *Journal of Diabetes Research*, pp. 1–12. doi:10.1155/2017/7058082.

Martis, R. *et al.* (2018) "Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control - a qualitative study using the theoretical domains framework," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(19), pp. 1–22. doi:10.1186/s12884-018-1710-8.

McLaughlin, R.A. (2009) *Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational diabetes and gestational diabetes in urban setting*. University of Tennessee.

Merriam B.S and Tisdell J.E. (2015) *Qualitative Research - A Guide to Design and Implementation*. 4. udgave. John Wiley & Sons Inc.

Merton, R.K. (1936) "The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action," *American Sociological Review*, 1(6), pp. 894–905. doi:10.2307/2084615.

Nielsen, J.H. *et al.* (2015) "Reasons for women's non-participation in follow-up screening after gestational diabetes," *Women and Birth*, 28(4), pp. e157–e163. doi:10.1016/j.wombi.2015.04.006.

NVIVO (no date) *Best Qualitative Data Analysis Software for Researchers | NVivo*. Available at: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home> (Accessed: May 21, 2022).

NYU Libraries (no date) *CINAHL - Locating Qualitative Research - Research Guides at New York University*. Available at: <https://guides.nyu.edu/qualitative/cinahl> (Accessed: April 24, 2022).

O'Cathain, A. *et al.* (2019) "Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare," *BMJ Open*, 9(8), pp. 1–9. doi:10.1136/bmjopen-2019-029954.

Olesen, C.R. *et al.* (2014) "Associations between follow-up screening after gestational diabetes and early detection of diabetes - A register based study," *BMC Public Health*, 14(1), pp. 1–10. doi:10.1186/1471-2458-14-841/TABLES/5.

Panaitecu, A.M. and Peltecu, G. (2016) "Gestational diabetes. Obstetrical perspective.," *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, 12(3), pp. 331–334. doi:10.4183/AEB.2016.331.

Parsons, J. *et al.* (2018) "Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), p. 25. doi:10.1186/s12884-018-1657-9.

- Pawson, R. and Tilley, N. (2004) *Realistic Evaluation*. Thousand Oaks, CA, U.
- Plows, J.F. et al. (2018) "The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus," *International journal of molecular sciences*, 19(11), pp. 1–21. doi:10.3390/IJMS19113342.
- PubMed (no date) *PubMed overview, National Library of Medicine- national center for biotechnology information*. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> (Accessed: May 14, 2022).
- Region Syddanmark og De Syddanske Kommuner (2018) *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes - samarbejde og kommunikation*. Vejle. Available at: www.rsyd.dk/kronisksygdom (Accessed: February 8, 2022).
- Rienecker, L. and Jørgensen, P.S. (2014) *Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rubin, K.H. et al. (2019) "Socioeconomic status in Danish women with polycystic ovary syndrome: A register-based cohort study," *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(4), pp. 440–450. doi:10.1111/AOGS.13514.
- Schabert, J. et al. (2013) "Social stigma in diabetes: A framework to understand a growing problem for an increasing epidemic," *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 6(1), pp. 1–10. doi:10.1007/S40271-012-0001-0/FIGURES/1.
- Schwartz, R. et al. (1994) "Hyperinsulinemia and macrosomia in the fetus of the diabetic mother," *Diabetes care*, 17(7), pp. 640–648. doi:10.2337/DIACARE.17.7.640.
- Scifres, C.M. et al. (2015) "Large-for-Gestational-Age Ultrasound Diagnosis and Risk for Cesarean Delivery in Women With Gestational Diabetes Mellitus," *Obstetrics and gynecology*, 126(5), pp. 978–986. doi:10.1097/AOG.0000000000001097.
- Scocozza, L. (2009) "Folkesundhed eller moralsk oprustning?," in Stinne Glasdam (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1. Udgave. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 54–65.
- Siahkal, S.F. et al. (2022) "The psychosocial challenges associated with gestational diabetes mellitus: A systematic review of qualitative studies," *Primary Care Diabetes*, 16(1), pp. 11–26. doi:10.1016/J.PCD.2021.09.003.
- Skivington, K. et al. (2021) "A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance," *BMJ*, pp. 1–11. doi:10.1136/bmj.n2061.

Socialstyrelsen (no date) *WHO Quality of Life – BREF – Vidensportalen på det sociale område*. Available at: <https://vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-voksne/WHO-Quality-of-Life-BREF> (Accessed: March 28, 2022).

Sortsø, C. et al. (2016) "Societal costs of diabetes mellitus in Denmark," *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 33(7), pp. 877–885. doi:10.1111/DME.12965.

Spaight, C. et al. (2016) "Gestational diabetes mellitus," *Endocrine Development*, 31, pp. 163–178. doi:10.1159/000439413.

Sturges, J.E. and Hanrahan, K.J. (2004) "Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note," *Qualitative Research*, 4(1), pp. 107–118. doi:10.1177/1468794104041110.

Suhr, L. and Winther, B. (2011) *Basisbog i sygepleje - krop og velvære*. 2. Udgave. Edited by Lis Suhr and Bodil Winther. København: Munksgaard Danmark.

Sundheds- og Ældreministeriet (2019) *Sundhedsloven*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903> (Accessed: March 9, 2022).

Sundhedsstyrelsen (2005) *Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*.

Sundhedsstyrelsen (2009) *health literacy Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. København. Available at: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2009/Health-Literacy---Begrebet-konsekvenser-og-mulige-interventioner>.

Sundhedsstyrelsen (2020) *Social ulighed i sundhed og sygdom - udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. København S.

Sundhedsstyrelsen (2021) *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København S.

Sundhedsstyrelsen and Statens Institut for folkesundhed (2018) *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København. Available at: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Nationale-Sundhedsprofil2017.ashx>.

Svensson, L., Kragelund N., K. and Terkildsen M., H. (2017) "What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration," *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), pp. 756–764. doi:10.1111/SCS.12506.

Szklo, M. (Moyses) and Nieto, F.J. (2019) *Epidemiology: beyond the basics*. 4th edn. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Tam, W.H. *et al.* (2017) "In Utero Exposure to Maternal Hyperglycemia Increases Childhood Cardiometabolic Risk in Offspring," *Diabetes care*, 40(5), pp. 679–686. doi:10.2337/DC16-2397.

The University of Adelaide (no date) *critical appraisal tools*. Available at: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (Accessed: May 14, 2022).

Tjørnholm-Thomsen, T. and Whyte, S.R. (2011) "Feltarbejde og deltagerobservation," in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. kbh, pp. 90–118.

Trutnovsky, G. *et al.* (2012) "Gestational diabetes: women's concerns, mood state, quality of life and treatment satisfaction," *The journal of maternal-fetal and neonatal medicine*, 25(11), pp. 2464–2466. doi:10.3109/14767058.2012.683900.

Uhrenfeldt, L. and Hall, E.O.C. (2014) "Job satisfaction as a matter of time, team, and trust: A qualitative study of hospital nurses' experiences," *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(2), pp. 1–8. doi:10.5430/jnep.v5n2p1.

Uhrenfeldt, L., Sørensen, E.E. and Bahnsen, I.. B. (2019) "Sygepleje skal bygge på en stærk relation til patienten," *Sygeplejersken*, 1, pp. 38–47. Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-1/sygepleje-skal-bygge-paa-en-staerk-relation-til-patienten>.

Vahdat, S. *et al.* (2014) "Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review," *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1), pp. 1–7. doi:10.5812/ircmj.12454.

Vallgård, S. (2009) "Forebyggelse og sundhedsfremme - definitioner, historie og magtudøvelse," in Glasdam, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1. udgave. København: Dansk Sygeplejeråd, pp. 95–113.

Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard.

Videncenter for Diabetes (2022a) *Hvad er graviditetsdiabetes?*, Steno Diabetes Center Copenhagen. Available at: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/graviditetsdiabetes/hvad-er-graviditetsdiabetes> (Accessed: February 16, 2022).

Videncenter for Diabetes (2022b) *Risiko for mor og barn*. Available at: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/graviditetsdiabetes/risiko-for-mor-og-barn#videnskabebag-e9> (Accessed: February 8, 2022).

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (no date) *BRUGERINDDRAGELSE I SUNDHEDSVAESENET*. Available at: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse> (Accessed: May 24, 2022).

Vohr, B.R. and Boney, C.M. (2008) "Gestational diabetes: the forerunner for the development of maternal and childhood obesity and metabolic syndrome?," *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 21(3), pp. 149–157. doi:10.1080/14767050801929430.

Wackerhausen, S. (1995) "Et åbent sundhedsbegreb," in Jensen, U.J. and Andersen, P.F. (eds) *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 1. udgave. Århus C, pp. 43–73.

Wad, P. (2015) "Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme," in Lippert-Rasmussen, K., Jacobsen, M.H., and Peter Nedergaard (eds) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 365–391.

Weingart, S.N. *et al.* (2011) "Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety," *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), pp. 269–77. doi:10.1093/INTQHC/MZR002.

WHO (2013) *Global action plan - for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva.

WHO (no date) *WHOQOL - Measuring Quality of Life | The World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol> (Accessed: March 28, 2022).

Wills, T.A. and Fegan, M.F. (2001) "Social networks and social support," in Baum, A., Revenson, T., and Singer, J. (eds) *Health psychology*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 209–234.

Wong, V.W. (2014) "Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus: Where are we at?," *International Journal of Diabetes & Clinical Diagnosis*, 1, pp. 1–4. doi:10.15344/2394-1499/2014/104.

World Medical Association (2018) *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Accessed: December 14, 2021).

Zhang, C., Rawal, S. and Chong, Y.S. (2016) "Risk factors for gestational diabetes: is prevention possible?," *Diabetologia*, 59(7), pp. 1385–1390. doi:10.1007/s00125-016-3979-3.

Zheng, M. *et al.* (2018) "The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis," *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(201), pp. 1–10. doi:10.1186/S12955-018-1031-7/TABLES/3.