

Teknologisk løsning som supplement i forløbet efter graviditeten

Forandringsforslag til kvinder med tidligere graviditetssukkersyge



AALBORG
UNIVERSITET

Aalborg Universitet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab

Specialegruppe: HST-23-FSV-4-10315

Camilla Tøstesen Rosendahl (20201729)
Cecilie Ernstrøm Hvergel (20210515)
Monica Bay-Smidt (20210608)

Vejleder: Helle Lønstrup Haslund-Thomsen

Referencestandard: APA 7th Edition

Antal anslag: 259.073

Afleveringsdato: 01.06.2023

Forord

Specialet er udarbejdet som afslutning på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet og er udført i perioden 1. februar til 1. juni 2023.

En særlig tak skal lyde til vores vejleder, Helle Lønstrup Haslund-Thomsen, som har bidraget med konstruktiv vejledning, refleksion, sparring og faglig udvikling. Der skal også lyde en tak til de kvinder, som har deltaget i undersøgelsen og bidraget med empiri, da specialet ikke kunne have været foruden jer. Derudover vil vi også gerne rette en tak til den tilknyttede informationsspecialist, Louise Thomsen, som har bidraget med inputs og læring til den systematiske litteratursøgning.

Vi håber, at specialet vækker interesse og bidrager med anvendelsesorienteret viden til at styrke den forebyggende praksis til kvinder med tidligere GDM efter graviditeten, da specialet argumenterer for et øget fokus på denne målgruppe.

God læselyst!

Camilla Tøstesen Rosendahl, Cecilie Hvergel & Monica Bay-Smidt

Resumé

Titel: Teknologisk løsning som supplement i forløbet efter graviditeten - forandringsforslag til kvinder med tidligere graviditetssukkersyge.

Formål: At forandre det nuværende tilbud til kvinder med tidligere graviditetsdiabetes (GDM) i forløbet efter graviditeten, så det i højere grad støtter kvinderne i at håndtere risikoen for at udvikle type 2-diabetes.

Metode: Specialet har videnskabsteoretisk ståsted i filosofisk hermeneutik og tager afsæt i MRC-frameworkets udviklingsfase. Der blev udført syv individuelle semistrukturerede interviews med kvinder med tidligere GDM med henblik på at opnå en forståelse af kvindernes perspektiver og oplevelser i forløbet efter graviditeten, herunder mødet med sundhedsprofessionelle. Den anvendte analysestrategi var Dahlager og Fredslunds (2016) udlæg af den hermeneutiske analyse. Med afsæt i fund fra interviewene, blev der foretaget en systematisk litteratursøgning i fire sundhedsvidenskabelige databaser. Dette med henblik på at indfange eksisterende forskning om teknologiens anvendelse til formålet.

Resultater: Den kvalitative undersøgelse førte til syv temaer. Kvinderne oplever et behov for personlig vejledning og udtrykker samtidig at mangle opfølgning efter graviditeten, information om betydningen af GDM samt initiativ og ansvar fra sundhedsprofessionelle. Kvinderne oplever at være tabt i systemet, og at sundhedsprofessionelle tenderer til at negligere kvindernes sygdomsrisiko. Den systematiske litteratursøgning identificerede fire artikler, som blev samlet i en syntese i tre temaer. Teknologien kan muliggøre, hvad kvinderne efterspørger, herunder øget information, personlig vejledning, fleksibilitet i en travl hverdag, som også bliver facilitatorer for en bæredygtig intervention. Tekniske barrierer og organisatoriske strukturer findes at kunne forringe en bæredygtig intervention.

Konklusion: Det nuværende tilbud til kvinder med tidligere GDM kan forandres ved at supplere med en teknologisk løsning i form af en app fra sundhedsvæsenet. En app vil med dens funktioner kunne imødekomme kvindernes behov og potentielt mindske oplevelsen af at blive tabt i systemet efter graviditeten med GDM. Samlet set kan en teknologisk løsning facilitere en bæredygtig intervention med det formål at øge kvinders handlekompetence og på sigt reducere incidensen af type 2-diabetes. Yderligere undersøgelser bør supplere specialets fund samt med et videre fokus på at udføre feasibility, evaluering og implementering i henhold til MRC-frameworket.

Abstract

Title: Technological solution as a supplement in the procedure after pregnancy - Recommendations for improvement for women with a history of gestational diabetes.

Aim: To change the current intervention for GDM affected women to further support these women in reducing the risk of obtaining type 2 diabetes after pregnancy.

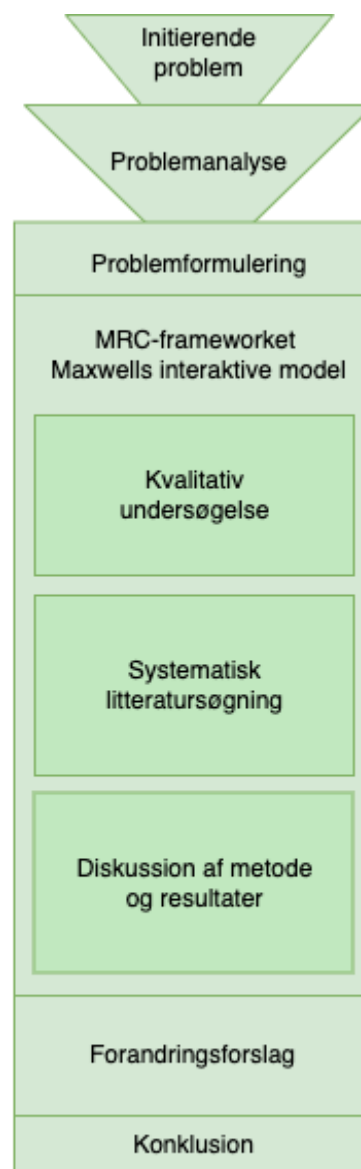
Method: This master thesis is based on the scientific theory within philosophical hermeneutics and driven by the developmental phase of the MRC-framework. Seven individual semi-structured interviews have been conducted of women with a history of GDM to obtain an understanding of the women's perspective and experiences of the time after pregnancy and of the meetings with health professionals. The hermeneutic analysis of Dahlager and Fredslunds (2016) was used. Initiated by the findings of the interviews, a systematic literature search in four databases was done with the motive of capturing existing research on the utilization of technology.

Results: The qualitative research led to seven themes. The women experienced a need for personal guidance. Concurrently, the women needed follow-ups after pregnancy, information about the impact of GDM along with general initiative and responsibility of the health professionals. The women experienced a tendency to be left alone and indicated that the inclination of the health professionals would seem like neglect for the risk of disease of the women. The systematic literature search identified four articles which were analyzed into a synthesis of three themes. The research further found that the technology can enable what the women seek such as increased information, personal guidance, flexibility in a busy everyday life, and would also become a facilitator of a sustainable intervention. Technical barriers and organizational structures are found to be barriers for a sustainable intervention.

Conclusion: The existing intervention for women with a history of GDM can be improved by supplementing the current approach with a technical solution such as an app from the healthcare system. The app and its functionality would accommodate the needs and requests of affected women and potentially mitigate the experience of being lost to the system after pregnancy with GDM. Furthermore, a technical solution would serve to facilitate a sustainable intervention with the objective of increasing the women's empowerment with potential risk and reduce the incidence of type 2-diabetes. Further research should supplement the findings of this thesis in addition to a continued focus on conducting feasibility, evaluation, and implementation in accordance with the MRC-framework.

Læsevejledning til specialet

Specialets opbygning tager udgangspunkt i *Aalborg-modellen* og problembaseret læring (Holgaard et al., 2014). Gennem problembaseret læring vil specialet tage udgangspunkt i et sundhedsfagligt problem, hvorefter teorier og metoder vil blive anvendt til at anskue problemet og derigennem opnå en læringsproces. I det første afsnit er det initierende problem, som vil indlede specialets problemfelt. Dette danner grundlag for en udfoldelse af problemfeltet i problemanalysen. Disse to afsnit vil udmunde i en problemformulering og to undersøgelsesspørgsmål i det videre arbejde med specialets problemfelt. MRC-frameworket anvendes som planlægningsmodel til at understøtte udviklingsarbejdet. Maxwells interaktive model benyttes til at sikre kongruens mellem specialets elementer. Empiri og databehandling til de to undersøgelsesspørgsmål fremlægges opdelt i forlængelse af hinanden. Det første undersøgelsesspørgsmål udføres gennem en kvalitativ undersøgelse. På baggrund af fund fra den kvalitative undersøgelse udformes andet undersøgelsesspørgsmål, som undersøges via en systematisk litteratursøgning. Herefter diskuteres undersøgelsernes metoder og resultater med inddragelse af teori. På baggrund af fund foreligger et forandringsforslag, som visualiseres i en programteori, der efterfølgende munder ud i en konklusion.



Figur over specialets opbygning ud fra Aalborg modellens principper

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalyse	3
2.1 Stigende udvikling af graviditetsdiabetes.....	3
2.2 Risikofaktorer og konsekvenser efter graviditeten for kvinder med tidligere GDM	4
2.2.1 Risikofaktorer og konsekvenser for partner og barn til kvinder med tidligere GDM	5
2.3 Sundhedsøkonomiske konsekvenser forbundet med type 2-diabetes.....	5
2.4 Forebyggelse af type 2-diabetes hos kvinder med tidligere GDM	7
2.5 Eksisterende forskning om forebyggende indsatser til udvikling af type 2-diabetes blandt kvinderne med tidligere GDM	8
2.5.1 Opsporing af type 2-diabetes efter graviditet med GDM	8
2.5.2 En liberalistisk forebyggelsesetik giver kvinderne et større ansvar	10
2.6 Influerende determinanter på sundhedsadfærden blandt kvinder med tidligere GDM..	11
2.6.1 Health literacy har betydning for en adfærdsændring	12
2.6.2 Individuelle faktorer.....	13
2.6.3 Sociale faktorer.....	14
2.6.4 Kulturelle faktorer og normer	16
2.6.5 Organisatoriske og strukturelle faktorer	21
2.7 Oplevet risiko er afgørende for kvindernes sundhedsadfærd.....	24
3.0 Afgrænsning.....	26
4.0 Problemformulering	28
5.0 Skabelse af sammenhæng i specialet med Maxwells interaktive model.....	29
6.0 Hermeneutik som videnskabsteoretisk ståsted.....	31
7.0 MRC-frameworket til interventionsudvikling	33
8.0 Initierende programteori	37
8.1 Programteori over nuværende tilbud	38
9.0 Kvalitativ metode	41
9.1 Individuelle interviews som dataindsamlingsmetode.....	42
9.2 Udarbejdelse af interviewguide.....	42
9.3 Rekruttering af informanter.....	44

9.4 Pilotinterview	45
9.5 Udførelse af interview	46
9.6 Transskription af interview	46
9.7 Analysestrategi	47
9.8 Ethiske overvejelser	48
10.0 Analyse af kvalitative individuelle interviews	49
10.1 Informanterne mangler viden om betydningen af GDM efter graviditeten	50
10.2 Risikoen for udvikling af type 2-diabetes er svær at forholde sig til	53
10.3 Øget brugerinddragelse og individuel vejledning til kvinder med tidligere GDM	55
10.4 Initiativ og ansvar fra sundhedsprofessionelle	59
10.5 Opfølgning efter graviditeten afhjælper følelsen af at være overladt til sig selv	61
10.6 Nedprioritering af sig selv bliver en begrænsning for kvindens sundhed	63
10.7 Teknologiske løsninger anbefales til et fremtidigt tilbud	65
10.8 Utilsigtede konsekvenser fremanalyseret af temaerne	66
10.9 Opsummering af den kvalitative analyse	68
11.0 Metode til systematisk litteratursøgning	69
11.1 Initierende søgning	69
11.2 Valg af databaser	70
11.3 Søgestrategi	71
11.4 In- og eksklusionskriterier	72
11.5 Udvælgelse af videnskabelige artikler	74
11.6 Kritisk læsning af videnskabelige artikler	75
12.0 Analyse af artikler fra den systematiske litteratur-søgning	76
12.1 Præsentation af udvalgte videnskabelige artikler	76
12.2 Syntese af fund fra videnskabelige artikler	85
12.2.1 Facilitatorer og barrierer for en bæredygtig intervention	85
12.2.2 Støtte og vejledning fra online fællesskaber	86
12.2.3 En teknologisk løsning kan afhjælpe en travl hverdag	87
13.0 Diskussion	87
13.1 Metodediskussion	87
13.1.2 Diskussion af anvendelsen af Bjarne Bruun Jensens begreber	87
13.1.3 Diskussion af den kvalitative metode	88

13.1.4 Diskussion af den systematiske litteratursøgning.....	93
<i>13.2 Resultatdiskussion.....</i>	<i>96</i>
13.2.1 Øget information og individuel vejledning i et tilbud.....	96
13.2.2 Risikodiskursens påvirkning på kvinderne med tidligere GDM.....	98
13.2.3 Teknologiens muligheder og begrænsninger	100
14.0 Forandringsforslag.....	102
15.0 Arbejdet med MRC-frameworket.....	106
16.0 Konklusion	108
17.0 Referenceliste	109

1.0 Initierende problem

Ifølge årlige opgørelser fra Sundhedsdatastyrelsen er incidensen af kvinder med gestationel diabetes mellitus (GDM) i Danmark på bare fem år steget fra 2.510 kvinder i 2016 til 3.665 i 2021 (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). GDM er en komplikation, som i visse tilfælde indtræder hos kvinden under graviditeten (Damm et al., 2016; Jeppesen et al., 2017). Efter en graviditet med GDM er kvindernes risiko for udvikling af følgesygdomme forøget, herunder kardiovaskulære sygdomme, hypertension og i særlig grad for udvikling af type 2-diabetes (Pace et al., 2017). GDM anses for at være en stærk prædikator for type 2-diabetes (Damm et al., 2016), og forskningslitteraturen dokumenterer, at 50% af kvinderne vil udvikle type 2-diabetes inden for 10 år efter graviditeten (Damm et al., 2016). Ydermere findes det, at GDM ikke blot er biologisk betinget, men også socialt betinget, da både barn og partner til kvinden har en forøget risiko for en række følgesygdomme (Damm et al., 2016; Dasgupta et al., 2015).

Under graviditeten er der i dansk kontekst en struktureret indsats for kvinderne med GDM, som indebærer, at kvinderne løbende går til kontrol og opfølgning på hospitalsambulatoriet (Damm et al., 2010). På nuværende tidspunkt er der ikke en systematisk indsats efter graviditeten for kvinderne med tidligere GDM, hvilket er problematisk med den øgede risiko for udvikling af type 2-diabetes. Dog anbefales kvinderne at opsøge praktiserende læge med henblik på opsporing af type 2-diabetes samt at fastholde en sund livsstil (Damm et al., 2010; DSAM, u.å.). Evidens viser, at incidensen af type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM kan reduceres ved at have fokus på kostomlægning og fysisk aktivitet (Bao et al., 2014, 2015). På trods af at litteraturen indikerer, at interventioner kan reducere risikoen for, at GDM progredierer til type 2-diabetes, udtrykker kvinderne i adskillige studier, at der mangler fokus og opmærksomhed på deres risiko og sundhedsmæssige konsekvenser efter graviditeten (Parsons et al., 2018; Svensson et al., 2018). Dette kommer særligt til udtryk ved, at en markant andel kvinder ikke efterlever anbefalingerne fra praktiserende læge relateret til adfærdsændring af forskellige årsager (Stage et al., 2004). Kvinderne udtaler i denne sammenhæng, at de føler sig tabt i systemet, samt at sundhedsprofessionelle ikke tager kvindernes risici alvorligt (Parsons et al., 2018; Svensson et al., 2018). Dette medfører, at kvinderne ikke oplever de sundhedsmæssige konsekvenser som fatale (Parsons et al., 2018; Svensson et al., 2018). Det anses som paradoksalt, at der ikke er iværksat et tilbud, som støtter denne højrisikogruppe i forebyggelsen af type 2-diabetes, samt at kvinderne føler sig glemt af sundhedsvæsenet og

sundhedsprofessionelle efter graviditeten til trods for den forøgede risiko for type 2-diabetes. Det vurderes derfor relevant at undersøge, hvilke influerende determinanter der påvirker kvindernes sundhedsadfærd. Dette for at afdække et forandringspotentialt med henblik på at sænke eller udskyde forekomsten af type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM.

2.0 Problemanalyse

Følgende problemanalyse har til formål at fremanalysere de forhold, der har indflydelse på forebyggelsen af type 2-diabetes hos kvinder med tidligere GDM. Indledningsvist vil risikofaktorer og konsekvenser af en graviditet med GDM, både under og efter graviditeten, blive analyseret. Dernæst vil risikofaktorer og konsekvenser for barn og partner til kvinder med tidligere GDM blive belyst efterfulgt af de sundhedsøkonomiske konsekvenser, som er forbundet med diabetes. Ydermere vil den nuværende kommunikation og tilgangen i sundhedsvæsenet til kvinderne med tidligere GDM blive problematiseret. Slutteligt vil det via den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead (1991) blive fremanalyseret, hvilke determinanter der har betydning for kvindernes sundhedsadfærd. Ved at opnå en større forståelse for kvinderne med tidligere GDM og forebyggelsen af type 2-diabetes hos denne højrisikogruppe, kan det give et indblik i, på hvilket niveau i den socioøkologiske model denne problematik kan håndteres.

2.1 Stigende udvikling af graviditetsdiabetes

Gestationel diabetes mellitus (GDM), også kaldt graviditetsdiabetes, defineres som glukoseintolerance og er en medicinsk komplikation, der hos nogle kvinder indtræder under graviditeten, typisk i graviditetsuge 24-28 (Damm et al., 2016; Jeppesen et al., 2017). Under graviditeten vil kroppens hormonproduktion øges, og behovet for insulin vil stige. Dette kan resultere i nedsat insulinfølsomhed, som kan føre til GDM (Lende & Rijhsinghani, 2020; Plows et al., 2018). Incidensen af GDM i Danmark er steget fra 2.510 kvinder i år 2016 til 3.665 kvinder i år 2021 (Sundhedsdatastyrelsen, 2022), og forekomsten forventes at være stigende som følge af den eskalerende fedmeepidemi (Plows et al., 2018). I Danmark udvikler cirka 5% af alle gravide GDM (Videncenter for diabetes, 2023). Adskillige risikofaktorer påvirker udviklingen af GDM under graviditeten, herunder overvægt, alder, etnicitet og familiær historik af type 2-diabetes (Lende & Rijhsinghani, 2020; Plows et al., 2018).

GDM diagnosticeres på baggrund af observationer og tests af forøget og abnormal glukoseniveau i blodet (Lende & Rijhsinghani, 2020; World Health Organization, 2014). GDM er en midlertidig tilstand (Damm et al., 2016), og glukosetolerancen normaliseres umiddelbart efter graviditeten hos 90% af kvinderne (Kim et al., 2007). Til trods for, at GDM er en midlertidig tilstand, og i størstedelen af tilfældene ophører efter graviditeten, er GDM forbundet med flere sundhedsmæssige konsekvenser. Under graviditeten samt ved kvindens

fødsel kan GDM forårsage komplikationer for både kvinden og barnet, herunder for tidlig fødsel, forhøjet blodtryk samt overvækst af fosteret (McIntyre et al., 2019). Ud over de fysiske konsekvenser er der endvidere psykiske og sociale konsekvenser forbundet med GDM (Faal Siahkal et al., 2022). Kvinder med GDM er i højere risiko for at udvikle depression, oplever større økonomisk og social stress, samt har sværere ved at mestre omstændighederne efter diagnosticering med GDM (Faal Siahkal et al., 2022). Dette indikerer, at kvinder med GDM, foruden de fysiske komplikationer, også kan opleve, at tilstanden påvirker kvindernes mentale sundhed og livskvalitet.

2.2 Risikofaktorer og konsekvenser efter graviditeten for kvinder med tidligere GDM

Forskningslitteraturen tyder på, at GDM, også efter graviditeten, er associeret med en række sundhedsrisici hos kvinderne. Kvinder med tidligere GDM er i forøget risiko for kardiovaskulære sygdomme, hypertension, metabolisk syndrom og særligt for type 2-diabetes (Plows et al., 2018). Foruden komplikationerne under graviditeten, kan GDM således også have langvarige sundhedsmæssige konsekvenser for kvinderne efter graviditeten. I specialet fokuseres der på den øgede risiko for udvikling af type 2-diabetes og dermed ikke de andre følgesygdomme, som GDM kan forårsage.

GDM anses for at være en af de hyppigste prædiktorer for type 2-diabetes, og omkring 50% af kvinderne med GDM udvikler type 2-diabetes i løbet af de første 10 år efter graviditeten (Damm et al., 2016). Betydende faktorer for, at GDM progredierer til type 2-diabetes, er forhøjet BMI inden graviditeten, højere fastende glukoseniveau ved diagnosen af GDM, udvikling af GDM tidligt i graviditeten samt svækket glukosetolerance efter graviditeten (Damm et al., 2016). Kvinder med tidligere GDM har syv gange forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes sammenlignet med kvinder uden GDM (Bellamy et al., 2009). Dette indikerer, at kvinder med tidligere GDM er en højrisikogruppe, der er væsentlig at adressere i forebyggelsen af type 2-diabetes. Det kan i forskningslitteraturen ikke identificeres, hvorvidt kvinderne er i større risiko for at udvikle type 2-diabetes i en bestemt periode efter graviditeten. På grund af manglende konsensus om, hvilken periode kvinderne er i størst risiko efter graviditeten, vil risikoen, der benævnes gennem specialet, referere til den 10-årige periode efter graviditeten, hvor 50% af kvinderne antageligvis har udviklet type 2-diabetes.

Type 2-diabetes kan medføre alvorlige følgesygdomme, herunder hjertekarsygdomme, dårligt blodomløb, blodpropper og nedsat syn (Videncenter for diabetes, 2023). Manglende kontrol af glukoseniveauet i forbindelse med type 2-diabetes kan desuden på sigt medføre øget skade på organerne og resultere i dårligere livskvalitet (L. Gupta et al., 2019). Til trods for, at mennesker i dag lever længere med diabetes, dør der i Danmark omtrent 1.300 årligt af sygdommen (Flachs et al., 2015). Progredierer GDM til type 2-diabetes, kan det således have flere implikationer for kvindernes fysiske sundhed samt livskvalitet.

2.2.1 Risikofaktorer og konsekvenser for partner og barn til kvinder med tidligere GDM

Foruden kvindernes risiko, tyder det på, at GDM også er associeret med øget sundhedsrisiko hos kvindernes børn. Det fremgår, at børn, hvis mødre havde GDM under graviditeten, har to gange forøget risiko for overvægt, fire gange forøget risiko for metabolisk syndrom og otte gange forøget risiko for udvikling af prædiabetes og diabetes sammenlignet med baggrundspopulationen (Damm et al., 2016). Et kohortestudie finder, at allerede som 18-27-årige havde 21% af de børn, hvis mødre havde GDM under graviditeten, udviklet prædiabetes eller diabetes, mens denne andel var 4% hos baggrundspopulationen (Damm et al., 2016). Det kan således antages, at moderens graviditet med GDM kan få sundhedsmæssige konsekvenser for barnet allerede i en tidlig alder og dermed få langvarige implikationer for barnets sundhed.

Incidensen for diabetesudvikling er 33% forøget hos partnere til kvinder med tidligere GDM sammenlignet med partnere til kvinder, der ikke har haft GDM (Dasgupta et al., 2015), hvorefter det tyder på, at GDM også påvirker partneren. Det fremgår, at partnere til kvinder med tidligere GDM har højere risiko for både abnormal glukoseniveau, overvægt og metabolisk syndrom sammenlignet med partnere til kvinder uden tidligere GDM (A. Gupta et al., 2020). Dette indikerer, at øget sundhedsrisici knyttet til GDM ikke kun er biologiske betinget, men at der ligeledes er sociale- og miljømæssige faktorer, der har indflydelse på den øgede sundhedsrisiko. Ovenstående analyse peger på, at tidligere GDM er associeret med flere sundhedsrisici hos både kvinden, barnet og partneren.

2.3 Sundhedsøkonomiske konsekvenser forbundet med type 2-diabetes

De præcise omkostninger for GDM forefindes ikke i forskningslitteraturen. Som tidligere nævnt, er diabetestilstanden under graviditeten midlertidig (Damm et al., 2010; World Health

Organization, 2014), hvorfor omkostningerne ved tilstanden kan antages at være kortvarige og dermed af mindre betydning. Da det i ovenstående afsnit blev fremvist, at 50% kvinder med tidligere GDM vil udvikle type 2-diabetes i løbet af de første 10 år efter graviditeten, vurderes det væsentligt at adressere omkostningerne forbundet med diabetes, herunder type 2-diabetes. Dette vil blive analyseret i følgende afsnit.

Over de seneste årtier er både prævalensen og incidensen af type 2-diabetes steget (Carstensen et al., 2020), og ifølge en økonomisk analyse har det danske samfund udgifter til diabetes for 32 milliarder DKK årligt (Sortsø et al., 2016). Det anslås, at diabetikere generelt har den dobbelte omkostning i samfundet i forhold til den generelle befolkning (Sortsø et al., 2016). Samtidig viser en anden økonomisk analyse, at de årlige omkostninger for type 2-diabetes i Danmark i år 2016 estimeres til 59.127 DKK pr. patient i hospitalsregi og 45.071 DKK pr. patient hos privatpraktiserende læge (Pulleyblank et al., 2021). Dertil viser beregninger, at de danske sundhedsøkonomiske udgifter til diabetes stiger med 13.365 DKK pr. personår ved få komplikationer, sammenlignet med ingen komplikationer, og en meromkostning på 56.505 DKK pr. personår ved større komplikationer (Sortsø et al., 2016). På baggrund af dette kan der argumenteres for, at diabetes, foruden konsekvenser for det enkelte individ, også har sundhedsøkonomiske konsekvenser.

Gennemsnitsalderen for udvikling af type 2-diabetes i Danmark er 63 år, og risikoen stiger i takt med alderen (Videncenter for diabetes, 2023). Halvdelen af kvinderne med tidligere GDM vil, som tidligere nævnt, udvikle type 2-diabetes i løbet af de første 10 år efter graviditeten (Damm et al., 2016), og den gennemsnitlige alder for fødende kvinder i Danmark var 31 år i 2021 (Danmarks Statistik, u.å.). Heraf kan det antages, at type 2-diabetes sandsynligvis indtræder tidligere i livet hos kvinderne med tidligere GDM sammenlignet med den gennemsnitlige alder for udviklingen af type 2-diabetes. Når kvinder med tidligere GDM antageligvis udvikler type 2-diabetes tidligere i livet, kan det formodes, at der over tid vil være større omkostninger forbundet med denne højrisikogruppe sammenlignet med den gennemsnitlige type 2-diabetiker. Ligeledes anslås det, at en tredjedel af alle kvinder med type 2-diabetes tidligere har haft GDM (Cheung & Byth, 2003). Derfor kan det antages, at kvinder med tidligere GDM udgør en væsentlig del af den samlede gruppe af kvinder med type 2-diabetes. Ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv kan der af disse årsager argumenteres for, at kvinder med tidligere GDM er en relevant højrisikogruppe at have fokus på for at nedbringe de samlede sundhedsøkonomiske omkostninger forbundet med type 2-diabetes.

2.4 Forebyggelse af type 2-diabetes hos kvinder med tidligere GDM

Som fremanalyseret i forrige afsnit har GDM og den efterfølgende risiko for type 2-diabetes flere implikationer for kvinderne både under og efter graviditeten samt for børn og partner til kvinderne. Ligeledes er det fremanalyseret, at GDM og type 2-diabetes har sundhedsøkonomiske konsekvenser. GDM og den efterfølgende risiko for udvikling af type 2-diabetes kan således antages at være et folkesundhedsproblem i Danmark. Det vurderes derfor væsentligt at analysere, hvordan tilgangen i sundhedsvæsenet i dag understøtter forebyggelsen af type 2-diabetes under og efter graviditeten med GDM. Dette vil blive analyseret i følgende afsnit.

Af litteraturen fremgår det, at kvinderne med GDM bliver fulgt tæt under graviditeten, da der hurtigt iværksættes en indsats og behandling for, at perioden med forhøjet blodsukker er kortest mulig (Damm et al., 2010). Kvinderne instrueres i glukosemåling, får diæt- og motionsvejledning og starter et tæt kontrolforløb (Damm et al., 2010). Generelt følges gravide i Danmark kontinuerligt under graviditeten af både jordemoder og praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen, 2023). Den hyppige kontakt med sundhedsprofessionelle under graviditeten og det tætte kontrolforløb, som kvinderne med GDM tilbydes, indikerer, at indsatsen og støtte fra sundhedsprofessionelle under graviditeten med GDM er tilstrækkelig.

Efter graviditeten med GDM tilbydes kvinderne en opfølgende glukosebelastningstest på hospitalet eller hos en praktiserende læge med henblik på udredning for en eventuel vedvarende diabetestilstand (DSAM, u.å.). Danske anbefalinger dokumenterer, at praktiserende læge ved 8-ugers undersøgelse bør sikre, at der bliver planlagt en glukosebelastningstest 2-3 måneder efter graviditeten (Sundhed.dk, 2022). Som tidligere beskrevet, vil kvindens glukoseniveau i størstedelen af tilfældene være normaliseret efter graviditeten. Såfremt kvindens glukoseniveau er normaliseret efter graviditeten, afsluttes kontrolforløbet, og kvinden anbefales herefter årligt at kontakte praktiserende læge for opsporing af type 2-diabetes samt fastholde en sund livsstil (Damm et al., 2010; Sundhed.dk, 2022). Når der fremadrettet i specialet refereres til *det nuværende tilbud*, vil det være denne beskrivelse af forløbet efter graviditeten, der henvises til.

Da glukosetolerancen normaliseres hos 90% af kvinderne efter graviditeten (Kim et al., 2007), vil diabetestilstanden kun i få tilfælde være vedvarende efter graviditeten. Det er i litteraturen ikke tydeligt, hvilken behandling kvinderne tilbydes, hvis glukoseintolerancen efter

graviditeten er vedvarende. Men det kan formodes, at kvinderne indgår i et almindeligt diabetesforløb. Almindeligvis diagnosticeres type 2-diabetes hos praktiserende læger, hvor behandling igangsættes og forløber (Sundhedsstyrelsen, 2017). Der er ligeledes udarbejdet rapporter om forløbet og det tværsektorielle samarbejde for type 2-diabetikere (Sundhedsstyrelsen, 2017) samt nationale handleplaner (Sundheds- & Ældreministeriet, 2017), og der findes en lang række offentlige tilbud til patienter med diabetes og deres familier (Videncenter for diabetes, 2022). Af denne grund kan der argumenteres for, at der foreligger en tilstrækkelig indsats for de kvinder, hvis diabetestilstand er vedvarende efter graviditeten. Derfor er der i specialet valgt at fokusere på de kvinder, hvis diabetestilstand normaliseres efter graviditeten. Når der fremadrettet i specialet refereres til kvinder med tidligere GDM, er det gruppen af kvinder, hvis glukoseniveau der er normaliseret efter graviditeten, der henvises til.

2.5 Eksisterende forskning om forebyggende indsatser til udvikling af type 2-diabetes blandt kvinderne med tidligere GDM

I 2017 blev der udgivet nye nationale handleplaner for diabetes med fokus på tidlig og målrettet opsporing og forebyggelse af type 2-diabetes (Sundheds- & Ældreministeriet, 2017). Til trods for eksisterende handleplaner, synes der ikke at være tilstrækkeligt fokus på kvinder med tidligere GDM. Studier viser, at der er lav deltagelse ved opfølgende kontrol af type 2-diabetes efter GDM (Olesen et al., 2014), samt at en stor andel af kvinder med tidligere GDM ikke følger anbefalingerne om kost og motion (Stage et al., 2004). Dette indikerer, at den nuværende tilgang ikke formår at bidrage til en adækvat forebyggelse af type 2-diabetes hos kvinder med tidligere GDM. I de følgende to underafsnit problematiseres opsporingen af type 2-diabetes og dernæst den forebyggelsesetiske position, der antages at være med den nuværende tilgang.

2.5.1 Opsporing af type 2-diabetes efter graviditet med GDM

Det anbefales kvinder med tidligere GDM årligt at søge praktiserende læge for opsporing af type 2-diabetes efter graviditeten (Damm et al., 2010; DSAM, u.å.), men det tyder på, at kvinder med tidligere GDM ikke følger disse anbefalinger. Et dansk studie har undersøgt, at deltagelsen til opsporing af type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM på hospitalsambulatoriet og praktiserende læge er 81% de første tre måneder efter graviditeten, men falder til 18% efter fire til seks år (Olesen et al., 2014). Tilslutningen til opsporing af type 2-diabetes falder betydeligt allerede efter fire år, hvilket indikerer, at en større andel af kvinder med tidligere GDM ikke opspores for type 2-diabetes.

Det tyder på, at en mere systematisk tilgang til opfølgning kan være effektiv til at øge deltagelsen til opfølgende diabeteskontrol efter graviditeten. Effektiviteten af en elektronisk påmindelse til opsporing af type 2-diabetes hos lægen er blevet undersøgt i dansk kontekst blandt kvinder med tidligere GDM (J. H. Nielsen et al., 2023). Undersøgelsen finder 20% forøget deltagelse i opsporing ved lægen som resultat af en elektronisk påmindelse (J. H. Nielsen et al., 2023). Således kan en elektronisk påmindelse vurderes til at have en positiv effekt på forebyggelsen af type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM. Dog kan opfølgningen med en elektronisk påmindelse anses som sekundær forebyggelse, da hensigten er, at opfølgningen skal være en del af et screeningsprogram og derfor kan defineres som tidlig opsporing. Sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom tidligst muligt, hvilket eksempelvis ses gennem opportunistisk screening hos borgere, som er under mistanke for sygdom (Tønnesen, 2005). Den opportunistiske screening ses med den elektroniske påmindelse om årlige tests af glukoseniveauet hos kvinderne med tidligere GDM, hvor fokus er på tidlig opsporing og diagnosticering.

Den elektroniske påmindelse, som anses at være sekundær forebyggelse i arbejdet mod at reducere forekomsten af type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM, har både positive og negative følger. Kvindernes oplevelse af den elektroniske påmindelse er undersøgt i et kvalitativt studie, som viser, at det kan øge kvindernes beslutningsproces og informeret valg om egen sundhed og screening hos praktiserende læger (Nedergaard et al., 2022). Kvinderne opnår ligeledes en øget opfattelse af risiko og oplever den som et udtryk for opmærksomhed og omsorg fra sundhedsvæsenet. Dette aktiverer kvindens medansvar og medfører, at kvinderne får en bedre forudsætning for at træffe beslutninger i henhold til at forebygge type 2-diabetes (Nedergaard et al., 2022). Flere studier indikerer dog, at effekten på deltagelsen i screening påvirkes af sundhedsprofessionelles kommunikation med kvinderne (Jeppesen et al., 2015; Nedergaard et al., 2022; J. H. Nielsen et al., 2023). Kvinderne fremhæver, at effektiviteten af påmindelsen blandt andet afhænger af, hvorvidt og hvordan lægen kommunikerer med kvinden om risikoen for type 2-diabetes. Kvinderne udtrykker i den forbindelse, at praktiserende læges måde enten at være anerkendende eller stigmatiserende er en barriere for deltagelse (Nedergaard et al., 2022). Flere kvinder oplever, at praktiserende læger mangler viden om risikoen for type 2-diabetes efter GDM og har endda af praktiserende læger fået information om, at opfølgende kontrol med type 2-diabetes ikke er nødvendigt (Nedergaard et al., 2022). Således kan det antages, at en påmindelse til opfølgende kontrol af

type 2-diabetes efter GDM kan være effektiv, men at sundhedsprofessionelles tilgang til kvinderne kan være en barriere for effektiviteten.

Imidlertid er der med sekundær forebyggelse mindre fokus på at sikre en vedvarende livsstilsændring, som kan forebygge, at type 2-diabetes overhovedet indtræder. Studier dokumenterer, at fokus på kost og motion kan nedsætte forekomsten af type 2-diabetes (England et al., 2009; Knowler et al., 2002; Lindström et al., 2003). Kost og motion kan dermed være en del af den livsstilsændring, som kan bidrage til, at kvinderne undgår eller kan udsætte udviklingen af type 2-diabetes, men med en opmærksomhed på, at blandt andet kvindernes levevilkår har betydning for kvindernes sundhed, der belyses i afsnit 2.6. På baggrund heraf er det i første omgang væsentligt at forsøge at undgå, at type 2-diabetes opstår, så færre kvinder bliver diagnosticeret med type 2-diabetes til opsporingen. For at medvirke til dette er det væsentligt at have fokus på primære forebyggelse. Primær forebyggelse har til formål at forhindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå og kan være rettet mod hele befolkningen eller udvalgte grupper (Tønnesen, 2005). Den primære forebyggelse, med fokus på livsstilsændringer hos kvinderne med tidligere GDM, vil derfor kunne bidrage til at mindske problematikken omkring den større andel af diabetesramte efter GDM og samtidig understøtte den manglende opmærksomhed, som kvinderne oplever fra sundhedsprofessionelle. Specialets undersøgelsesfelt omhandler dermed ikke opsporing, men derimod at fokusere på den primære forebyggelse, så det undgås, at type 2-diabetes indtræder.

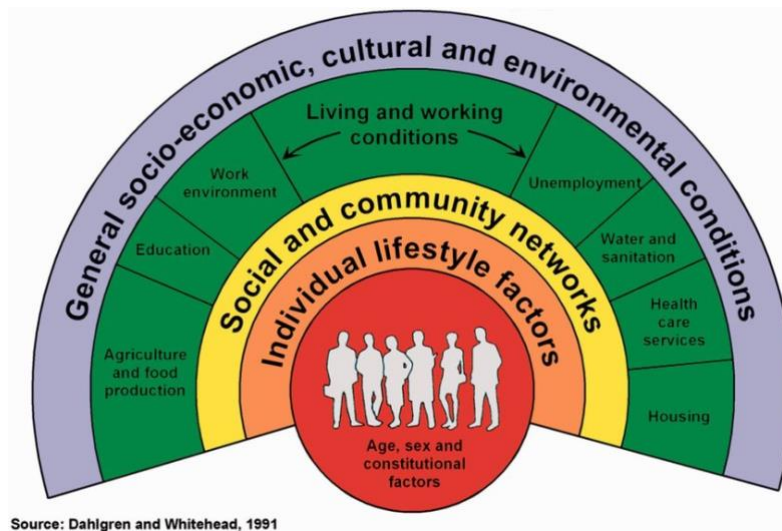
2.5.2 En liberalistisk forebyggelsesetik giver kvinderne et større ansvar

Som tidligere nævnt, efterlever en stor andel af kvinderne med tidligere GDM ikke anbefalingerne om sund kost og motion efter graviditeten (Stage et al., 2004). Evidens viser, at incidensen af type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM kan reduceres ved at have fokus på kostomlægning og fysisk aktivitet (Bao et al., 2014, 2015). En systematisk gennemgang af sundhedsøkonomiske evalueringer viser ligeledes, at interventioner med diæt og fysisk aktivitet er omkostningseffektive til at forhindre udvikling af type 2-diabetes blandt mennesker med øget risiko herfor (Li et al., 2015). Det er paradoksalt, at evidens påviser, at livsstilsinterventioner kan reducere incidensen af type 2-diabetes hos denne målgruppe, samt at disse interventioner er omkostningseffektive, men at der på nuværende tidspunkt ikke er et tilstrækkeligt understøttende tilbud til kvinder med tidligere GDM.

Den nuværende forebyggelsesstrategi fordrer, at kvinden tager ansvar og på egen hånd følger anviste anbefalinger fra lægen om livsstilsændring. Denne forebyggelsesstrategi anses at udspringe af en liberalistisk forebyggelsesetik. Ifølge liberalismen bør og kan mennesker selv bestemme, hvordan de skal handle og har dermed også selv ansvaret for konsekvenserne af deres handlinger (Vallgård et al., 2014). Individet anses at være selvstændigt, selvforvaltende og i stand til at træffe rationelle valg og handle efter dem (Vallgård et al., 2014). Flere kvinder oplever dog, at det er vanskeligt selvstændigt at skulle håndtere forebyggende strategier for udvikling af type 2-diabetes efter GDM (Svensson et al., 2018). En liberalistisk forebyggelsesstrategi anses derfor ikke for at være optimal, når den stiller krav til, at kvinden alene er ansvarlig for at ændre sundhedsadfærd, når det samtidig fremgår, at det er vanskeligt for kvinderne at håndtere forebyggelsen af type 2-diabetes uden støtte. Netop en begrænset forståelse af individet og dets vilkår er én af de oftest nævnte kritikker af liberalismen (Vallgård et al., 2014). Liberalismens kritikere problematiserer, hvorvidt individer kan antages at være selvstændige, isolerede og alene tage ansvar for egne handlinger, samt hvor store muligheder den enkelte har for valget af egen sundhedsadfærd uafhængig af sociale og fysiske aspekter (Vallgård et al., 2014). Det er derfor væsentligt at analysere nærmere, hvilke faktorer der påvirker kvindernes sundhedsadfærd, som ligger til grund for, at kvinderne har svært ved at følge anbefalingerne.

2.6 Influerende determinanter på sundhedsadfærden blandt kvinder med tidligere GDM

I det følgende afsnit anvendes den socioøkologiske model af Göran Dahlgren og Margaret Whitehead (1991) til at belyse faktorer, som influerer på kvindens sundhed samt mulighed for at opretholde en livsstilsændring efter graviditeten og dermed forebygge udviklingen af type 2-diabetes. Modellen illustrerer determinanter på flere niveauer og anvendes til at forklare, hvorledes individets sundhed er påvirket af mere end individuelle livsstilsvalg (Dahlgren & Whitehead, 1991). Sundhed anses ud fra modellen at være et komplekst samspil af flere determinanter (Dahlgren & Whitehead, 1991), og de følgende afsnit vil fremanalysere, hvordan individuelle, sociale, kulturelle, organisatoriske samt strukturelle determinanter influerer på kvindernes sundhedsadfærd og muligheden for fastholdelse af en livsstilsændring efter en graviditet med GDM. Modellen er illustreret i figur 1.



Figur 1: Den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead (1991)

2.6.1 Health literacy har betydning for en adfærdsændring

Førend de forskellige determinanter analyseres, vil begrebet health literacy blive introduceret og analyseret. Health literacy kan bidrage til at forstå kvindernes mulighed for at opnå eller fastholde en adfærdsændring. Det er derfor relevant at analysere, hvilken betydning kvindernes health literacy får, når de udvikler GDM, og dermed er i øget risiko for udvikling af type 2-diabetes. Health literacy defineres af WHO (2023) som:

“Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people’s access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment”.

Af denne definition fremgår det, at individets health literacy ikke blot omhandler evnen til at kunne læse og forstå informationer fra sundhedsvæsenet, men i lige så høj grad om at besidde kompetencer, der gør den enkelte i stand til at leve sundere. Dette kan sidestilles med, at det ikke blot kræver en viden om GDM og den risiko, som tilstanden er forbundet med, men også de forudsætninger, som kvinderne har for at handle mod en sygdomsreducerende adfærd.

Kvinderne med tidligere GDM står i en ny konstellation i livet og skal opretholde den anbefalede livsstil, der er iværksat under graviditeten. Høj health literacy er ofte associeret med et højt uddannelsesniveau på grund af øgede ressourcer (Friis et al., 2016), hvorfor det kan antages, at ressourcestærke kvinder vil være mere tilbøjelige til at kunne omsætte viden til målrettede handlinger, der kan medvirke til forebyggelse af type 2-diabetes. Dog er det kendt, at en ny konstellation i livet anses som livsomvæltende, og dermed vil det være vanskeligt at ændre vaner til trods for mængden af ressourcer (Papen, 2009). Health literacy forstås at være kontekstafhængig og nuanceret (Papen, 2009). Mennesker ændrer sig afhængig af den kontekst, de er i og er ikke blot rationelle beslutningstagere, men påvirkes af interaktionelle dynamikker og livssituationer (Papen, 2009). Dette gør, at kvindernes health literacy vil blive påvirket, når de indtræder i den nye livssituation som mødre. Uanfægtet den viden, som kvinderne besidder, vil health literacy være afgørende for, hvordan kvinderne omsætter viden til handling, der forebygger type 2-diabetes. Et dansk narrativt review fra 2018 påpeger, at graden af health literacy er relateret til sundhedsadfærden hos mennesker med diabetes (Kragelund Nielsen et al., 2018). Det kan derfor være særligt vigtigt at fokusere på kvindens health literacy for at opnå en bæredygtig adfærdsændring (Kragelund Nielsen et al., 2018). Individets health literacy formes ikke udelukkende af individets kompetencer, men også af omkringliggende faktorer (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Derfor kan health literacy ikke udelukkende forstås ud fra et proksimalt perspektiv, men i lige så høj grad distalt, da health literacy er betinget af flere forhold, som kvinderne ikke i samme grad har indflydelse på. Der er således flere aspekter i den socioøkologiske model, der påvirker graden af health literacy, og som tidligere nævnt influerer på kvindernes sundhedsadfærd. Disse vil blive fremanalyseret i de næste afsnit.

2.6.2 Individuelle faktorer

Individuelle faktorer betragtes som de faktorer, der er mest proksimalt for individet, herunder blandt andet kost og motion (Dahlgren & Whitehead, 1991). Som tidligere fremanalyseret, kan incidensen af type 2-diabetes blandt kvinderne med tidligere GDM reduceres med fokus på kost og motion (Bao et al., 2014, 2015). Dog oplever kvinderne flere barrierer ved selvstændigt at skulle håndtere forebyggende strategier, herunder at ændre kost- og motionsvaner (Svensson et al., 2018). Blandt andet oplever kvinderne, at det er nemmere at ty til kendte madvaner, og at de derfor ikke prioriterer sund kost (Zehle et al., 2008). Endvidere er det kun en mindre population af kvinderne med tidligere GDM, som fastholder samme livsstilsændring efter graviditeten, som er iværksat under graviditeten (Stage et al., 2004). Et dansk kvalitativt studie

har undersøgt kvinders perspektiver og motivationsfaktorer for at igangsætte samt opretholde livsstilsændringer efter GDM (Ørtenblad et al., 2021). Kvinderne oplyser, at de ønsker at bevare en sund livsstil, men at faktorer som manglende overskud og tid anses som væsentlige barrierer for livsstilsændringen, blandt andet fordi kvinderne efter graviditeten har sin opmærksomhed hos barnet og dets sundhed og trivsel. Dette er medvirkende til, at kvinderne efter graviditeten oplever det udfordrende at fastholde denne livsstilsændring, fordi det primære fokus er på barnet, og fokus på egen sundhed bliver sekundært (Ørtenblad et al., 2021). Grundet en ny kontekst som mor efter graviditeten, kan det antagelig gøre det svært at ændre livsstil. Det tyder således på, at fokus på proksimale faktorer, såsom kost og motion, ikke alene har en effekt på kvindernes livsstil og dermed forebyggelsen af type 2-diabetes. Dette underbygges af Link & Phelan (1995), der påpeger, at effektive og bæredygtige sundhedsindsatser i højere grad bør fokusere på de fundamentale årsager til sygdom, som er de distale faktorer uden for et individs handlingssfære, og som influerer på sundhedsadfærden. Kvindernes sundhedsadfærd og mulighed for fastholdelse af livsstil kan således ikke udelukkende forklares ud fra individuelle proksimale faktorer, som eksempelvis kost- og motionsvaner, men er mere kompleks. Derfor vil de omkringliggende determinanter i den socioøkologiske model blive analyseret i de følgende afsnit.

2.6.3 Sociale faktorer

Individets tankemønstre og følelser påvirkes af sociale tilhørsforhold, hvorfor dette har en væsentlig rolle for både individets mentale og fysiske helbred (Baumeister & Leary, 1995). Især familien anses som en central faktor, der kan påvirke individets sundhedsadfærd (Monden, 2007) og medvirkende til at forme, hvordan sundhed opfattes og integreres (Grabowski et al., 2017). Sociale faktorer indebærer individets sociale netværk og relationer (Dahlgren & Whitehead, 1991). Den sociale støtte har en afgørende betydning for, at kvinderne med tidligere GDM opnår en succesfuld adfærdsændring (K. K. Nielsen et al., 2014). Hvorfor det er relevant at analysere, hvorledes de sociale faktorer indvirker både positivt og negativt på kvindernes sundhedsadfærd efter graviditeten. I følgende afsnit vil sociale determinanter, herunder kvindens partner, familie samt andre kvinder, der influerer på kvindens sundhedsadfærd efter en graviditet med GDM, blive fremanalyseret.

Som tidligere nævnt anses familien for at være en central faktor, der påvirker individets sundhedsadfærd, herunder kostvaner, rygning, alkoholindtag og fysisk aktivitet (Monden, 2007). Partneres adfærd vil med tiden blive mere identiske, fordi de påvirker hinanden

(Monden, 2007). I en metaanalyse, der undersøger kvinders sundhedsrelaterede adfærdsændringer under graviditeten, fremgår det, at en støttende partner har en central rolle i kvindernes indsats for adfærdsændring (Rockliffe et al., 2021). Når en støttende partner spiller en særlig rolle under graviditeten på kvindernes indsats for en adfærdsændring, vil det formentlig også være gældende efter graviditeten med GDM. Afhængig af sociale relationers karakter kan social støtte og påvirkning fra individets omgangskreds anses som både negative og positive for sundhedsadfærden (Rockliffe et al., 2021). I lyset af dette kan partneren til kvinderne med tidligere GDM således både influere kvindernes sundhedsadfærd i en positiv og negativ retning. Det kan formodes, at hvis kvinderne har en partner, der er mindre støttende eller med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, kan det være udfordrende for kvinderne selv at fastholde de livsstilsændringer, der anbefales for at undgå udvikling af type 2-diabetes. Støtte fra familien og især partneren er et vigtigt element, når der ses på helbredsrelaterede adfærdsændringer i forbindelse med interventioner, da partneren tilbringer en betydelig del af livet i samme miljø (L. Gupta et al., 2019). Det kan heraf antages, at partnerens sundhedsadfærd samt mængden af støtte fra partneren har indflydelse på kvinderne med tidligere GDM i forsøget på at efterleve anbefalingerne om livsstilsændringer. Kvinder med nyfødte børn angiver ligeledes, at partnerens støtte er et vigtigt element i den nye tilværelse som forældre (Currie, 2009). Særligt støtte fra partneren kan bidrage til vedligeholdelse af velvære samt trivsel og er en vigtig ressource for kvinden. Et kvalitativt studie finder, at moderskabet er en omvæltning, som kan opleves stressfyldt, så dét at kunne trække på ressourcer, såsom partnerens hjælp, har store implikationer for kvindens helbred og velvære (Currie, 2009). Derfor vil konteksten som mor mediere, når kvinderne med tidligere GDM samtidig anbefales at foretage livsstilsændringer, da det kan formodes at kræve endnu flere ressourcer fra kvinderne. Partneren anses dermed at have en særlig betydelig rolle for kvindernes sundhed i forløbet efter graviditeten, som bliver et medvirkende element i muligheden for en adfærdsændring.

Desuden tyder det på, at manglende viden og forståelse for diabetes fra sociale relationer får indflydelse på kvindernes støtte fra sociale relationer. Flere sundhedsprofessionelle angiver, at familier ofte mangler viden om diabetes, graden af arvelighed, mulighederne for forebyggende tiltag samt vigtigheden af tidlig diagnose (Grabowski et al., 2017). Denne mangel på viden hos familierne gør, at pårørende kan have tendens til at ignorere risici, som diabetes er forbundet med (Grabowski et al., 2017). Imidlertid fremgår det, at på trods af informationer om faktorer, der øger sundhedsrisici eller bidrager til sundhed, medfører denne viden ikke, at informationen

anvendes til at ændre sundhedsrutiner i familien (Denham, 2002). Dette kan også formodes at være gældende for familie og partner til kvinderne med tidligere GDM og indikerer, at partneren til kvinderne mangler viden og forståelse af risici, der er forbundet med GDM og type 2-diabetes. Det er problematisk, at sociale relationers mangel på viden om GDM og diabetes kan medføre, at kvindernes ikke oplever støtte fra familie eller partner, når det er fremanalyseret at støtte herfra, er vigtig for kvindernes sundhedsadfærd.

Foruden partnerens og familiens indflydelse på kvindernes sundhedsadfærd, tyder det på, at kvinderne også påvirkes af andre kvinders erfaringer (Rockliffe et al., 2021). Kvinder adapterer andre gravides erfaringer under graviditeten til at retfærdiggøre egen adfærd uanfægtet, om den er positiv eller negativ (Rockliffe et al., 2021). Dette kan antages også at være gældende efter graviditeten, hvor kvinderne med tidligere GDM kan blive påvirket af andre kvinders adfærd. Som tidligere nævnt, er det ressourcekrævende at blive mor og samtidig skal forholde sig til lægens anbefalinger efter GDM. Her kan det formodes, at kvinderne vil søge viden og erfaringer fra sociale relationer, der har været i samme eller lignende situationer. Kvinder med tidligere GDM kan dermed antages at spejle sig i sociale relationers erfaringer og kan dermed få indflydelse på kvindernes sundhedsadfærd både i positiv og negativ retning.

Sociale relationer kan udledes som en væsentlig faktor med afgørende indflydelse på sundhedsadfærden hos kvinderne med tidligere GDM og kan have betydning for, hvorfor kvinderne ikke følger anbefalingerne om livsstilsændringer. Ligeledes viser studier, at en sundhedsadfærd kan være funderet i det, der er socialt accepteret blandt sociale relationer og samfundet (L. Gupta et al., 2019; Rockliffe et al., 2021), hvilket henviser til sociale og kulturelle normer i samfundet. Dette vil blive analyseret i næste afsnit.

2.6.4 Kulturelle faktorer og normer

Dahlgren & Whiteheads (1991) model angiver vigtigheden i at indtænke kulturelle determinanter, som kan påvirke individets mulighed for at opnå eller fastholde en adfærdsændring. Samfundskulturen og -normerne er på den måde både muliggørende og begrænsende for individets handlemuligheder. Normer og kulturelle determinanter, som har indflydelse på adfærden hos kvinder med tidligere GDM, vil blive fremanalyseret i dette afsnit.

At skulle efterleve en livsstil, der ikke stemmer overens med sociale og kulturelle normer, som kvinderne befinder sig i, kan være en barriere for adfærdsændring. Hvis kostændringer bliver

vanskelige at acceptere for ens omgangskreds eller samfundet, kan det for det enkelte individ resultere i manglende fastholdelse af disse ændringer (L. Gupta et al., 2019). Det samme gør sig gældende hos kvinderne under graviditeten (Rockcliffe et al., 2021). Under graviditeten kan adfærdsændringer blive mere besværlige grundet sociale normer, der er forbundet med spisning, rygning og alkoholindtag i sociale sammenhænge (Rockcliffe et al., 2021). Kvinderne beskriver, hvordan de føler sig isolerede, når de vælger ikke at ryge eller indtage alkohol, og at dette kan have en negativ indflydelse på sociale forhold, da det at ryge og indtage alkohol betragtes som en social aktivitet. At undgå sociale situationer kan derfor facilitere sunde adfærdsændringer hos kvinderne under graviditeten (Rockcliffe et al., 2021), men dette kan derimod formodes at have negative effekter på kvindernes livskvalitet. Det samme kan antages at være gældende blandt kvinderne med tidligere GDM efter graviditeten, som skal efterleve anbefalinger relateret til kost og motion. I lyset af ovenstående kan kvinder med tidligere GDM have svært ved at følge anbefalingerne samtidig med, at de vil føle sig som en del af fællesskabet, såfremt det betyder, at kvinderne må undvige sociale sammenhænge eller en bestemt adfærd. Her kan der argumenteres for, at der er en diskrepans mellem sociale normer og efterlevelsen af anbefalingerne, hvilket påvirker kvindernes adfærd.

Ligeledes tyder det på, at kulturelle normer og forventninger til moderrollen påvirker kvindernes sundhedsadfærd. Særligt den vestlige kultur opsætter moderskabet som et centralt mål i kvindens liv (Meeussen & Van Laar, 2018). Dette har resulteret i, at der samtidig er blevet skabt en norm for *intensivt moderskab*. *Intensivt moderskab* betyder, at kvinden er den primære omsorgsperson for barnet (Meeussen & Van Laar, 2018). Forklaringen om "intensivt moderskab" bygger på undersøgelser af, hvorledes der eksisterer et moderideal i samfundskulturen (Newman & Henderson, 2014). Moderidealet fundrer i, at kvinden skal prioritere og fokusere fuldt ud på barnet og anse barnet som uvurderligt, hvilket er tids- og energikrævende og får den betydning, at moderen tilsidesætter egne behov (Newman & Henderson, 2014). Mange kvinder kan opleve et socialt pres, hvor det forventes, at de lever op til kulturen om moderidealet (Newman & Henderson, 2014). For kvinderne med tidligere GDM kan samme kultur og normer om moderidealet antages at være gældende. Såfremt kvinderne skal leve op til dette ideal, kræver det, at kvindernes fulde fokus er på barnet, hvilket er ressourcekrævende. Da det samtidig er ressourcekrævende at skulle ændre eller opretholde livsstil, kan det antages, at kvinderne må balancere mellem at leve op til moderidealet og at efterleve anbefalingerne om livsstil, som resulterer i nedprioritering af egne behov og sundhed. Der kan således argumenteres for, at Vestens kultur og normer om moderidealet bliver en

barriere for en adfærdsændring hos kvinderne med tidligere GDM. Kvinderne med GDM er tilmed særligt sårbare for at blive omtalt som dårlige mødre eller at have usunde graviditeter og børn (Ghaffari et al., 2014; Tait Neufeld, 2014), hvorfor det kan antages, at denne målgruppe særligt ønsker at leve op til moderidealet. Hvis kvinderne med tidligere GDM forbindes med at være dårlige mødre eller at have usunde børn, vil der angiveligt være et øget pres for kvinderne i at leve op til moderidealet for at vise, at dette ikke er tilfældet. Dette indikerer ligeledes, at GDM er forbundet med en bestemt diskurs i samfundet. Dette vil blive analyseret i næste afsnit.

2.6.4.1 Diskursen om GDM og type 2-diabetes får betydning for kvindernes sundhedsadfærd

I samfundet florerer bestemte diskurser forbundet med både GDM og type 2-diabetes, og det tyder på, at disse diskurser har indflydelse på kvinderne med tidligere GDM og deres sundhedsadfærd. I følgende to underafsnit vil diskursen om GDM først blive analyseret efterfulgt af diskursen om type-2 diabetes, og hvordan dette har betydning for kvindernes sundhedsadfærd.

2.6.4.1.1 Diskursen om GDM

Det tyder på, at samfundets diskurs om GDM har indflydelse på kvindernes sundhedsadfærd. Forskningslitteraturen viser, at samfundet og sociale relationer konstruerer bestemte negative ord om GDM og sygdomsrisikoen (Davidsen et al., 2022; Parsons et al., 2018). Kvinderne med GDM oplever at blive negativt omtalt og kategoriseret med manglende viljestyrke, at være dovne, og at GDM er selvforskyldt (Davidsen et al., 2022; Parsons et al., 2018). Diskursen er konstrueret, så kvinderne med GDM føler sig stigmatiseret af samfundet, hvilket har en negativ påvirkning på kvinderne (Davidsen et al., 2022; Parsons et al., 2018). Ifølge Link og Phelan (2001) kendetegnes stigmatisering ved, at individer i samfundet kategoriserer og omtaler en bestemt gruppe mennesker ud fra bestemte karakteristika. Kategoriseringen vil få en negativ betydning for de mennesker, som stigmatiseringen berører (Link & Phelan, 2001). Der florerer en negativ diskurs om GDM i samfundet, og dette kan antages at være medvirkende til, at kvinder med GDM eller tidligere GDM stigmatiseres. Når kvinderne med GDM eller tidligere GDM bliver stigmatiseret, kan det resultere i, at kvinderne oplever følelser af skyld og skam, hvilket kan medføre, at kvinderne forbinder dem selv med stereotypiske fordomme. At acceptere stereotypiske fordomme kaldes internaliseret stigma (Durso & Latner, 2008). En litteraturgennemgang finder, at kvinderne med GDM også selv føler sig ansvarlige for

diagnosen samt føler skyld, pinlighed og tristhed forbundet med diagnosen (Davidsen et al., 2022), hvorfor det kan antages, at GDM og tidligere GDM også er forbundet med internaliseret stigmatisering.

Forskningslitteraturen viser, at kvinderne med GDM føler sig stigmatiseret af sociale relationer, partnere og sundhedsprofessionelle og at manglende viden om GDM fra sociale relationer, sundhedsprofessionelle og kvinden selv er identificeret som særlig betydende for årsagen til denne stigmatisering (Davidsen et al., 2022). Kvinder med GDM fremhæver at føle sig dømt af sundhedsprofessionelle og få fortalt skræmmehistorier om det ufødte barns helbred og ikke at blive tilbudt et valg i forbindelse med behandling (Davidsen et al., 2022). Dette får til konsekvens, at kvinderne med GDM rapporterer negativ interaktion med sundhedsprofessionelle, og at kvinderne undgår sundhedsrelaterede aftaler både under og efter graviditeten (Davidsen et al., 2022). Denne stigmatisering fra sundhedsprofessionelle og konsekvenserne heraf kan formodes også at være gældende for kvinderne med GDM efter graviditeten, hvor kvinderne og deres børn fortsat er associeret med sundhedsrisici og anbefales livsstilsændringer for at forebygge type 2-diabetes. Dette indikerer, at sundhedsprofessionelles tilgang til kvinderne med tidligere GDM er betydende for, at kvinderne føler sig stigmatiseret. Hvilket får betydning for kvindernes oplevelse af internaliseret stigma og dermed kvindernes sundhedsadfærd og kan være en barriere for livsstilsændringer. Dog kan den internaliserede stigma reduceres ved, at kvinderne bliver mere vidende om GDM og lykkes med en håndtering af denne risiko (Davidsen et al., 2022). Her kan det antages, at sundhedsprofessionelle spiller en vigtig rolle i at formidle viden om den efterfølgende risiko for GDM og bidrage med viden og støtte til forebyggelsen, så det internaliserede stigma mindskes, og kvindernes sundhed øges.

Stigmatisering og internaliseret stigma tyder på at have flere sundhedsmæssige konsekvenser og kan være en barriere for adfærdsændringer hos kvinderne med tidligere GDM. Det er fundet, at stigmatisering og internaliseret stigma hos kvinder med GDM kan medføre stress, ensomhed, spiseforstyrrelser samt nedprioritering af egen sundhed efter graviditeten (Davidsen et al., 2022). Stigmatisering og internaliseret stigma kan således antages at påvirke både kvindernes fysiske og mentale sundhed under og efter graviditeten. Stigmatiseringen kan ligeledes antages at være en barriere for, at kvinderne opnår den anbefalede sundhedsadfærd, men derimod resulterer i ugunstig sundhedsadfærd.

2.6.4.1.2 Diskursen om type 2-diabetes

Foruden diskursen om GDM, synes diskursen i samfundet om type 2-diabetes også at influere på kvindernes sundhedsadfærd. Type 2-diabetes, særligt prædiabetes, er blevet normaliseret i samfundet gennem medierne og den offentlige omtale, hvilket har fået betydning for læge-patient-forholdet (Nahon-Serfaty, 2012). Det kan formodes, at normaliseringen får betydning for kvindernes oplevede risiko af type 2-diabetes, som dermed påvirker mødet med den sundhedsprofessionelle og får indflydelse på den formidlede information fra sundhedsprofessionelle til kvinderne. *Oplevet risiko* er et nøglebegreb inden for risikokommunikation, som omhandler menneskers opfattelse af risiko, som er forskellig fra eksperters videnskabelige opfattelse (Breck, 1999). Hvis der i samfundet eksisterer en normalisering af type 2-diabetes og prædiabetes, kan det antages, at den oplevede risiko for type 2-diabetes reduceres hos kvinderne med tidligere GDM, hvilket kan medføre, at kvinderne ikke eller i mindre grad følger lægernes anbefalinger i relation til sundhedsadfærd. Endvidere kan det resultere i en mindre opfattet alvor af type 2-diabetes hos kvinderne med tidligere GDM på trods af sundhedsprofessionelles information, fordi tillæggelsen af værdi fra den enkelte kvinde dominerer ekspertviden. På denne måde kan der argumenteres for, at diskursen i samfundet påvirker kvindernes oplevede risiko, hvilket får indflydelse på mødet mellem kvinderne og sundhedsprofessionelle og dermed forebyggelsen af type 2-diabetes.

Som tidligere nævnt, er gennemsnitsalderen for type 2-diabetes i Danmark 63 år. Ligeledes fremgår det, at mænd hyppigere end kvinder udvikler type 2-diabetes (Sundheds- & Ældreministeriet, 2017), hvorfor type 2-diabetes i folkemunde ofte kaldes gammelmandssukkersyge. Dette kan formodes at have indflydelse på både diskursen og risikoopfattelsen af type 2-diabetes. Hvis det er den generelle opfattelse, at det er ældre mænd, der udvikler type 2-diabetes, kan det antages, at kvinderne med tidligere GDM kan have svært ved at identificere sig som målgruppen for type 2-diabetes. Dette vil dermed influere på kvindernes forståelse af egen risiko og kvindernes motivation for adfærdsændringer. Det er således væsentligt at øge kommunikationen vedrørende denne risiko samt generelt at have opmærksomhed på denne højrisikopopulation (Smirnakis et al., 2005). Dette fordi det tidligere er fremanalyseret, at type 2-diabetes vil debutere tidligere i livet hos kvinderne med tidligere GDM, hvormed der er større risiko for tidligere i livet at få nedsat livskvalitet.

Der udledes således flere kulturelle og sociale normer, der påvirker kvinderne med tidligere GDM og deres sundhedsadfærd. Det er fremanalyseret, at både normer i samfundet,

forventninger om at leve op til moderidealet, samt diskursen af GDM og type 2-diabetes har en påvirkning på kvindernes adfærd efter graviditeten og er en barriere for forebyggelsen af type 2-diabetes.

2.6.5 Organisatoriske og strukturelle faktorer

Foruden de individuelle, sociale og kulturelle faktorer og normer påvirker også de organisatoriske og strukturelle forhold individets sundhed, som er mere distalt for individet (Dahlgren & Whitehead, 1991). Der synes at være samfundsstrukturelle faktorer, herunder manglende koordinering og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet, som påvirker kvindernes sundhedsadfærd efter GDM (A. Timm et al., 2021). En optimering af koordinering og ansvarsfordeling blandt sundhedsprofessionelle formodes at være til gavn i forebyggelsen af udvikling af type 2-diabetes blandt kvinderne med tidligere GDM (A. Timm et al., 2021). De organisatoriske og strukturelle faktorer, herunder samarbejde og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet, og hvordan disse faktorer påvirker kvindernes sundhedsadfærd, bliver analyseret i følgende to underafsnit.

2.6.5.1 Betydningen af et stærkt tværsektorielt samarbejde samt ansvarsfordelingen i sundhedsvæsenet

I overgangen fra graviditeten med GDM til efter graviditeten opstår en risiko for, at kvindernes sygdomshistorik med GDM ikke videreføres fra sekundær til primær sektor, eftersom der ikke sker en automatisk videreførelse af disse oplysninger (A. Timm et al., 2021). Den enkelte kvinde er således ansvarlig for at videreformidle denne viden (A. Timm et al., 2021). Hvis kvinderne selv skal videregive information, vil der være en risiko for, at dette ikke gøres, hvilket resulterer i, at praktiserende læge derfor ikke har grundlag for at kunne informere om kvindernes efterfølgende risiko og konsekvenser forbundet med GDM. Hvis ikke kvinderne er bevidste om risici, kan det antages, at kvinderne heller ikke er bevidste om vigtigheden af forebyggelse af udviklingen af type 2-diabetes. Allerede her kan det antages, at der opstår et ufuldstændigt samarbejde på tværs af sektorer, som kan medføre sundhedsmæssige konsekvenser for kvinderne. Samtidig er der blandt sundhedsprofessionelle ikke klare retningslinjer for forebyggelsen af type 2-diabetes efter GDM, hvilket giver anledning til usikkerhed om ansvar og arbejdsopgaver blandt sundhedsprofessionelle (A. Timm et al., 2021). Det ufuldstændige samarbejde kommer endvidere til udtryk mellem sundhedsplejersker og praktiserende læger, som formidler differentieret information til kvinderne med tidligere GDM

(A. Timm et al., 2021). Den differentierede formidling af information kan antages at være et resultat af en uklar ansvarsfordeling. Dette medfører en uklar koordinering mellem sundhedsprofessionelle og dermed mindre opmærksomhed på kvindernes risiko, hvilket kan medføre sundhedsmæssige konsekvenser for kvinderne og bidrager til den manglende fastholdelse af sundhedsadfærd efter graviditeten (Ørtenblad et al., 2021). I sidste ende kan dette antages at resultere i, at kvinderne efterlades uden støtte og opmærksomhed på deres risiko, således at synliggørelse af vigtigheden af en adfærdsændring er fraværende fra både sundhedsprofessionelle og den enkelte kvinde. Klare og gennemsigtige retningslinjer på tværs af sektorer bør derfor prioriteres for at styrke det tværsektorielle samarbejde (A. Timm et al., 2021). Med et stærkt tværsektorielt samarbejde kan der argumenteres for, at sundhedsprofessionelle i højere grad vil kunne støtte kvinderne med tidligere GDM i at undgå eller reducere sygdomsudvikling.

Sundhedsprofessionelle fra både primær og sekundær sektor medgiver en mindre opmærksomhed på kvinderne med tidligere GDM (A. Timm et al., 2021). Den mindre opmærksomhed på kvinderne får den konsekvens, at det bliver uklart for sundhedsprofessionelle, hvilken faggruppe der bedst kan støtte kvinderne med henblik på adfærdsændring (Timm et al., 2021). Ud fra sundhedsprofessionelles perspektiv er manglende ansvarsfordeling nemlig en barriere for at møde og støtte kvinderne optimalt (Timm et al., 2021). Der er endvidere manglende retningslinjer for, hvordan langsigtede risici kommunikerer til kvinderne med tidligere GDM (Timm et al., 2021). En mindre opmærksomhed og en uklar ansvarsfordeling i relation til hvilken sektor og sundhedsprofessionel, der skal tage ansvaret og informere kvinderne om risici, kan medføre, at kvinderne ikke informeres om disse risici og konsekvenser. Dette er problematisk, idet det for kvinderne kan medføre udvikling af type 2-diabetes og nedsat livskvalitet (L. Gupta et al., 2019). Når der ikke er klare retningslinjer for ansvarsfordelingen og det tværsektorielle samarbejde, kan det endvidere medføre, at ingen sundhedsprofessionelle tager ansvar, hvilket kan påvirke kommunikationen omkring risici og konsekvenser. Dette kan antages at være medvirkende til, at kommunikationen til kvinderne bliver ufuldstændig, og at kvinderne dermed ikke tager deres tilstand alvorligt, fordi kvinderne ikke er bevidste om de sundhedsmæssige konsekvenser. Det næste afsnit vil uddybe dette.

2.6.5.2 Underspillet risikokommunikation og dialogen med sundhedsprofessionelle

Sundhedsprofessionelles kommunikation om risici til kvinderne med tidligere GDM findes at have betydning for kvindernes sundhedsadfærd. Er der ikke opmærksomhed på denne risiko,

kan det medføre, at kvinderne ikke tager deres egne sundhedsmæssige konsekvenser alvorligt (Svensson et al., 2018). Dette kan desuden medføre, at kvinderne får sværere ved at foretage bevidste, målrettede handlinger i forhold til at forebygge type 2-diabetes. For at forklare den mindre opmærksomhed på kvindernes risici, kan Brecks (1999) begreb om en *underspillet risikokommunikation* anvendes. Den *underspillede risikokommunikation* forekommer, når der ikke er tilstrækkelig fokus på den risiko, der skal kommunikeres ud (Breck, 1999), i dette tilfælde mellem kvinderne med tidligere GDM og sundhedsprofessionelle. Kvinderne med tidligere GDM beskriver sundhedsvæsenet som fragmenteret, hvilket særligt gør sig gældende efter graviditeten, hvor kvinderne oplever minimal interaktion og initiativ fra sundhedsprofessionelle vedrørende risikoen for type 2-diabetes (Svensson et al., 2018).

Studier dokumenterer, at kvinderne føler sig glemt efter graviditeten, og at sundhedsprofessionelle virker mere opmærksomme på dem under graviditeten (Parsons et al., 2018). Under graviditeten er kvinderne med GDM blevet fulgt kontinuerligt, men fokus fra kvinderne forsvinder efter graviditeten, hvilket giver kvinderne en følelse af at være efterladt, og at de ikke tages alvorligt (Parsons et al., 2018). Derudover udtaler kvinderne, at de ikke føler sig støttet af sundhedsprofessionelle i deres livsstilsomlægning, og det findes, at denne støtte er væsentlig for at forebygge eller udskyde type 2-diabetes (Svensson et al., 2018). I lyset af Brecks (1999) begreb formodes det, at kvinderne oplever *underspillet risikokommunikation*, hvilket er problematisk, da kvinderne har en øget risiko for særligt type 2-diabetes. Når kvinderne ikke oplever, at sundhedsprofessionelle adresserer kvindernes risiko tilstrækkeligt og har øje for kvindernes sundhedsrelaterede konsekvenser, kan det medvirke, at kvinderne heller ikke giver risikoen tilstrækkelig opmærksomhed. Et individs motivation til at engagere sig i risikoreducerende adfærd i relation til sundhed afhænger af, om individet er bevidst om modtageligheden for en sygdom (Grabowski et al., 2017). I lyset af dette kan det antages, at hvis sundhedsprofessionelle *underspiller* kvindernes risiko, vil kvinderne ikke være bevidste om den reelle risiko og derfor ikke engagere sig i risikoreducerende adfærd. Således tegner der sig et billede af, at kvinderne i højere grad mangler opmærksomhed og viden fra sundhedsprofessionelle for at have grundlag for at vurdere deres sundhedsmæssige konsekvenser og at kunne handle ud fra den viden. *Underspillet risikokommunikation* synes derfor at være endnu en konsekvens af de organisatoriske og strukturelle faktorer, der påvirker kvindernes sundhedsadfærd. En forbedret kommunikation og dermed viden til den enkelte kvinde anses at være betydende i forebyggelsen af type 2-diabetes. Opmærksomhed og forbedret kommunikation fra sundhedsprofessionelle vil angiveligt også give kvinderne en

følelse af medansvar på samme vis som ved en elektronisk påmindelse. Dermed vil dette have en positiv indvirkning på kvindernes opmærksomhed på at forebygge type 2-diabetes. At sundhedsprofessionelle kan bidrage med en følelse af medansvar hos kvinderne, kan understøttes af Bjarne Bruun Jensens (2011) begreb om handlekompetence, som anses at kunne udvikles og kvalificeres i dialogen mellem sundhedsprofessionelle og individet. Ifølge Jensen (2011) er handlekompetence et overbegreb for *handling*, *viden* og *deltagelse*, som tilsammen er medvirkende til at skabe en sundhedsmæssig forandring. Handlekompetence er et deltagerorienteret begreb, som kan sidestilles med begreber som health literacy, empowerment, self-efficacy samt følelsen af sammenhæng og er en kritik af traditionelle adfærdsmodificerende tilgange (Jensen, 2011). Kernebegreberne *handling*, *viden* og *deltagelse* kan ikke enkeltvis lede til forandring i individets sundhedsadfærd, men sammen danner de grundlaget for handlekompetence. Handlekompetence kommer i spil, når individet bliver inddraget og tager et bevidst og målrettet valg om at ændre sundhedsadfærd, som vil føre til handling og derigennem skabe sundhedsmæssig forandring. I lyset af Jensen (2011) kan mødet og dialogen med den sundhedsprofessionelle kvalificere kvindernes handlekompetence. Hvis mødet og dialogen mellem sundhedsprofessionelle og kvinderne med tidligere GDM ikke er optimal, kan det antages at have indflydelse på, at kvinderne i mindre grad skaber en sundhedsmæssig forandring. Sundhedsprofessionelle kan derfor ikke blot fokusere på at videregive viden, men derimod også have fokus på at understøtte deltagelse og muligheder for at handle. Derfor formodes det, at hvis dialogen og mødet mellem sundhedsprofessionelle forbedres, vil kvindernes handlekompetence kunne udvikles og kvalificeres. Dermed vil det have en positiv indvirkning på kvindernes håndtering af forebyggende strategier i forhold til udviklingen af type 2-diabetes.

2.7 Oplevet risiko er afgørende for kvindernes sundhedsadfærd

Det er belyst, at det er et komplekst samspil, der påvirker kvindernes tanker og handlinger for at fastholde eller ændre sundhedsadfærd i forhold til at undgå eller udskyde type 2-diabetes. En del af det komplekse samspil, der i forrige afsnit er analyseret ud fra Brecks (1999) begreb *underspillet kommunikation*, suppleres med yderligere begreber om risikokommunikation for at undersøge, hvordan kvinderne navigerer i den risiko, som kommunikeres til dem. Ifølge Breck (1999) tager risikokommunikation udgangspunkt i, at individer ikke udelukkende er rationelt tænkende, og derfor ikke nødvendigvis vil handle, som eksperterne ønsker. Et individs

handling vil dermed afhænge af *oplevet risiko*, som Breck betegner det, der er en erkendelse af, at individet af en række årsager opfatter risikoen forskelligt fra eksperterne (Breck, 1999).

Kvindernes *oplevet risiko* er et komplekst samspil, da både mødet med sundhedsprofessionelle, kvindens nye livssituation som mor, partnerens indflydelse, normer og kultur samt diskurs i samfundet har en betydning for kvindens oplevede risiko. Afhængig af den viden om risici og konsekvenser, som kvinderne får fra sundhedsprofessionelle, vil der kunne tillægges nye subjektive aspekter til risikoopfattelsen, eksempelvis om risikoen er påtvungen eller frivillig, eller opfattes som kendt og veldefineret eller ukendt. Der vil således foreligge et element af både ekspertviden og lægviden i risikoopfattelsen, som anses at være ligeværdige, men som skal betragtes differentieret med forskellige former for rationalitet (Breck, 1999). Af denne årsag er det væsentligt at medregne, at kvinderne på baggrund af den objektivt formulerede viden vil tillægge den objektive viden værdi, således at et subjektivt element også vil indtræde, og den objektive viden vil ikke alene bevirke, at kvinderne ændrer eller opretholder sundhedsadfærd med det formål at undgå eller udskyde type 2-diabetes. Viden fra sundhedsprofessionelle kan derfor antages at medføre differentierede resultater i forhold til adfærden og hvorvidt den bidrager til at udskyde type 2-diabetes, afhængig af kvindernes *oplevet risiko*.

På baggrund heraf vil der kunne opstå risikokonflikter, da individet med forskellig indgang til problemstillingen vil tillægge informationen forskellig værdi (Breck, 1999). Risikokonflikter kunne eksempelvis være, at sundhedsprofessionelle har formidlet den objektive viden om konsekvenserne efter en graviditet med GDM, men at kvinden ud fra sin livssituation afvejer fordele og ulemper ved at ændre sundhedsadfærd. Kvindens handling afspejler derfor ikke nødvendigvis sundhedsprofessionelles tiltænkte formål med at have en sygdomsreducerende adfærd, hvorfor en risikokonflikt kan opstå. Allerede fra 1984 har der været opmærksomhed på, at det enkelte individ træffer beslutninger på baggrund af komplekse problemer (Janz & Becker, 1984). Dette er illustreret i den såkaldte Health Belief Model, som tager afsæt i, at individet ikke udelukkende vil handle rationelt, fordi handlingen er tillagt en subjektiv opfattelse, som inkluderer flere aspekter af individets livsvilkår (Janz & Becker, 1984). Kvindernes overvejelser vil dermed indeholde afvejninger af for og imod ved den handling, der foretages. Det vil sige, at kvinderne afvejer, hvad risikoen er ved at fastholde sin sundhedsadfærd samt tabet ved at ændre den for at undgå eller udskyde sygdomsudvikling. I forhold til at undgå eller udskyde type 2-diabetes blandt kvinder med tidligere GDM kan der

argumenteres for, at det er vanskeligt at definere, hvornår der er handlet tilstrækkeligt. Dette fordi sygdomsudviklingen ikke nødvendigvis sker her og nu, at sygdomsrisikoen ikke opfattes som fatal, men derimod kan ske at indtræde senere i livet. Det er derfor kvindernes oplevede risiko, og heraf afvejning af fordele og ulemper, som afgør kvindernes ageren i deres hverdag i forhold til at reducere eller begrænse type 2-diabetes.

I tillæg til Brecks *oplevede risiko* og individets afvejning af fordele og ulemper ved handlingen, kan Helle Timms (1997) beskrivelse af lægperspektivet benyttes. Ifølge Timm (1997) adskiller lægperspektivet sig fra ekspertperspektivet ved at være mere rummeligt, oplevelses- og hverdagslivsorienteret. Medicinsk funderet viden anvendes af individet i det omfang, der giver mening i vedkommendes livssituation og vil derfor i visse tilfælde ikke eksistere, såfremt individet ikke finder det meningsfuldt (H. U. Timm, 1997). Der kan således argumenteres for, at det er vigtigt, at information om risici fra sundhedsprofessionelle gives til kvinderne på en måde, så den virker relevant for kvinderne i den kontekst, de befinder sig i. I dette tilfælde er det særligt væsentligt med en opmærksomhed på kvindernes nye livssituation som mødre. Derudover er det væsentligt, at kvinderne finder det meningsfuldt at skulle forholde sig til deres sundhedsadfærd efter en graviditet med GDM, og samtidig føler sig mødt af sundhedsprofessionelle. Det kan heraf formodes, at selv hvis kvinderne har fået information om den risiko, GDM er forbundet med, vil andre faktorer, som har betydning for kvinderne, blive medregnet i kvindernes vurdering af risikoen for type 2-diabetes. Det er derfor relevant at forstå den kontekst, kvinderne befinder sig i for at få en forståelse for deres handlinger, herunder hvorvidt og i hvor høj grad kvinderne har en adfærd, der begrænser eller udskyder sygdomsudviklingen af type 2-diabetes.

3.0 Afgrænsning

Problemanalysen peger på, at kvinder med tidligere GDM er i øget risiko for at udvikle type 2-diabetes efter graviditeten, hvorfor det er relevant at støtte denne gruppe for at forebygge eller reducere sygdomsudvikling. Komplexiteten af problemstillingen øges i og med, at der er belyst flere faktorer, med afsæt i den socioøkologiske model, der har betydning for kvindernes sundhed. Et centralt problem i problemanalysen er, at kvinderne har et ufyldstgørende vidensgrundlag til at opnå eller fastholde en sundhedsadfærd, der kan være medvirkende til at forebygge eller udskyde udviklingen af type 2-diabetes. Litteraturen indikerer, at et individs motivation til at engagere sig i risikoreducerende adfærd afhænger af, om individet er bevidst

om modtageligheden for en sygdom (Grabowski et al., 2017). Kvindernes bevidsthed om risikoen for sygdom synes dermed at være fundamentet for, at kvinderne med tidligere GDM engagerer sig i forebyggelsen af type 2-diabetes og kan handle ud fra den bevidsthed.

Det er paradoksalt, at kommunikation og støtte fra sundhedsprofessionelle formentlig har en betydning for kvindernes forståelse af risikoen for type 2-diabetes. Samtidig fungerer kommunikationen og støtten fra sundhedsprofessionelle på nuværende tidspunkt ikke optimalt og er ej heller tilfredsstillende for kvinderne efter graviditeten. Af problemanalysens fund tyder det på, at både efterforløbet og risikokommunikationen om type 2-diabetes fra sundhedsprofessionelle kan forbedres. Med en forbedring af efterforløbet og kommunikationen har kvinderne et vidensgrundlag for risikoforståelsen, som i højere grad kan bidrage til en sundhedsadfærd, der reducerer eller begrænser udviklingen af type 2-diabetes. Hvis mødet mellem sundhedsprofessionelle og kvinderne fører til en øget forståelse af kvindernes reelle risiko for at udvikle type 2-diabetes, kan dette medvirke, at handlekompetence hos kvinderne øges, og at kvindens handling i højere grad retter sig mod at begrænse udviklingen af type 2-diabetes. Således foreligger et incitament til at øge fokus på mødet mellem sundhedsprofessionelle og kvinderne med tidligere GDM for at forebygge type 2-diabetes.

Der kan argumenteres for, at der er behov for at forandre det nuværende tilbud til kvinderne i forløbet efter en graviditet med GDM, så kvinderne får den efterspurgte viden og støtte til håndtering af risikoen for type 2-diabetes. Dermed vil kvinderne antageligt opnå bedre forudsætninger for en adfærd, der kan forebygge udviklingen af type 2-diabetes til gavn for både kvinderne med tidligere GDM og samfundet. Dog skal der i undersøgelsen af mødet med sundhedsprofessionelle samtidig tages højde for, at det ligeledes er fundet, at viden ikke nødvendigvis fører til bevidste målrettede handlinger for at skabe sundhedsmæssig forandring.

4.0 Problemformulering

Ovenstående afgrænsning af problemfeltet leder til følgende problemformulering:

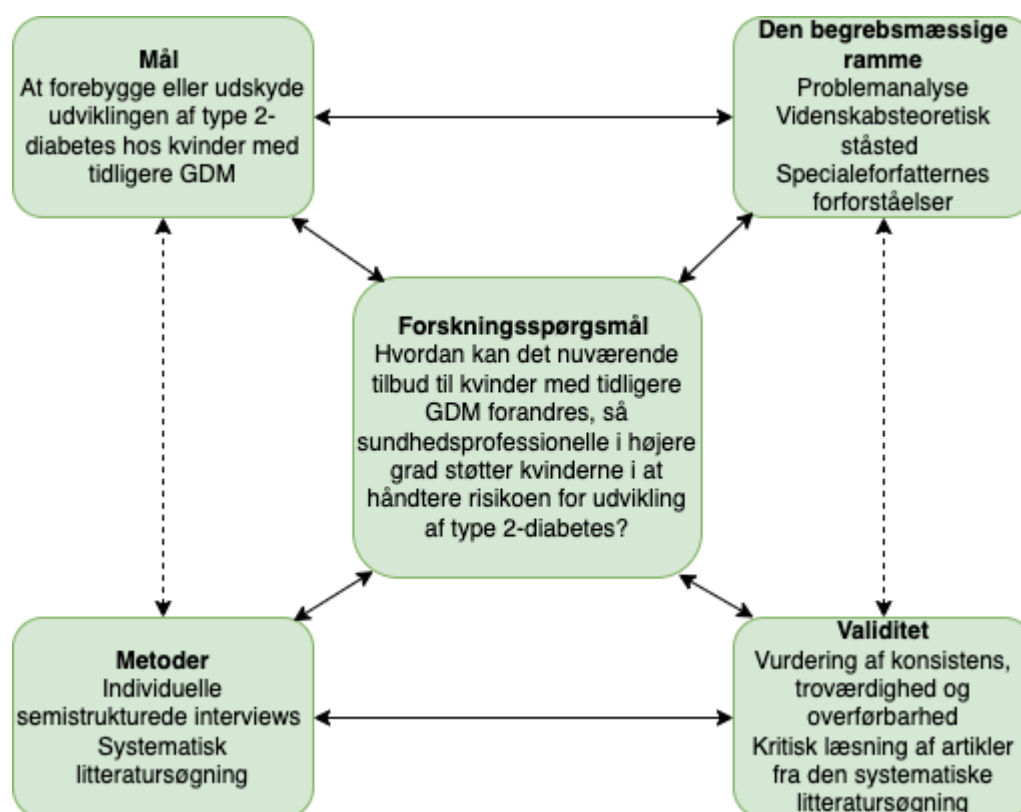
Hvordan kan det nuværende tilbud til kvinder med tidligere GDM forandres, så sundhedsprofessionelle i højere grad støtter kvinderne i at håndtere risikoen for udvikling af type 2-diabetes?

- 1. Hvordan oplever kvinderne med tidligere GDM forløbet i sundhedsvæsenet efter graviditeten, og hvilken betydning har mødet med sundhedsprofessionelle for kvinderne med tidligere GDM?*

Den overordnede problemformulering vil blive besvaret ved at foretage en kvalitativ undersøgelse og en systematisk litteratursøgning. Den kvalitative undersøgelse foretages med henblik på at få kvindernes perspektiver på oplevelsen af forløbet i sundhedsvæsenet og betydningen af mødet med sundhedsprofessionelle, som beskrevet i undersøgelsesspørgsmål 1. Dernæst vil resultaterne fra undersøgelsesspørgsmål 1 blive anvendt til at kvalificere den systematisk litteratursøgning, som præsenteres i afsnit 11.0 *Metode til systematisk litteratursøgning*. Samlet set skal resultaterne bidrage til en forståelse af, hvorledes det nuværende tilbud til kvinderne med tidligere GDM efter graviditeten kan forandres.

5.0 Skabelse af sammenhæng i specialet med Maxwells interaktive model

Gennemsigtighed og sammenhæng i specialets delelementer har indflydelse på specialets validitet. Maxwells interaktive model benyttes som redskab til eksplicit at inddrage overvejelser om gennemsigtighed og sammenhæng mellem alle specialets delelementer for at højne specialets validitet. Specialet indeholder både en kvalitativ undersøgelse og en systematisk litteratursøgning. Design af kvalitativ forskning indebærer en vedvarende og iterativ proces og følger ofte ikke en lineær struktur (Maxwell, 2005). Maxwells interaktive model er fleksibel og kan tage højde for den iterative og vedvarende proces samtidig med, at der skabes sammenhæng og transparens i undersøgelsen (Maxwell, 2005). Da specialet udarbejder en kvalitativ undersøgelse, er modellen således særlig anvendelig til at sikre validitet, da kvalitativ forskning kræver et mindre restriktivt og dermed bredere design, hvorfor modellen benyttes i specialet. Maxwell (2005) fremhæver, at der skal være sammenhæng mellem følgende fem elementer: *Mål, den begrebsmæssige ramme, forskningsspørgsmål, metoder og validitet*. Ved at skabe kongruens mellem disse fem elementer sikres, at det egentlige formål undersøges. Anvendelsen af Maxwells interaktive model præsenteres i følgende afsnit og er illustreret i figur 2 med udfyldte elementer fra specialet.



Figur 2: Maxwells interaktive model (2005) udfyldt med specialets elementer

Forskningsspørgsmålet er centralt og anses som styrende i Maxwells interaktive model og henviser til, hvad der specifikt ønskes forstået gennem undersøgelsen (Maxwell, 2005). *Forskningsspørgsmålet* er specialets problemformulering. *Mål* henviser til, hvad undersøgelsen bidrager med til forskningsfeltet, og hvorfor resultaterne er relevante (Maxwell, 2005). Specialets mål er at bidrage med viden til, hvordan udvikling af type 2-diabetes kan forebygges eller udskydes hos kvinder med tidligere GDM. Specialets mål findes relevant, da problemanalysen fremanalyserer belæg for et øget fokus på kvinderne som led i at forebygge en stigende incidens af type 2-diabetes. *Den begrebsmæssige ramme* omhandler forskningslitteratur og teori på området samt forforståelser, som forskeren inddrager i forståelsen af problemfeltet (Maxwell, 2005). Specialets begrebsmæssige ramme er problemanalysens fund og det videnskabsteoretiske ståsted i filosofisk hermeneutik, som tilsammen influerer på specialets undersøgelse og udformning. Fælles for indholdet i den begrebsmæssige ramme er, at de alle er bidrag til at forstå eller understøtte, hvordan kvinderne interagerer med og påvirkes af omkringliggende faktorer. Ud fra dette vurderes det, at den begrebsmæssige ramme komplementerer det foreliggende mål og undersøgelsesspørgsmål. *Forskningsspørgsmål*, *mål* og *den begrebsmæssige ramme* er tæt forbundne, og det er nødvendigt, at elementerne gensidigt afspejler den samme tilgang (Maxwell, 2012), hvorfor

der i specialet er tilstræbt at skabe kongruens mellem disse elementer. *Metoder* indeholder overvejelser om metodiske elementer, herunder tilgangen i dataindsamlingen samt analysestrategien (Maxwell, 2005). Dataindsamlingen udføres via semistrukturerede interviews med kvinder med tidligere GDM suppleret med en systematisk litteratursøgning. Den kvalitative metode er velegnet til at besvare forskningsspørgsmålet, da det ønskes at få udsagn fra målgruppen af kvinder med tidligere GDM, som kan opnås gennem en interviewundersøgelse. Ligeledes skal den systematiske litteratursøgning bidrage med evidens til besvarelse af problemformuleringen. Til analyse af de individuelle interviews benyttes den hermeneutiske analyse af Lisa Dahlager og Hanne Fredslund (2016). Den hermeneutiske analyse er overensstemmende med den filosofisk hermeneutiske tilgang til fortolkning gennem interaktion mellem subjektets og objektets forforståelser. *Validitet* henviser til troværdigheden af et studiets fund, og hvorvidt studiets empiri og metoder har været tilstrækkelige til at understøtte studiets resultater (Maxwell, 2005). Til vurdering af den metodiske kvalitet af forskningslitteraturen fra den systematiske litteratursøgning anvendes tjeklisterne af Joanna Briggs Institut (JBI) i overensstemmelse med studierne design. Validiteten i de individuelle interviews vurderes ud fra Merriam & Tisdells (2016) tre kvalitetskriterier: *Troværdighed*, *konsistens* og *overførbarehed*. I lighed med at skabe sammenhæng i tilgangen til de tre øverste elementer i modellen, er de tre nederste elementer i modellen også tæt forbundne: *Forskningsspørgsmål*, *metoder* og *validitet*. Den kvalitative metode og systematiske litteratursøgning anses for at kunne belyse problemformuleringen, hvor de anvendte kvalitetsbegreber og tjeklister ligeledes stemmer overens med metoderne.

6.0 Hermeneutik som videnskabsteoretisk ståsted

Specialets formål er at undersøge, hvordan det nuværende tilbud til kvinder med tidligere GDM kan forandres. Dette ønskes undersøgt gennem kvindernes oplevelser om og fortolkning af det nuværende forløb efter graviditeten. Specialet har derfor videnskabsteoretisk afsæt i Gadamer's filosofiske hermeneutik, da filosofisk hermeneutik kan bidrage til at understøtte en forstående og fortolkende antagelse af virkeligheden (Juul, 2012). Den filosofisk hermeneutiske tilgang benyttes således til at opnå en indsigt i kvindernes oplevelser med forløbet efter graviditeten hos kvinder med tidligere GDM samt betydningen af mødet med sundhedsprofessionelle. Centrale begreber inden for hermeneutikken er *forforståelse*, *den hermeneutiske cirkel* samt *horisontsammensmeltning* (Juul, 2012), som afsnittet vil uddybe ud fra specialets anvendelse.

Den hermeneutiske tilgang søger at undersøge et fænomen gennem fortolkning, hvor fortolkningen bliver en præsentation af, hvad der er virkelighed for et bestemt fænomen i en given kontekst (Juul, 2012). I relation til dette har specialet til formål at undersøge udviklingspotentialer for et tilbud til kvinder med tidligere GDM, hvor dette undersøges gennem kvindernes virkelighed og deres kontekst. Fortolkning opstår på baggrund af de meninger og perspektiver, som mennesket udtrykker (Juul, 2012). Kvindernes meninger og oplevelser bliver derfor grundlaget for den fortolkning, som udtrykkes gennem specialet. I hermeneutikken kan sandheden ikke være endegyldigt sand, men afhænger af, hvad der fortolkes som sandt og virkeligt i den kontekst, hvori et fænomen er indlejret (Juul, 2012). Derfor er det væsentligt pointeret at både kvinderne og specialet præsenterer en sandhed, som er gyldig for den kontekst, den fortolkes ud fra. Hermeneutikkens ontologi og epistemologi bygger på den hermeneutiske cirkel (Juul, 2012). Den hermeneutiske cirkel er en illustration og fortolkning af, hvordan helhed og dele sammen konstruerer forståelsen af et fænomen (Juul, 2012). I hermeneutikken er ontologien, at der er en klar skelnen mellem naturen og den sociale verden, da den sociale verden ikke kan frembringe lovmæssigheder, som det antages at kunne i naturen (Juul, 2012). Mennesket er en del af verden, hvorfor den sociale verden og forståelsen af den sociale verden afhænger af menneskets eller fortolkerens perspektiv (Juul, 2012). Til at anskue perspektiver på den sociale virkelighed antager hermeneutikkens epistemologi, at virkeligheden skal ses gennem fortolkning. Fortolkning vil dog altid være usikker, fordi den beror på et bestemt fænomen i en bestemt kontekst, og derfor altid vil være til debat (Juul, 2012). Den filosofisk hermeneutiske ontologi og epistemologi er med til at tydeliggøre grundlaget for tilgangen til undersøgelsen af kvindernes meninger, som vil blive udfoldet gennem en fortolkende proces. Den fortolkende proces og vidensgenereringen sker således i interaktionen mellem kvinderne med tidligere GDM og specialegruppen, som bidrager med en ny forståelse og viden til, hvordan kvindernes sociale verden er, og hvordan forløbet efter graviditeten opleves for kvinderne med tidligere GDM. Samtidig skal kvindernes oplevelser skabe et virkelighedsbillede af, hvordan mødet med sundhedsprofessionelle kan forbedres, så tilbuddet i højere grad støtter kvinderne i at forebygge type 2-diabetes.

I Gadamer's udlæg af den hermeneutiske cirkel kan subjekt, forskeren, og objekt, undersøgelsesfænomenet, ikke adskilles i vidensgenereringen, da de begge er integreret i cirklen (Juul, 2012). Dette betyder, at forskeren medbringer en *forforståelse* af fænomenet, som danner grundlag for undersøgelsen. Forskerens forforståelser tilsidesættes ikke, men forskeren bør være kritisk og betragte forforståelsen som et udkast, således det er muligt at opnå en ny

forståelse af undersøgelsesfænomenet (Juul, 2012). Fortolkerens forforståelser bør derfor ekspliciteres for at bevidstgøre, hvilke forforståelser der ligger forud for undersøgelsen (Juul, 2012). For eksplicit at bevidstgøre specialegruppens forforståelser forud for undersøgelsen, fremskrives disse nedenfor.

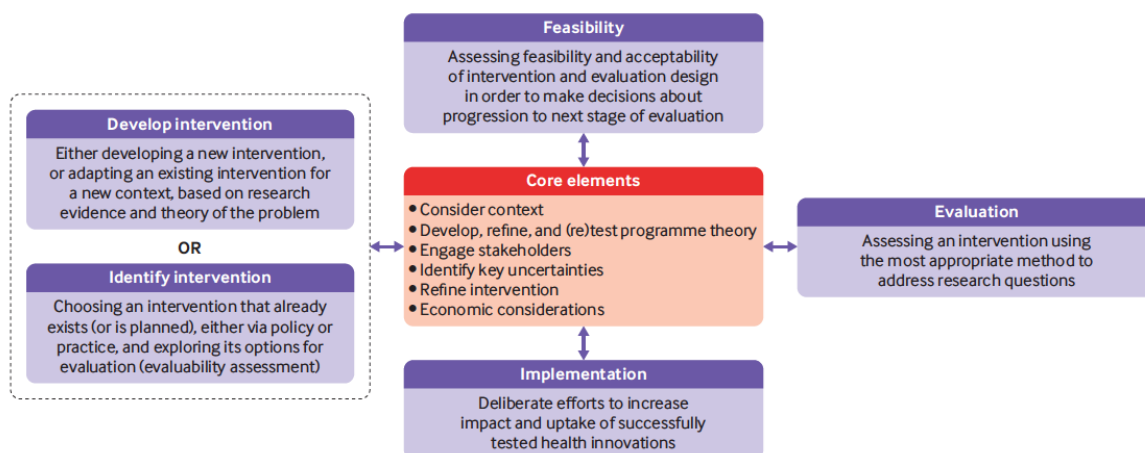
Specialegruppen er alle studerende på folkesundhedsvidenskab med en sundhedsfaglig professionsbachelor som henholdsvis ernæring og sundhed, ergoterapeut og tandplejer, som specialegruppen er bevidste om kan påvirke forforståelserne i undersøgelsen. Ingen af specialegruppens medlemmer har arbejdet med kvinder med tidligere GDM i deres respektive arbejde med den sundhedsfaglige baggrund. Specialegruppen har gennem forskningslitteraturen tilegnet sig viden, som særligt anvendes og tydeliggøres i problemanalysen, og som har betydning for den tilgang, specialegruppen tilgår undersøgelsen med. Herunder med bevidsthed om, at viden ikke entydigt fører til handling, og at konteksten er kompleks, da der er mange faktorer, som har indflydelse på kvindernes sundhedsadfærd. Denne viden bidrager til forforståelsen, som anses at være *forståelseshorisonten*. Forståelseshorisonten er den viden, som fortolkeren har med sig til undersøgelsesfeltet (Juul, 2012), og som derfor bliver en del af den videre undersøgelse i søgen efter en ny forståelse af problemet med inddragelse af kvindernes oplevelser og perspektiver. Der er således både en forståelseshorisont blandt specialegruppens medlemmer dannet på baggrund af forforståelsen, og endvidere en forståelseshorisont blandt kvinderne med tidligere GDM dannet på baggrund af deres erfaringer og oplevelser. Det er netop i søgen efter ny forståelse, at der kan ske en *horisontsammensmeltning*, som opstår i forståelseshorisontens udgangspunkt for en ny forståelse af fænomenet (Juul, 2012). I specialet søges en *horisontsammensmeltning* gennem dialog med kvinderne med tidligere GDM, hvor flere forforståelser kan interagere og vidensgenerere og dermed bidrage med en ny forståelse af kvindernes oplevelser af forløbet efter en graviditet med GDM.

7.0 MRC-frameworket til interventionsudvikling

Det er i problemanalysen fremanalyseret, at det er en kompleks problemstilling at skulle støtte kvinderne med tidligere GDM i forebyggelsen af type 2-diabetes, da kvindernes sundhedsadfærd påvirkes af flere determinanter. Krogstrup (2016) definerer et komplekst problem som socialt afhængig, under konstant forandring og vanskeligt at adskille fra andre problemstillinger. I lyset af Krogstrups definition kan forebyggelsen af type 2-diabetes hos

kvinder med tidligere GDM anses at være et komplekst problem, da det afhænger af den enkelte kvinde og konteksten, hvori hun befinder sig. Derudover er kvindens sundhedsadfærd fundet at være influeret af flere determinanter i den socioøkologiske model, hvorfor problemet kan være svært at adskille fra andre problemer. Løsningen på komplekse problemer er ikke entydig, og der kan ikke opstilles regler, som sikrer en succesfuld løsning (Krogstrup, 2016). Derfor argumenterer Krogstrup (2016) for, at komplekse problemer skal understøttes med komplekse interventioner. En kompleks intervention defineres som ikke-standardiseret og tilpasningsdygtig. På den måde kan komplekse interventioner tage højde for, at problemet og viden om løsningen herpå hele tiden forandres efter konteksten, hvori individerne befinder sig (Krogstrup, 2016). I undersøgelsen af, hvordan det nuværende tilbud til kvinderne med tidligere GDM kan forandres, skal der således tages højde for, at det er et komplekst problem. En forandring af det nuværende tilbud skal derfor være en kompleks intervention, som er tilpasningsdygtig og kan rumme individuelle samt kontekstuelle forskelle hos kvinderne.

På baggrund af formålet om at undersøge, hvordan det nuværende tilbud efter graviditeten til kvinder med tidligere GDM kan forandres, kan der argumenteres for, at specialet vil foretage en udvikling. For at skabe struktur i udviklingsarbejdet af det nuværende tilbud, vil der i specialet anvendes en planlægningsmodel, som kan tage højde for problemets kompleksitet. Hertil anvendes MRC-frameworkets af Skivington et al. (2021), da frameworket er udarbejdet til komplekse interventioner. MRC-frameworket består af fire faser: Udvikling eller identificering af en intervention, feasibility, evaluering og implementering (Skivington et al., 2021). MRC-frameworket er udarbejdet som en cirkulær og iterativ proces, hvor der kan arbejdes i forskellige faser, alt efter hvilket problem der adresseres. På denne måde kan MRC-frameworket tage højde for konstante forandringer i komplekse processer (Skivington et al., 2021). For alle fire faser gælder det, at der er seks kerneelementer, som skal overvejes og undersøges, før næste fase indledes (Skivington et al., 2021). Kerneelementerne ses centralt i MRC-frameworket i figur 3.



Figur 3: MRC-framework af Skivington et al. (2021)

MRC-frameworkets fase *Udvikle en intervention* benyttes i specialet med det formål at rammesætte og understøtte opbygningen af udviklingsprocessen. MRC-frameworket er en overordnet planlægningsmodel og giver derfor ikke en detaljeret beskrivelse af, hvordan der kan arbejdes med udviklingsprocessen og kerneelementerne. For at sikre detaljegraden i specialets udviklingsarbejde er det derfor valgt, at faserne i udviklingsarbejdet inspireres af Helle Maindal og Charlotte Overgaards (2022) principper og aktiviteter i udviklingsprocessen, som har rødder i MRC-frameworket, se tabel 1. Disse aktiviteter og principper er en tilgang til udviklingsarbejdet, der enten kan følges trinvist eller anvendes som tjekliste og refleksioner, der skal adresseres i udviklingsarbejdet (Maindal & Overgaard, 2022). I specialet er aktiviteterne brugt som refleksioner over udviklingsprocessen som led i at opnå en gennemarbejdet udvikling.

Principper	Opgaver
Dynamisk	Planlæg udviklingsprocessen
	Inddrag kerneinteressenter
Iterativ	Sammensæt et udviklingsteam
	Gennemgå eksisterende evidens
Kreativ	Træk på eksisterende teori
	Udarbejd en programteori

Åbenhed for forandring	Foretag primær dataindsamling
	Forstå konteksten
Træk frem mod evaluering	Overvej fremtidig implementering
	Design og forfin tidligere versioner af interventionen

Tabel 1: Principper og aktiviteter i udviklingsprocessen med inspiration fra Maindal og Overgaard (2022)

Første aktivitet i tabel 1 er at planlægge udviklingsprocessen. Med denne aktivitet foretages en systematisk problemanalyse og afdækning af de behov, der med udviklingen vil adresseres (Maindal & Overgaard, 2022). Det er gennem problemanalysen fundet, at der er behov for øget vidensgrundlag og støtte fra sundhedsprofessionelle til kvinderne med tidligere GDM i håndteringen af risikoen for type 2-diabetes. Mødet med sundhedsprofessionelle anses at kunne forandres med det formål at forebygge udvikling af type 2-diabetes hos kvinderne. Problemanalysen er udarbejdet ved at gennemgå og benytte relevant eksisterende evidens samt teori til at forstå problemet og dets kontekst. At gennemgå og trække på eksisterende evidens og teori er anbefalede aktiviteter i udviklingsprocessen (Maindal & Overgaard, 2022). Som bidrag til at vælge den vigtigste setting for interventionen, er det relevant at inddrage kerneinteressenter tidligt i udviklingsprocessen (Maindal & Overgaard, 2022). Med en primær dataindsamling inddrages kerneinteressenter, i dette tilfælde kvinder med tidligere GDM, for at få indsigt i kvindernes perspektiver på forløbet, som kan anvendes i et forandringsforslag. At foretage primær dataindsamling og forstå konteksten er ligeledes aktiviteter i udviklingsprocessen og kræver åbenhed for forandring (Maindal & Overgaard, 2022). Dataindsamlingen skal bidrage til at undersøge kontekstuelle faktorer, hvori interventionen implementeres (Maindal & Overgaard, 2022). Individuelle interviews med kvinderne skal bidrage til nye perspektiver på problemet, der ikke er blevet fremanalyseret i problemanalysen. De individuelle interviews vil blive suppleret med en sekundær dataindsamling i form af en systematisk litteratursøgning, som udspringer af de fund, der er fremkommet i de individuelle interviews.

I udviklingsarbejdet er endnu en aktivitet at udarbejde en programteori (Maindal & Overgaard, 2022). Der vil blive udarbejdet en initieret programteori over det nuværende tilbud med afsæt i fund i problemanalysen. I afsnit 8.0 vil programteorien blive fremvist og uddybet.

Dataindsamlingen og den efterfølgende databearbejdning vil i specialet bidrage med øget forståelse af konteksten og resultere i en revideret programteori, som en del af aktiviteten om at forfine tidligere versioner af interventionen. Slutteligt anvender specialet aktiviteten om at overveje fremtidig implementering, som beskrives i forandringsforslaget, afsnit 14.0.

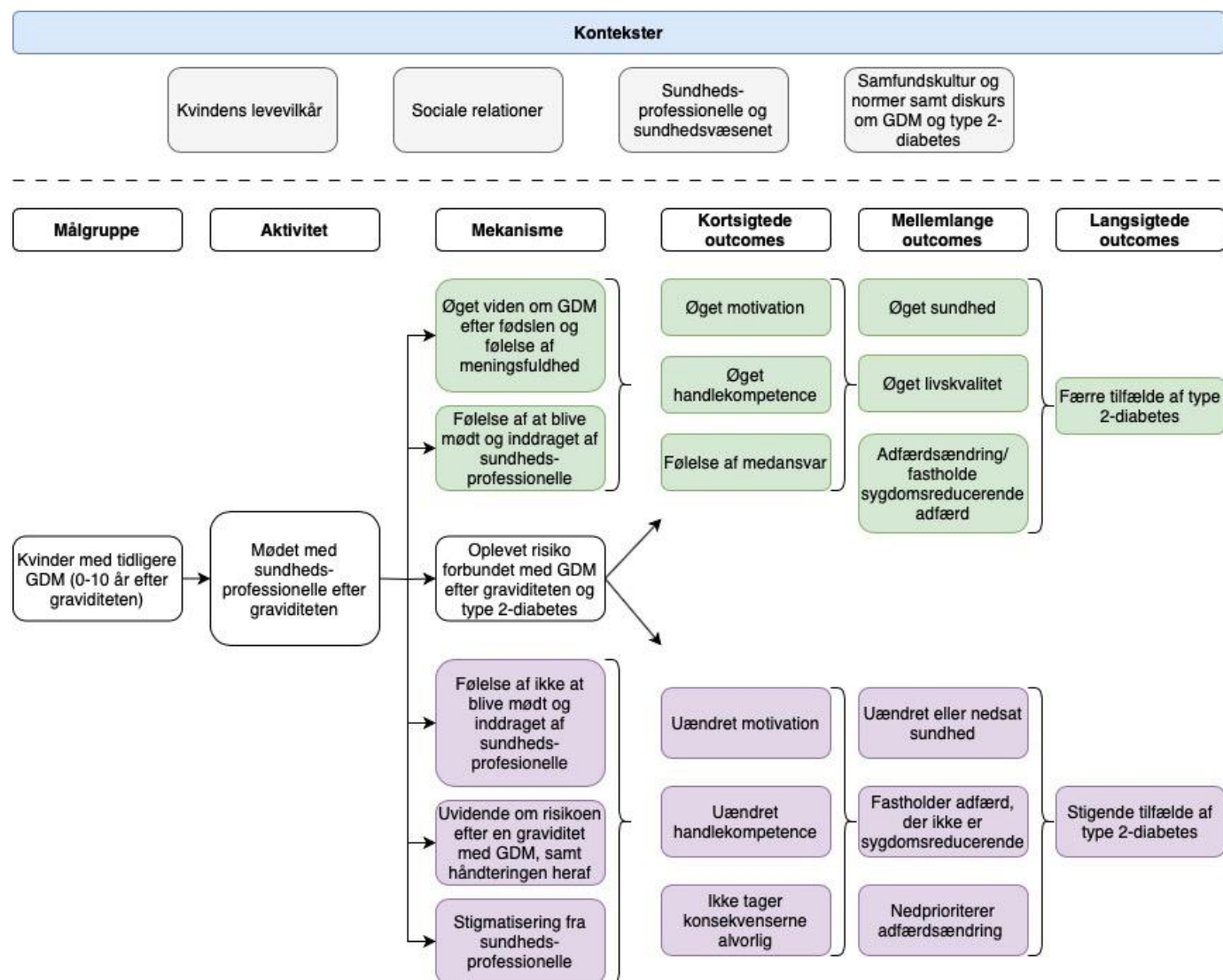
8.0 Initierende programteori

Som led i udviklingsarbejdet vil det følgende afsnit fokusere på det kreative princip fra tabel 1, hvor der vil blive udarbejdet en initierende programteori. I tråd med MRC-frameworket er det væsentligt at udarbejde en programteori i starten af en udviklingsfase (Skivington et al., 2021). En programteori har til formål at eksplicitere, hvordan en intervention forventes at virke (Maindal & Overgaard, 2022) samt at kortlægge centrale usikkerheder og negative utilsigtede konsekvenser (Skivington et al., 2021). Ved at være bevidste om eventuelle negative utilsigtede konsekvenser tages der ligeledes et etisk ansvar, som sikrer, at interventionens positive aspekter vejer tungere end de negative (Maindal & Overgaard, 2022). Programteorien skal ses som en kæde af mere eller mindre detaljerede processer og antagelser fra input til outcome (Krogstrup, 2016). Programteorien vil tage udgangspunkt i, hvordan kvindernes sundhedsadfærd påvirkes af mødet med sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet, og hvordan dette får betydning for kvindernes sundhedsadfærd, og hvorvidt den bidrager til reduktion af type 2-diabetes. Programteorien er således anvendelig for at visualisere de kæder af reaktioner, der sker hos kvinderne i mødet med sundhedsprofessionelle, og hvilke mekanismer der opstår i denne kontekst, samt tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af både positiv og negativ karakter. En programteori består af en forandrings- og handlingsteori. Forandringsteorien kan ses som centrale processer og mekanismer, der får interventionen til at opnå den tilsigtede forandring (Maindal & Overgaard, 2022). Handlingsteorien er aktiviteter, som igangsættes for at opnå denne forandring (Maindal & Overgaard, 2022). I den initierende programteori ses teorien om handling som aktiviteten, der skal tilpasses programteoriens målgruppe, mens teori om forandring er de illustrerede kontekster, mekanismer og outcomes samt deres sammenhæng. En mekanisme er dét, interventionen aktiverer og kan således ses som en trigger, der er årsag til en bestemt effekt og forandring (Krogstrup, 2016). Kontekster er de omstændigheder, en intervention introduceres i, og vil forekomme, uanfægtet om interventionen eksisterer eller ej. De kontekstuelle faktorer har betydning for, hvorvidt og hvordan mekanismerne aktiveres (Krogstrup, 2016). I specialet skal programteorien virke som

redskab til at præcisere, hvilke elementer der skal undersøges nærmere i det nuværende tilbud til kvinder med tidligere GDM efter graviditeten.

8.1 Programteori over nuværende tilbud

Antagelser om programteoriens sammenhæng mellem de enkelte elementer bygger på fund fra problemanalysen, som er fremanalyseret af teori og eksisterende evidens på området. Den initierende programteori er illustreret i figur 4. Pilene mellem de forskellige elementer illustrerer antagne konfigurationer; hvordan et element påvirker et andet element. Mekanismerne i programteorien er de mekanismer, som det nuværende tilbud og mødet med sundhedsprofessionelle aktiverer hos kvinden, og hvilke outcomes disse antages at have. Den grønne farve illustrerer antagne mekanismer, som medfører aktivitetens tilsigtede konsekvenser, mens den lilla farve illustrerer antagne mekanismer, som medfører negative utilsigtede konsekvenser.



Figur 4: Initierende programteori over det nuværende tilbud til kvinder med tidligere GDM

Kvinder med tidligere GDM, der har født inden for de seneste 10 år, er målgruppen i programteorien. Dette er valgt, da det i specialet også er den risikoperiode, der refereres til. Det nuværende tilbud består af en anbefaling om at møde sundhedsprofessionelle efter graviditeten i forbindelse med en opfølgning, hvorfor dette er angivet som aktiviteten i programteorien.

Kvindens levevilkår, sociale relationer, sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet samt samfundskultur og normer samt diskurs om GDM og type 2-diabetes ses som overordnede kontekster i den initierende programteori. Disse kontekster er gennem problemanalysen fundet at influere på sundhedsadfærden hos kvinder med tidligere GDM og får dermed betydning for, hvorvidt kvinderne følger lægens anbefalinger. Det blev i problemanalysen fundet, at health literacy hos kvinden har indflydelse på, hvorvidt kvinden kan omsætte viden til handling. Dog skal det medtænkes, at health literacy er kontekstafhængig, og det kan dermed være vanskeligt at ændre vaner til trods for en større mængde ressourcer og høj health literacy. Kvindens nye livssituation som mor og den deraf manglende tid, overskud og kvindens fokus på barnet er ligeledes betydende for kvindens sundhedsadfærd. Kvindens oplevede støtte fra sociale relationer og deres viden om GDM og type 2-diabetes blev fundet at influere på kvindens sundhedsadfærd. Det utilstrækkelige tværsektorielle samarbejde og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet blev endvidere fundet at påvirke kvinderne. Ligeledes indikerer problemanalysen, at sundhedsprofessionelle mangler viden om og forståelse af GDM, hvilket risikerer at resultere i *underspillet* risikokommunikation fra sundhedsprofessionelle, der påvirker kvindens sundhedsadfærd. Slutteligt påvirker sociale normer, en kultur om moderidealet og diskursen om GDM og type 2-diabetes også kvindens sundhedsadfærd. Disse kontekster antages således alle at have betydning for, hvilke mekanismer der aktiveres i mødet med sundhedsprofessionelle og er derfor illustreret som en overordnet ramme, der har indflydelse på alle mekanismerne.

I den initierende programteori er *Øget viden om GDM efter fødslen og følelse af meningsfuldhed og håndterbarhed* samt *Følelsen af at blive mødt og inddraget af sundhedsprofessionelle* mekanismer, der antages at have tilsigtede konsekvenser hos kvinden på baggrund af fund fra problemanalysen. Det blev fundet, at sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet har indflydelse på, hvorvidt kvinden får viden om GDM efter graviditeten og en følelse af meningsfuldhed. Dette kan medvirke, at kvinderne oplever øget motivation og følelse af medansvar, hvilket er fundet at have positiv indvirkning på kvindens adfærdsændring, og dermed kan antages at medvirke til færre tilfælde af type 2-diabetes.

Oplevet risiko forbundet med GDM efter graviditeten og type 2-diabetes blev fundet at være en mekanisme, der både kunne medføre en ændret eller uændret adfærd hos kvinder med tidligere GDM, alt efter hvilke subjektive aspekter der tillægges risikoopfattelsen. Disse subjektive aspekter er blandt andet påvirket af kvindernes levevilkår, sociale relationer og samfundskultur og normer. Viden fra mødet med sundhedsprofessionelle kan derfor antages at medvirke til differentieret håndtering af risikoen. Dette er i programteorien illustreret med pile, der både fører til tilsigtede konsekvenser samt negative utilsigtede konsekvenser. Det blev fundet, at hvis ikke kvinderne opfatter GDM eller type 2-diabetes som en risiko, vil kvinderne heller ikke være motiverede for en adfærdsændring.

Følelse af ikke at blive mødt og inddraget af sundhedsprofessionelle, Uvidende om risikoen efter en graviditet med GDM, samt håndteringen heraf samt Stigmatisering og en følelse af ikke at blive mødt af sundhedsprofessionelle blev fremanalyseret som mekanismer, der har negative utilsigtede konsekvenser. Det blev fundet, at hvis kvinderne mødes af sundhedsprofessionelle, der *underspiller* risikoen forbundet med GDM, efterlades kvinden uvidende om risikoen efter en graviditet med GDM, samt håndteringen heraf, og tager således heller ikke konsekvenserne alvorligt, hvilket medfører uændret adfærd. Ligeledes kan sundhedsprofessionelles manglende viden og forståelse om GDM resultere i, at kvinderne føler sig stigmatiseret, hvilket medfører, at kvinderne undgår sundhedsrelaterede aftaler og nedprioriterer deres egen sundhed. Disse outcomes ses i programteorien som uændret handlekompetence og nedprioritering af adfærdsændringer.

Programteorien og dens konfigurationer illustrerer, at der i mødet med sundhedsprofessionelle er et potentiale i at øge medansvar, handlekompetence og oplevet risiko hos kvinderne for derigennem at øge motivationen til sygdomsreducerende adfærd og forebyggelse af type 2-diabetes. Dog viser programteorien, at der samtidig ses flere negative utilsigtede konsekvenser ved mødet med sundhedsprofessionelle i den nuværende tilgang. Det er således væsentligt at undersøge, hvordan det nuværende tilbud kan forandres, så kvinderne føler sig mødt og inddraget, at de ikke efterlades uvidende om risikoen, og samtidig ikke oplever stigmatisering.

9.0 Kvalitativ metode

Følgende afsnit indeholder en beskrivelse af og argumentation for de metodiske valg i den kvalitative undersøgelse, herunder dataindsamlingsmetode, interviewguide, rekruttering af

informanter, pilotinterview, udførelse af interview samt transskription og slutteligt den valgte analysestrategi. Kvalitative undersøgelser er blandt andet interesseret i at forstå, hvordan mennesker fortolker deres oplevelser, samt hvilke meninger de tillægger disse oplevelser (Merriam & Tisdell, 2016). Den kvalitative undersøgelse er derfor velegnet til at undersøge kvinder med tidligere GDM's oplevelser af mødet med sundhedsprofessionelle, og hvilken betydning det har haft for kvinderne.

9.1 Individuelle interviews som dataindsamlingsmetode

Specialets primær dataindsamling består af individuelle interviews med kvinder med tidligere GDM. Der blev i alt foretaget seks individuelle interviews samt et pilotinterview. Formålet med at udføre individuelle interviews er at indhente og forstå informantens livsverdensopfattelse med henblik på at tolke en mening ud fra de beskrevne fænomener (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewet havde til hensigt at undersøge kvindernes oplevelser og erfaringer med forløbet i sundhedsvæsenet efter graviditeten, og hvilken betydning mødet med sundhedsprofessionelle har haft for kvinderne. Ligeledes var ønsket at identificere forandringsforslag på baggrund af kvindernes oplevelser og møde med sundhedsvæsenet. Interviewene benyttede en semistruktureret tilgang, hvor spørgsmål og temaer konstrueres af forskerne, men hvor informanten får mulighed for at præge interviewet og dermed åbne op for uventet indhold og formuleringer, hvilket gør denne interviewform fleksibel (Merriam & Tisdell, 2016). Samtidig muliggør dette, at interviewerens kan respondere på det sagte og udforske nye områder af fænomenet (Merriam & Tisdell, 2016).

9.2 Udarbejdelse af interviewguide

Det semistrukturerede interview fordrer en vis struktur, hvorfor interviewet blev understøttet af en interviewguide (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewguiden blev opbygget med en briefing, tre overordnede temaer med tilhørende undertemaer og en debriefing. Temaerne i interviewguiden blev inspireret af Bjarne Bruun Jensens (2011) kernebegreber *viden*, *deltagelse* og *handling*, som anvendes til at undersøge, hvordan kvinderne oplevede mødet og dialogen med sundhedsprofessionelle baseret på elementer fra disse kernebegreber. De tre kernebegreber er underbegreber for *handlekompetence* (Jensen, 2011). Ved at undersøge *viden*, *deltagelse* og *handling* som komponenter til handlekompetence i interviewet, gav kvinderne perspektiver til, hvordan elementer fra disse begreber former kvindernes handlekompetence. *Viden* undersøgte kvindernes oplevelser af den viden, de har fået om GDM. Spørgsmålene

skulle bidrage til at få indsigt i, hvor de havde fået viden fra, hvornår de havde fået denne viden, samt hvad denne viden om GDM havde betydet for kvinderne. *Deltagelse* havde til formål at få kvindernes perspektiver på, hvordan de blev mødt i sundhedsvæsenet under og efter deres sygdomsforløb, og i hvor høj grad de blev inddraget i kommunikationen med sundhedsprofessionelle. *Handling* gav indsigt i, hvordan viden om GDM gav anledning til at håndtere og handle anderledes i hverdagen, samt hvorvidt kvinderne oplevede, at sundhedsprofessionelle understøttede kvindernes handlemuligheder. Da interviewguiden tog inspiration fra Jensens (2011) kernebegreber for at holde en målrettet skarphed i de opstillede spørgsmål, blev der således anvendt en deduktiv tilgang grundet inddragelse af en teori. Kernebegreberne blev ikke styrende i udarbejdelsen af interviewguiden, hvorfor der ligeledes indgik spørgsmål af eksplorativ karakter, og dermed var tilgangen til udarbejdelsen også induktiv, idet nogle af spørgsmålene ikke udsprang af en teoretisk fundering. Den induktive tilgang gav mulighed for, at kvinderne kunne komme med nye perspektiver uafhængigt af teorien af Jensen (2011), da hensigten var at indbringe kvindernes perspektiver uanfægtet teoriens begreber. Således var der en kombination mellem en deduktiv og induktiv tilgang i udarbejdelsen af interviewguiden.

I tråd med rammerne i det semistrukturerede interview var de i forvejen planlagte spørgsmål åbne og fleksible for at give plads til at kunne justere efter informanternes svar. Spørgsmålene blev formuleret i et hverdagssprog, så de var forståelige for informanterne. Interviewguiden blev indledt med baggrundsspørgsmål for at få kendskab til informanterne (Merriam & Tisdell, 2016), hvor et eksempel på et stille spørgsmål var: *“Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv, herunder navn, alder, uddannelsesniveau”*. Der blev endvidere gjort brug af oplevelses- og adfærdsspørgsmål (Merriam & Tisdell, 2016), som bidrog til at få indsigt i de oplevelser, som kvinderne havde oplevet i mødet med sundhedsprofessionelle. Et eksempel på et oplevelses- og adfærdsspørgsmål var: *“Hvordan oplevede du at blive inddraget i dialogen om din tidligere graviditetssukkersyge?”*. Der blev ligeledes gjort brug af holdnings- og værdispørgsmål med det sigte at opnå en dybere indsigt i og forståelse af de tanker og holdninger, der har været i forbindelse med mødet, og hvad kvinderne mente om denne situation. Af holdnings- og værdispørgsmål blev dette eksempelvis stillet: *“Hvad vil sundhedsprofessionelle skulle gøre for dig, så du føler dig støttet i forløbet efter graviditeten?”*. Der blev ydermere anvendt uddybende spørgsmål i de tilfælde, hvor informanterne ikke svarede uddybende eller havde behov for en anden formulering af spørgsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015). Ud fra hvert undertema blev der forud for interviewenes gennemførelse

nedskrevet forklaringer til, hvad interviewspørgsmålet skulle bidrage med i undersøgelsen. Den udarbejdede interviewguide fremgår af bilag 1.

9.3 Rekruttering af informanter

Rekrutteringsstrategien i specialet var *purpose sampling*, hvor informanterne vælges ud fra, hvem der er relevant at inkludere på baggrund af relevant viden om fænomenet (Merriam & Tisdell, 2016). Rekrutteringsstrategien blev derfor at invitere kvinder med tidligere GDM, da formålet med interviewet var at opnå viden om kvindernes oplevelser og erfaringer efter forløbet med GDM samt i mødet med sundhedsprofessionelle. Rekruttering foregik via Facebookopslag på specialeforfatterens private Facebook. En type af *purpose sampling* er *maksimal variation*, som tilstræber at rekruttere en divers informantgruppe eksempelvis ud fra socioøkonomisk faktor, alder og geografi (Merriam & Tisdell, 2016). På baggrund af de kvinder, som henvendte sig, blev disse udvalgt for at tilstræbe *maksimal variation*. I den forbindelse drøftede specialgruppen, hvorvidt der skulle være et krav til fødselstidspunktet. Det kan formodes, at der kunne opstå genkaldelsesproblemer hos informanterne, såfremt kvindernes fødselstidspunkt lå langt tilbage. Specialet refererer dog til den 10-årige risiko, hvor halvdelen af kvinderne angiveligt udvikler type 2-diabetes. Det kan antages, at kvinderne har differentierede behov for støtte alt efter fødselstidspunkt, og derfor vil give forskellige perspektiver på problemfeltet. Sigtet er, at forandringsforslaget skal støtte alle kvinder i den refererede risiko, hvorfor det er valgt at rekruttere informanter med forskellige fødselstidspunkter til trods for en risiko for genkaldelsesproblemer.

En præsentation af informanterne med anvendte pseudonymer fremgår af tabel 2.

Informant	Alder	Uddannelsesniveau	Antal af børn	Fødselstidspunkt med GDM
A	35	Erhvervsuddannelse	1	2022
B	45	Erhvervsuddannelse	4	2020
C	36	Erhvervsuddannelse	2	2017 og 2022
D	41	Mellemlang videregående uddannelse	2	2015 og 2018
E	37	Lang videregående uddannelse	2	2019
F	36	Mellemlang videregående uddannelse	1	2021
G	35	Mellemlang videregående uddannelse	2	2018

Tabel 2: Præsentation af udvalgte informanter

9.4 Pilotinterview

Forud for interviewenes gennemførelse blev der foretaget et pilotinterview for at højne validiteten ved at sikre, at interviewspørgsmålene havde den intendede betydning. Pilotinterviewet blev gennemført for at afprøve interviewguiden med henblik på forståelse af spørgsmålene samt kommentering på, hvorvidt spørgsmålene virkede direkte eller stødende (Merriam & Tisdell, 2016). Pilotinterviews er afgørende for at opnå gode data (Merriam & Tisdell, 2016). I henhold til at opnå denne viden var det relevant at udvælge en kvinde med tidligere GDM, som kunne relatere sig til problemfeltet, da dette bidragede med kvalificeret feedback. Piloten havde som fokus at forstå interviewspørgsmålene samt besvare disse efter hensigten og ligeledes kommentere på eventuelle formuleringer, der kunne rettes. Pilotinterviewet gav endvidere specialegruppen mulighed for at blive trygge ved interviewguiden. Udførelsen af pilotinterviewet medvirkede, at der blev fjernet to spørgsmål, som havde gentagne elementer. For forståelighedens skyld blev et enkelt spørgsmål omformuleret. Pilotinterviewet blev inkluderet i det indsamlede datamateriale, da ændringerne i interviewguiden efter pilotinterviewet ikke var betydelige.

9.5 Udførelse af interview

Der blev gennemført syv interviews, som blev afholdt over Microsoft Teams eller som et telefoninterview efter informantens præferencer. Til hvert interview deltog to fra specialegruppen med rollefordeling som interviewer og medinterviewer. Specialegruppens medlemmer er alle forholdsvis uerfarne interviewere, hvorfor alle ønskede at foretage interviews med henblik på at forbedre interviewteknikker. Af den grund valgte gruppen også at rokere som henholdsvis interviewer og medinterviewer. Intervieweren havde det primære ansvar for interviewets gennemførelse, herunder at stille spørgsmål og sikre, at alle temaer i interviewguiden blev afdækket. Medintervieweren havde ansvar for at supplere med spørgsmål, hvis der manglede uddybelse samt agere støtte for intervieweren. Medintervieweren havde ligeledes til opgave at starte lydoptager og notere udtalelser undervejs som bidrag til at skabe overblik for intervieweren.

De syv interviews tog udgangspunkt i den udarbejdede interviewguide, som var opsat med en briefing, interviewspørgsmål med dertilhørende opfølgende spørgsmål samt en debriefing. Tidsrammen var afsat til 60 minutter til hvert interview. Formålet med briefingens var at informere om interviewets formål, interviewets rammer og temaer samt oplyse om anonymisering, behandling samt opbevaring af data. Interviewene blev lydoptaget for at sikre, at alle detaljer og oplysninger kom med til analysen (Merriam & Tisdell, 2016). Alle interviewene blev afsluttet med en debriefing, hvor informanterne fik mulighed for at uddybe deres udtalelser eller andre vigtige områder af emnet, som endnu ikke var belyst. Desuden havde informanten mulighed for at stille spørgsmål til selve interviewet eller undersøgelsen som helhed og blev endvidere spurgt til deres oplevelse med interviewet. Debriefingen blev afholdt for at skabe en god afslutning på interviewet.

9.6 Transskription af interview

Interviewene blev lydoptaget via funktionen "lydoptagelse" på Microsoft Teams og via appen Memoer ved telefoninterviews og gemt på et sikret drev umiddelbart efter udførelsen. Ved at lydoptage kunne intervieweren koncentrere sig om interviewet og dynamikken (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewene blev efter gennemførelse transskriberet fra mundtlig til skriftlig form for at egne sig til analyse (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Forud for transskriptionen blev der opsat retningslinjer således, at alle transskriptioner blev foretaget efter samme procedure. Dermed var det muligt at foretage sproglige sammenligninger af

interviewene og medvirkede til at øge den metodiske transparens (Kvale & Brinkmann, 2015). Der findes ikke en standardprocedure for transskriptioner (Kvale & Brinkmann, 2015), hvorfor der i fællesskab blev foretaget beslutninger om retningslinjerne (se bilag 2). Retningslinjerne for transskriptionsguiden var blandt andet, at følelsesudtryk blev udeladt, samt at tænkepauser blev noteret med "...". Det er en fordel, at den, der har interviewet, er den samme, som foretager transskriptionen, da det som oftest er vanskeligt at høre den præcise ordlyd for en tredjepart på lydoptagelsen (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Transskriptionen blev derfor foretaget af den givne interviewer. Transskriptionen blev foretaget umiddelbart efter udførelsen af interviewet, så hukommelse og erindring var frisk (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

9.7 Analysestrategi

Den kvalitative undersøgelse anvendte en analysestrategi, der baserede sig på Hanne Dahlager & Lisa Fredslunds (2016) udlægning af den hermeneutiske analyse. Denne analysestrategi består af fire trin: 1) Helhedsindtryk 2) Meningsbærende enheder identificeres 3) Operationalisering af kategorier 4) Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning. Første trin i den hermeneutiske analyse indebærer at opnå et helhedsindtryk af tekstmaterialet (Dahlager & Fredslund, 2016). I specialet indebar det at lytte til interviewet samt læse transskriptionen for at skabe overblik over interviewenes indhold. Dette trin er inspireret af den fænomenologiske tilgang, hvor der arbejdes empirinært (Dahlager & Fredslund, 2016). Andet trin indebærer at have fokus på, hvad der står beskrevet i tekstmaterialet, herunder at tildele de meningsbærende enheder en meningskategorisering eller tema (Dahlager & Fredslund, 2016). Andet trin blev udført ved at give de meningsbærende enheder temaer. Meningskategoriseringen bidrog til reduktion af interviewmaterialet, således at der udelukkende indgik det meningsbærende indhold. Dette indhold blev inddelt i temaer, og arbejdet blev foretaget i Excel i et delt dokument, for at flere medlemmer af gruppen kunne tage del i analysearbejdet. Dele af arbejdet i Excel er angivet med eksempler i bilag 4. Tredje trin forsøger at strukturere og operationalisere kategorier i en systematisk gennemgang, eftersom andet trin som oftest resulterer i mange kategorier, der overlapper hinanden (Dahlager & Fredslund, 2016). Tredje trin blev udført ved at dykke nærmere ned i, hvad de identificerede temaer indeholdt og dækkede over. Endvidere blev det overvejet, hvorvidt de identificerede temaer kunne sammenlægges, og om der var overensstemmelse mellem det tildelte tema og de meningsbærende enheder. Arbejdet blev foretaget i Word for at få friske øjne på materialet og dermed overskueliggøre det i et nyt format. Dele af arbejdet i Word er angivet med eksempler

i bilag 5. Fjerde og sidste trin består af at rekontekstualisere tekstmaterialet for at forstå, hvordan det kan bidrage til at besvare ens problemformulering (Dahlager & Fredslund, 2016). Fjerde trin blev udført ved at knytte temaer sammen på en ny måde, hvor fokus på relationerne mellem temaerne var omdrejningspunktet. Dette resulterede i syv temaer. Materialet blev omsat fra tekst til kontekst, og de enkelte dele fra interviewene blev til den samlede analyse.

9.8 Ethiske overvejelser

Kvalitativ forskning er en værdiladet aktivitet, da det handler om menneskers personlige liv, som ytres i offentligheden (Brinkmann, 2020). Der indgår således private, subjektive og intime aspekter af menneskers liv i forskningsfeltet. Kvalitativ forskning kan dermed give nogle etiske dilemmaer. For at udvise god videnskabelig skik anvendes Brinkmanns fire etiske tommelfingerregler: *informeret samtykke*, *fortrolighed*, *konsekvenser* og *forskerrollen*. Informeret samtykke indebærer, at deltagerne har fået information om interviewets emne og formål (Brinkmann, 2020). Forud for interviewene blev der indhentet informeret skriftligt samtykke fra informanterne via udarbejdede samtykkeerklæringer (se bilag 3). Samtykkeerklæringen sikrede, at informanterne kendte til deres rettigheder som deltager, herunder blandt andet formålet med deres deltagelse, og at samtykket kunne tilbagetrækkes. Samtykkeerklæringen indeholdt desuden information om opbevaring af data i henhold til GDPR-lovgivningen. Samtidig blev det i interviewets briefing italesat, hvordan data blev behandlet og opbevaret, herunder at intet i specialet kunne personhenføres, hvilket var medvirkende til at sikre informanternes anonymitet og dermed fortrolighed (Brinkmann, 2020). Ydermere blev informanterne informeret om, at de i specialet ville blive anonymiseret med pseudonymer, hvilket stemmer overens med Datatilsynet (2019).

Endvidere skal konsekvenser overvejes i relation til en makro- og mikroetisk dimension. Ud fra en makroetisk dimension vurderes det, at specialet kan stå inde for konsekvenserne af de formidlede resultater, såfremt specialets resultater skal anvendes af andre interessenter. Forskeren er det primære forskningsredskab (Brinkmann, 2020), hvorfor forskerrollen slutteligt blev vurderet opnået i henhold til den gode videnskabelige etik. I specialet indebar det blandt andet, hvordan interviewerens opførelse sig overfor informanterne i forhold til at tilsidesætte egne holdninger og fordomme i de stillede spørgsmål samt at udvise anerkendelse og empati undervejs. Intervieweren var desuden aktivt lyttende.

Blandt andet skal det overvejes ud fra en mikroetisk dimension, hvorvidt det at deltage i interviewet har uhensigtsmæssige konsekvenser for informanterne (Brinkmann, 2020). Det vurderes, at deltagelsen bidrager med nyttig viden og forandringspotentialer til gavn for kvinderne med tidligere GDM. Flere af kvinderne gav udtryk for at have fået nye refleksioner over deres sygdomsrisiko, og hvordan de i fremtiden ønskede at være opmærksomme på denne. Det blev tilstræbt, at minimale uhensigtsmæssige konsekvenser opstod hos informanterne. Alligevel har specialegruppen reflekteret over et etisk dilemma, da gruppen som led i undersøgelsen har tilegnet sig kritisk viden om informanternes sygdomsrisiko, som skabte både pligt- og konsekvensetiske dilemmaer. I henhold til pligtetikken bør der handles i overensstemmelse med love og regler (Nationalt Center for Etik, 2016), hvorfor der foreligger en forpligtelse til at formidle denne risiko for kvinderne. Modsatrettet i henhold til konsekvensetikken skal konsekvenserne af handlingen overvejes (Nationalt Center for Etik, 2016), hvorfor der bør indgå overvejelser om, at det i nogle situationer vil være mere gavnligt ikke at formidle risikoen til kvinderne. Specialegruppen havde forud for gennemførelsen af interviewene afvejet fordele og ulemper ved at gøre informanterne opmærksomme på risikoen for at udvikle type 2-diabetes, som informanterne ikke nødvendigvis var bekendte med på forhånd. Ved at give informanterne denne viden, kunne det potentielt føre til unødigt belastende bekymring. Omvendt opvejes det, at informanterne med viden får mulighed for at arbejde mod en mere sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Hvorvidt informanterne skulle gøres opmærksomme på risikoen, blev vurderet i hvert enkelt interview på baggrund af, om den enkelte kvinde udtrykte, at manglende viden gav anledning til yderligere bekymringer. Dermed blev det vurderet, at det ville være til gavn for den enkelte kvinde at være i besiddelse af denne viden for at kunne foretage målrettede, bevidste handlinger i relation til egen sundhed. Ligeledes blev det for hver af kvinderne afvejet, hvilken vejledning eller afklaring som de havde brug for, ud fra den givne information, for samtidig ikke at lade dem afslutte med bekymringer.

10.0 Analyse af kvalitative individuelle interviews

I følgende afsnit foreligger en analyse af den kvalitative undersøgelse. Analysen er samlet til syv temaer, som understøttes af informanternes citater. De samlede fund fra den kvalitative analyse anvendes sammen med den systematiske litteratursøgning i en videre fortolkning og diskussion i afsnit 13.2.

10.1 Informanterne mangler viden om betydningen af GDM efter graviditeten

Informanterne oplever at have fået viden fra sundhedsprofessionelle om betydningen af GDM under graviditeten, men at viden om betydningen af GDM efter graviditeten har været sparsom, hvortil informant E udtaler:

“Sådan som jeg husker det, var det kun selve graviditeten, der blev problematiseret meget. Det var meget risikoen før fødslen. Der er meget fokus på graviditeten, meget mindre fokus på det bagefter.” (Informant E)

Citatet illustrerer, at der er stort fokus på kvinderne med GDM under graviditeten, men at der ikke er fokus på forløbet eller risikoen efter en graviditet med GDM. Endvidere udtaler en anden informant, at der ikke har været fokus på opfølgning efter graviditeten med GDM, og at hun selv har taget kontakt til egen læge for at få en tilbagemelding på sin glukosebelastningstest:

”(...) Jeg har ikke fået noget oplyst. Det var også mig selv, der skulle kontakte lægen for at få oplyst noget om blodsukker (...) Der er ingen overhovedet, som har spurgt ind til noget eller fulgt op på det efterfølgende.” (Informant G)

Informanten udtrykker, at hun ikke har fået informationer eller vejledninger om GDM og betydningen af at have haft GDM efter graviditeten, og at hun selv har taget initiativ til at søge læge. Heraf tyder det på, at fokus på risikoen efter graviditeten er ufuldstændig. Desuden udtrykker flere informanter som informant A: *“Jeg har kun fået at vide, at jeg er i øget risiko for at få det [type 2-diabetes] senere hen i livet. Det er sådan set det.”* Den viden, kvinderne har fået om efterforløbet, viser sig således ikke at give en dybdegående indsigt om den efterfølgende øgede risiko for udvikling af type 2-diabetes på grund af deres tidligere GDM. Informanterne er således overladt med egen fortolkning af risikoen. Ikke alle informanter har været til kontrol af glukoseniveauet efter graviditeten, og de, som ikke har været til opfølgning, er ikke blevet gjort opmærksomme på denne mulighed:

“Jamen, altså nu i min første graviditet efterfølgende, der fik jeg overhovedet ikke noget information. Jeg fik ikke at vide, at jeg skulle have været til glukosebelastning

efterfølgende eller nogen som helst. (...) Men jeg synes i det hele taget ikke, at der er ret meget fokus på det her efterfølgende.” (Informant C)

Af citatet tyder det på, at informationerne både har været sparsomme i forhold til generel information om en øget risiko som følge af GDM, at en oplysning om en glukosebelastningstest efter graviditeten ikke er givet, samt at informanten ikke oplever, at betydningen efter GDM er i fokus blandt sundhedsprofessionelle. Dette har resulteret i, at størstedelen af kvinderne selv har haft behov for at opsøge eller google sig til mere viden. Hvilket indikerer, at kvinderne er bevidste om, at de ikke har den nødvendige viden og dermed ikke ved, hvordan de skal forholde sig efter graviditeten:

“Jeg prøvede også selv at google mig lidt frem og finde statistikker. Hvad er det for en risiko, der er efter fødslen.” (Informant E)

Dette er et eksempel, der viser, hvordan kvinderne gennem den information, de har fået, har en fornemmelse af, at der kan være et problem, da de er i en øget risiko. Dette fordi de ikke har fået tilstrækkelig viden til at kunne opsøge relevant efterkontrol, observere sig selv for symptomer og derfor indrette deres levevis, så den forebygger. På trods af, at kvinderne benytter Google til at få øget viden om deres risiko og symptomer, er det stadig vigtigt for dem at få formidlet viden af sundhedsprofessionelle:

“Jeg ved godt, man kan google sig til mange ting, men jeg kan godt lide at sidde med en, som fortæller mig lidt mere.” (Informant C)

Citatet viser, at der til trods for store mængder tilgængelig viden på internettet stadig er behov for, at viden formidles af sundhedsprofessionelle. Ligeledes henviser informanterne til en opmærksomhed på, at viden fra Google er af forskellig kvalitet, og samtidig ikke er entydige i forhold til, hvordan kvinderne skal reagere og på hvilke symptomer. Informant B udtaler om at søge viden på Google:

”Så kan man selvfølgelig Google i dag. Og det kan man jo gøre, indtil man ser ekstra symptomer. Så fejler man lige pludselig alt muligt.” (Informant B)

Ligeledes udtaler informant F, at Google for hende ikke er løsningen på ubesvarede spørgsmål i forbindelse med betydningen af GDM: *”Ja, ja! For altså 3 klik, så har man jo kræft. Det skal man lade være med.”* (Informant F). Google kan bidrage med viden til informanterne, men citaterne af informant B og F understreger, at Google oftest vil resultere i en viden, som kan være vildledende. Det tyder dermed på, at informanterne har behov for reel ekspertviden, som de har tillid til. Dette understøtter vigtigheden af viden fra sundhedsprofessionelle frem for viden på Google, da dette endvidere kan medføre, at kvinderne er uvidende om, hvorvidt og hvorledes de skal handle ud fra. Google kan i dette tilfælde således ikke antages at være en ressource, men kan ses som et problem, da der findes store mængder tilgængelig viden, som ikke nødvendigvis er kvalitetsvurderet. Dette stiller også krav til kvinderne, da det kræver, at de kan sortere og være kritiske i den fremsøgte viden.

Når kvinderne ikke får viden om betydningen efter graviditeten af sundhedsprofessionelle, bliver efterforløbet udfordrende at navigere i, hvilket medfører bekymring, utryghed og usikkerhed hos kvinderne. Blandt andet udtaler informant E:

”Men jeg har som sådan ikke rigtig fået noget information, faktisk heller ikke, da jeg lige havde født. Det hele var sådan lidt usikkert på en måde.” (Informant E)

Flere informanter påpeger i den forbindelse, at de kunne have ønsket viden, som er omsættelig til hverdagslivet, herunder en vejledning i, hvordan de skal håndtere forløbet efter graviditeten:

”Men jeg kunne nok godt have brugt noget information, inden jeg fødte om, hvordan jeg lige skulle forholde mig til, hvis jeg stadigvæk havde det [forhøjet glukoseniveau efter fødslen].” (Informant A)

Samtidig fortæller informanterne, at en viden og en opmærksomhed på symptomerne på udvikling af type 2-diabetes kunne være gavnlig:

”Jamen bare noget mere viden om diabetes, og om hvad jeg ellers skal være opmærksom på, hvis jeg selv mærker symptomer på det [type 2-diabetes] (...)” (Informant C)

Havde informationer om type 2-diabetes været i fokus, kunne det formentlig have givet kvinderne en ro i forhold til, hvordan de skal agere på deres tidligere GDM. Overordnet peger temaet på, at kvinderne ikke har oplevet, at viden om GDM efter graviditeten har været tilstrækkelig. De har savnet denne viden, fordi de har været bevidste om, at de var i risiko og har dermed manglet støtte og hjælp til at kunne håndtere den. Google er benyttet til at søge viden, men der udtrykkes alligevel et ønske om at få en viden fra sundhedsprofessionelle, særligt på grund af kvaliteten, som ikke er garanteret på Google. Mere viden om efterforløbet kan antageligt medføre ro og tryghed i forløbet efter graviditeten.

10.2 Risikoen for udvikling af type 2-diabetes er svær at forholde sig til

For kvinderne bliver den øgede risiko for type 2-diabetes svær at forholde sig til, og håndteringen af risikoen opleves at være ukonkret og uhåndgribelig. Flere af kvinderne beskriver, at den manglende viden om symptomerne på type 2-diabetes og en forståelse af fravær af symptomer resulterer i, at kvinderne ikke reflekterer over risikoen for udvikling af type 2-diabetes i det daglige. Flere af kvinderne nævner, at det at mangle viden om type 2-diabetes og den uvished, der er om konsekvenserne af at leve med type 2-diabetes, gør, at risikoen for at udvikle type 2-diabetes tages mindre alvorlig. Om dette udtaler informant D:

”Fordi hvordan vil mit liv se anderledes ud, hvis jeg havde diabetes 2 (...) Og hvorfor tager nogen det [type 2-diabetes], i hvert fald den gang, så alvorligt, for jeg tager det ikke så alvorligt, og tænker ”nå ja, hvor slemt kan det være?”. (...) Og så det her med, hvorfor vil vi så gerne undgå diabetes, hvad er det følgesygdomme og -virkninger kan være? Hvordan vil det ændre dit liv, hvis du fik det? (...) for det har jeg lidt et utydeligt billede af. Så på den måde tager jeg det nok heller ikke så alvorligt.” (Informant D)

Citatet eksemplificerer, at det er uklart, hvad konsekvenserne er ved type 2-diabetes, samt hvor alvorligt det er at udvikle. Dette kan bunde i, at der ikke er oplyst et tydeligt billede af, hvad det betyder at udvikle type 2-diabetes. Denne uvished resulterer i, at kvinderne bliver distanceret fra risikoen, hvilket kan medvirke, at de tager risikoen for udvikling af type 2-diabetes mindre alvorligt. Dette resulterer i en mindre bekymring, og at kvinderne dermed ikke handler for at forebygge type 2-diabetes. Modsat at manglende viden gør, at kvinderne tager

det mindre alvorligt, kan det også medvirke, at kvinderne bliver overbekymrede. Informant F sætter ord på sine følelser i den forbindelse:

”Jamen jeg tror, jeg har nok været unødigt nervøs for, hvad det [GDM] kunne have af betydning.” (Informant F)

Citatet illustrerer, hvordan informant F har været unødvendig nervøs, fordi hun ikke har fået viden om betydningen af GDM efter graviditeten. Hertil udtaler informant F, at det at stå med en følelse af ikke at have tilstrækkelig viden har givet anledning til at blive overfokuseret på at forebygge risikoen for udvikling af type 2-diabetes:

“Altså jeg tror i starten, der var jeg sådan meget ekstra fokuseret på at skulle spise sund og sådan noget. Fordi det var det, de [sundhedsprofessionelle] havde så meget fokus på. Og så da jeg snakkede med min kæreste herhjemme, at der skal altså også være balance i tingene, sådan at det netop ikke gik over i det fanatiske.” (Informant F)

Overbekymring i relation til risikoen har resulteret i, at informant F har været ekstra opmærksom på især spiseadfærd og har været nødt til at afstemme med sin partner, hvordan forebyggelsen skulle håndteres for ikke at ende i en ugunstig sundhedsadfærd. Oplevelsen af ikke at have fået tilstrækkelig og konkret vejledning i en risikohåndtering medvirker, at kvinderne er splittede i deres forståelse og handling i forhold til at forebygge type 2-diabetes. Det kan derfor antages, at kvindernes oplevelse af at mangle vejledning medfører, at det bliver vanskeligt for kvinderne at kunne reagere adækvat på risikoen for type 2-diabetes.

Kvinderne fremhæver en enighed i, at håndteringen af risikoen for at udvikle type 2-diabetes senere i livet kan være uhåndgribelig. Flere kvinder beskriver, at det er diffust at få information om en øget risiko og ikke at være bevidst om, hvordan de skal agere ud fra denne information. I tillæg til den diffuse oplevelse af risikoen er der ligeledes konsensus om, at forebyggelsen af den fremtidige risiko for type 2-diabetes er svær at håndtere. Nogle kvinder sætter spørgsmålstejn ved, hvorvidt og i hvor høj risiko de egentlig er sammenlignet med eksempelvis deres partner eller kvinder, der ikke har haft GDM. På baggrund af denne tvivl bliver det utydeligt, hvor stringent de skal følge anbefalinger om kost og motion. Generelt oplever kvinderne, at forebyggelsen er svær at vurdere og håndtere, da det hverken er målbart, hvor stor risikoen er for den enkelte kvinde og ligeledes, hvornår kvinderne har gjort

tilstrækkeligt for at forebygge eller udskyde type 2-diabetes. Informant E udtaler i den forbindelse:

“Men også det her med, hvorfor man bliver bekymret, og hvor man skal lægge det her snit. Hvor sundt skal man leve. Det er lidt dobbelt, at nu har du født, og så er det helt normalt igen, og på den anden side kan man sige, at sandsynligheden for at få sukkersyge stiger markant, når man har født. Så er man ikke helt rask, eller er man? Så det der dobbelte, som gør det svært at navigere i. Hvad betyder den risiko, og hvor meget har jeg selv indflydelse på. Når jeg har det i generne, så er sandsynligheden stor, eller hvor meget betyder det også, hvad jeg ellers gør.” (Informant E)

Citatet er medvirkende til at illustrere, hvordan flere af kvinderne har svært ved at vurdere, hvad det betyder, at de er i øget risiko for at udvikle type 2-diabetes. Dette medvirker en uoverskuelighed i at skulle navigere i informationen om at være i større risiko for at udvikle type 2-diabetes, særligt hvis kvindens glukoseniveau er normaliseret lige efter fødslen. Den beskrevne dobbelthed i citatet viser, at kvinderne har svært ved at kategorisere sig i almindelige termer som syg eller rask, og dikotomien mellem sygdom og raskhed bliver således udfordret i kvindernes tilfælde. Kvinderne placeres i en gråzone, som for kvinderne er ambivalent at forholde sig til og tilpasse responsen efter. En informant beskriver dette med *“hvornår er nok, nok?”* (Informant E), hvilket viser en magtesløshed, og at det kan være svært at afgøre.

Temaet belyser, at kvinderne har svært ved at forholde sig til risikoen for at udvikle type 2-diabetes samt håndtere denne forebyggelse. Mødet med sundhedsprofessionelle er således betydende for kvindernes oplevede risiko, da informationen fra sundhedsprofessionelle kan bidrage med en bedre forståelse for den enkeltes risiko efter GDM samt håndteringen heraf. Uden en bedre forståelse for risikoen vil kvinderne angiveligt bibeholdes i en gråzone mellem sygdom og raskhed, hvilket bliver diffust, uhåndgribeligt og dermed svært at finde en passende respons til.

10.3 Øget brugerinddragelse og individuel vejledning til kvinder med tidlige GDM

Kvinderne udtrykker et ønske om i højere grad at blive inddraget i dialogen med sundhedsprofessionelle. I dialogen mellem sundhedsprofessionelle og kvinderne, udtrykker

kvinderne en oplevelse af, at ekspertperspektivet vinder frem, og at der forekommer en envejskommunikation fra sundhedsprofessionel til kvinde, hvor kvinderne ikke får mulighed for at udtrykke en tilbagemelding, eksempelvis i form af et følelsesudtryk. Kvinderne beskriver mødet med sundhedsprofessionelle som et samleband og har ikke en oplevelse af, at der foregår en dialog eller en samtale. Informant F har i den forbindelse udtalt:

“Jeg tror mere, jeg følte det som en information, jeg fik. At det ikke nødvendigvis var en snak omkring det, men mere sådan: ”Det er sådan her, landet ligger, og du skal gøre sådan og sådan (...)”. Jeg følte ikke, at det var en snak eller en dialog, som du siger.”
(Informant F)

Citatet illustrerer, at der i højere grad er tale om en monolog af en opfordrende og påpegende karakter, hvor informanten ikke får mulighed for at give sine perspektiver samt udtrykke eget behov, som hvis der havde foregået en dialog. Hvis der derimod havde foregået en dialog, hvor informanten følte sig hørt, ville mødet også være opfattet som værende mere personligt:

“Ja, at det var en lidt mere personlig måde, så det ikke bare var sådan en tale, de lige kørte af. Man kunne nærmest fornemme, at de lige trykkede på play, og så sagde de alt det, de lige havde sagt til hende, der var inde før mig.” (Informant F)

I citatet fremgår et ønske om at blive inddraget i dialogen, at den sundhedsprofessionelle sætter sig ind i den enkeltes sted, samt at vejledningen tilpasses den enkelte. Endvidere beskriver kvinderne, at sundhedsprofessionelle med fordel kan være mere guidende og visualiserende i deres kommunikation, så formidlingen bliver mere pædagogisk, og det kommunikerede også forstås fra lægperspektivet. Hertil udtaler informant B:

“Ja, de skal selvfølgelig ikke tale ned til mig, men jeg er jo lægmand på området, så jeg ved jo ikke noget om det, før nogen oplyser mig.” (Informant B)

Citatet viser, at informanten ønsker, at kommunikationen fra sundhedsprofessionelle gøres på en måde, så det er let forståeligt og med brug af termer, der også er forståelige uden forudgående viden på området. Informant B beskriver på et senere tidspunkt, hvordan hun kan føle, at informationerne flyver hen over hovedet på hende, og der bliver brugt fagtermer, hvor hun godt kunne ønske sig, at sundhedsprofessionelle inddrog hende mere i samtalen.

Desuden foreligger et budskab om, at der ønskes en individuel vejledning til kvinderne, så sundhedsprofessionelle i højere grad tager udgangspunkt i den enkelte. Med fordel kunne sundhedsprofessionelle sætte sig ind i den enkelte kvindes historik og baggrund for på den måde at give kvinderne en følelse af at blive hørt og inddraget. Informant F udtrykker i den forbindelse:

“Jamen så var det nok lidt mere det med patientinddragelse. At man lige har fundet ud af, hvad er folks baggrund inden for graviditeten. (...) For mit vedkommende synes jeg, det havde været rart, hvis de havde set lidt mere på mig som person, og hvad jeg lige havde været igennem.” (Informant F)

Ved at få indsigt i den enkeltes baggrund, adspørge kvinderne om deres behov og involvere denne viden i mødet, vil brugerinddragelsen øges. Eftersom to af informanterne giver udtryk for at være normalvægtige, og dermed ikke identificerer sig som en gængs diabetiker, oplever de et endnu større behov for, at vejledningen og dialogen er tilpasset den enkelte. Informant D udtaler i den forbindelse:

“Og så en som mig, det var lidt mærkeligt, for langt det meste kommunikation, der var, det handlede jo om overvægtige, og jeg følte mig lidt ved siden af. Jamen gælder det også for mig? Eller gælder det ikke for mig? Jeg ved jo ikke, hvorfor jeg har udviklet det, og hvor mange der er ligesom mig. Jeg er jo ikke sådan ”tynd tynd”, men der kunne godt mangle noget kommunikation til den målgruppe. Men måske er vi meget få.” (Informant D)

Citatet eksemplificerer, hvordan informant D har svært ved at vurdere, om informationen fra sundhedsprofessionelle også er gældende for hende, når hun ikke er overvægtig. Når informationen ikke bliver tilpasset den enkelte, får normalvægtige kvinder svært ved at placere sig i kategorien af GDM. Når kvinderne føler sig malplaceret, kan det være svært at skulle handle i forhold til at forebygge udviklingen af type 2-diabetes, når informationen relaterer sig til overvægt. Særligt to informanter har følt sig uden for målgruppen til den givne information fra sundhedsprofessionelle, fordi de ikke identificerer sig som overvægtige samtidig med, at kommunikationen alligevel har været fokuseret på overvægt og livsstil. Informant F beskriver,

hvordan hun valgte ikke at lytte efter, da informationen omhandlede kost, fordi hun ikke havde behov for yderligere information eller vejledning på dette område:

”Jeg tænker, at de [sundhedsprofessionelle] synes, det var rigtig vigtigt med kosten, og der lyttede jeg ikke så meget efter, fordi det vidste jeg godt, at jeg havde styr på.”
(Informant F)

Dette illustrerer, at sundhedsprofessionelle risikerer, at kvinderne ikke er aktivt lyttende, eller at informationen ikke ræsonnerer, hvis kvinderne ikke oplever, at informationen bliver tilpasset den enkelte kvinde.

Generelt er GDM og type 2-diabetes forbundet med selvbefejdelse blandt kvinderne. Det store fokus fra sundhedsprofessionelle på livsstil og overvægt samt kommunikationens påpegende karakter kan også resultere i, at kvinderne føler sig skyldige i deres tilstand og dermed skammer sig over GDM. Informant D beskriver, hvordan hun har følt skyld over sin tilstand grundet kommunikationen med sundhedsprofessionelle til trods for, at hun er bevidst om, at det ikke er hendes egen skyld:

“Det handlede utrolig meget om overvægt og usund livsstil! Jeg tænker især, hvis man nu havde været overvægtig, kunne det næsten også blive skamfuldt, for det er også lidt halv selvforskyldt det her, men jeg blev på en måde også lidt ramt, eller ja jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare, men på en måde af en skyldfølelse, som om at det var lidt selvforskyldt, uden at jeg tænker, at det har været. Så måske kunne der være noget i kommunikationen omkring det her med, hvor meget skyld og skamfølelse man kan komme til at lægge på de her unge kvinder.” (Informant D)

Til trods for, at informanten ikke kategoriserer sig som overvægtig, illustrerer citatet, at sundhedsprofessionelles fokus på overvægt og livsstil er årsag til skyld og skam. Hertil kommer informanten med et forslag til, at det formodentlig vil kunne undgås, hvis der er fokus på, at kommunikationen får et selvbefejdende element for kvinderne i mødet med sundhedsprofessionelle. Skyld- og skamfølelse kan således antages at være et resultat af, at kvinderne ikke har følt sig imødekommet i samtalen.

Til trods for, at kvinderne udtrykker et ønske om individuel vejledning, har enkelte kvinder antydnet, at forskellig information til kvinderne også kan give anledning til bekymringer:

“Jeg har en veninde og kollega, som fik det [GDM] et par måneder før mig. Jeg havde snakket med hende og hørt om det. Og vi har haft et meget forskelligt forløb. Altså hendes læge ville gerne måle og følge op årligt på hendes langtidsblodsukker, min læge sagde “nej nej, det behøver vi overhovedet ikke. Hvis du får symptomer eller bliver meget overvægtig, så kan vi se på det”. At man får forskellige meldinger, gør det faktisk lidt usikkert.” (Informant E)

Citatet viser, hvordan en informant og hendes veninde har fået forskellig information om forløbet efter GDM, og at dette har givet anledning til, at hun har følt efterforløbet usikkert. Dette til trods for, at informanten er klar over, at forløbene har været forskellige. På baggrund af dette citat er det angiveligt vigtigt, at den tilpassede kommunikation formidles, så kvinderne er bevidste om, at den information, de får, er givet på baggrund af en faglig vurdering. Ved at gøre kvinderne opmærksomme på dette, kan det antageligvis efterlade kvinderne med en bedre forståelse for, at informationen er differentieret på grund af forskelligt udgangspunkt og historik, og derfor kan medvirke til, at kvinderne føler sig mere trygge. Den differentierede information vil endvidere medvirke til, at kvinderne også vil opleve, at sundhedsprofessionelle har en individuel tilgang til kvinderne, og informationen vil formentlig i højere grad ræsonnere hos kvinderne af den årsag.

Temaet belyser, at kvinderne har et højt ønske om øget inddragelse, samt at vejledningen efter GDM er individuel. Sundhedsprofessionelle skal yderligere kommentere, at kommunikationen er individuel, da kvinderne ellers vil kunne sammenligne sig med andre i lignende situationer og ikke vil inddrage den faglige begrundelse. Kommunikationen skal desuden formidles med øje for lægperspektivet.

10.4 Initiativ og ansvar fra sundhedsprofessionelle

Sundhedsprofessionelles initiativ til at invitere kvinderne til opfølgning samt en vejledning i, hvordan de skal forholde sig efter graviditeten, er væsentlig for kvinderne. Kvinderne udtrykker, at et mangelfuldt initiativ ikke er optimalt, når det er sundhedsprofessionelle, der sidder inde med viden om GDM og betydningen af denne sygdom:

“Jamen, jeg synes måske, at de skulle tage det op. Eftersom jeg selv skal efterspørge og opsøge det, altså det burde jo komme fra deres, i og med at det er dem, der har viden.” (Informant G)

Det er vigtigt for kvinderne at få talt med sundhedsprofessionelle om deres tidligere GDM-tilstand. De udtrykker samtidig, at en bekræftelse på, at de handler, som de skal, vil være givende, så de ikke er usikre på, hvornår de har gjort tilstrækkeligt for at forebygge type 2-diabetes. Derudover er det væsentligt, at initiativet kommer fra sundhedsprofessionelle, fordi kvinderne ikke har viden om, hvornår de skal kontakte eksempelvis deres egen læge:

“Lægen har en tendens til, at alt, der ikke er sygt, bliver lidt bagatelliseret. Nu har du ikke sukkersyge længere, så det skal du ikke tænke på. Det følger vi ikke, det tager vi op, hvis du bliver syg. Jeg vil gerne have lidt hjælp til ikke at nå dertil. Samtidig er det måske også mit eget ansvar at gøre det, men det er svært at følge med i selv på en eller anden måde.” (Informant E)

I citatet ligger også en forståelse af, at lægen har et større fokus på behandling frem for forebyggelse, og at forebyggelsen af type 2-diabetes derfor undervurderes af lægen. Dette medvirker, at informanten føler, at hun selv skal tage initiativet, men at det er svært at vurdere, hvornår kontakten til lægen skal foregå og hvor ofte. Flere kvinder udtrykker et incitament for, at sundhedsprofessionelle får en større opmærksomhed på kvinden efter graviditeten med GDM, og dermed tager mere initiativ til at invitere kvinderne til opfølgning og samtaler om betydningen af GDM efter fødslen. Dette ligeledes fordi type 2-diabetes ikke udelukkende har konsekvenser for kvinderne, men også for samfundet:

“Det er ikke, fordi jeg tænker, at samfundet skal gøre alt for én og dermed tage ansvaret for min sukkersyge, men eftersom det er en samfundsbelastning med type 2-diabetes, kunne der godt blive gjort en forespørgsel på det, og så kunne man selv vælge, om man ville gribe den eller ej.” (Informant B)

Citaterne peger på refleksioner om, at den enkelte kvinde ikke skal fralægge sig ansvaret, men at sundhedsvæsenet samtidig også skal tage ansvar, fordi fokus på kvindernes sygdomsrisiko og håndtering heraf vil være til gavn for samfundet. Når kvinderne oplever, at der mangler

initiativ fra sundhedsprofessionelle, bliver det for kvinderne en barriere at kontakte egen læge, fordi kvinderne oplever, at lægen ikke har fokus på kvindernes sygdomsrisiko efter graviditeten, hvorfor de føler, at de trænger sig på hos lægen:

“(...) men generelt så bryder jeg mig ikke super meget om at gå til læge, medmindre det er virkelig alvorligt. Og jeg føler altid, jeg forstyrrer lægen med mine småting. Så jeg fik lige sådan en tanke ”Årh skal jeg bestille tid ved min læge, bare for at blive tjekket om jeg har sukkersyge eller potentielt er på vej til at få det, jeg har jo ingen symptomer”. Vil de ikke tænke, at nu kommer jeg og spilder deres tid?” (Informant D)

Det fremgår yderligere af citatet, at kvinderne vil tage initiativ til at kontakte egen læge, såfremt det er af behandlende frem for forebyggende karakter, fordi de har en fornemmelse af, at det er mere accepteret at gøre. Heri ligger der også en uvidenhed omkring, hvornår det er legitimt at kontakte egen læge, og at dette også burde blive belyst af sundhedsvæsenet:

“Og hvis det på en eller anden måde kan blive mere legaliseret og sat lidt mere i system, så vil det faktisk være en hjælp.” (Informant D)

Temaet belyser, at hvis lægen tager mere initiativ, vil det potentielt kunne overkomme barrieren i at skulle henvende sig hos lægen. Dette vil medvirke, at flere informanter vil føle sig imødekommet, hvilket dermed øger opmærksomheden på deres sygdomsrisiko.

10.5 Opfølgning efter graviditeten afhjælper følelsen af at være overladt til sig selv

Informanterne understreger vigtigheden af at få en afrunding og en klar retning i forløbet med GDM efter graviditeten. Informanternes behov for opfølgning opstår blandt andet som reaktion på, at de oplever en kontrastfyldt overgang, hvor der i graviditeten er et stort fokus på dem, og hvor sundhedsprofessionelle udtrykker stor alvorlighed omkring de risici, som GDM er forbundet med under graviditeten. Efter graviditeten har sundhedsprofessionelle, ud fra kvindernes perspektiv, mindre eller ingen fokus på GDM, hvilket af kvinderne opfattes som, at sundhedsprofessionelle negligerer betydningen af GDM efter graviditeten. For nogle kvinder virker et pludseligt behandlingsstop med placering i en gråzone forvirrende og udtaler, at situationen fremstår som værende *“ude af øje, ude af sind”* (Informant C), samt at kvinderne

føler sig *“tabt på gulvet og sat i min egen sø, og så må jeg sejle derfra”* (Informant G). Overordnet set indikerer denne oplevelse en følelse af at skulle stå på egne ben:

“Efterfølgende har der ikke været nogen kontakt. Så der har jeg følt lidt, at jeg blev overladt til mig selv.” (Informant A).

Det virker for informanterne paradoksalt, at de under graviditeten er fulgt nøje og har fået opfattelsen af, at deres tilstand var alvorlig, og efterfølgende ikke har fået en afslutning eller en vejledning for deres sundhedsrelaterede fremtid efter GDM. Dette giver kvinderne et indtryk af, at risikoen efterfølgende ikke er alvorlig, men at de samtidig er efterladt med en viden om at være mere disponeret end befolkningen, hvorfor de står uden pejlemærker og en hjælpende hånd fra sundhedsvæsenet til at vide, hvordan de skal agere. Oplevelsen i at blive efterladt medfører, at kvinderne reflekterer over, hvorfor der er stor forskel på opmærksomheden under og efter graviditeten. Refleksionen resulterer i, at informanterne har et indtryk af, at sundhedsprofessionelle negligerer sygdomsrisikoen hos kvinderne. Hertil udtaler Informant F: *“ (...) at man måske føler, at lægen negligerer det [GDM] lidt.”*. Ligeledes oplever kvinderne, at opmærksomheden under graviditeten er på grund af barnet og ikke kvinden. Dette bevirker hos informanterne en følelse af ikke at være vigtig at have fokus på, som understreges af informant D:

“(...) og der kunne det da være rart at få at vide, at døren ikke er lukket, efter babyen er ude. For man får indtrykket af, at det er babyen, man er optaget af (...)” (Informant D)

Som løsning på denne forvirring antyder informanterne, at en indkaldelse fra sundhedsvæsenet med det formål at give kvinderne en samtale hos en sundhedsprofessionel om et eventuelt videre forløb, eller hvorvidt de skal afsluttes efter graviditeten, vil være ideelt. Konkret foreslår informant B:

“At der bliver fulgt op enten ved lægen eller sundhedsplejersken. Altså en af stederne, at det bipper frem på deres skærm “hun har haft graviditetssukkersyge”, og så en slagplan for det eller en samtale.” (Informant B)

Blandt informanterne beskrives opfølgningen at kunne imødekomme følelsen af at være overladt til sig selv ved at give kvinderne en afrunding på deres tidligere GDM og dens betydning efter graviditeten. Opfølgningen kan være medvirkende til at sikre, at informanterne får den nødvendige viden, så de kan reagere på eventuelle symptomer og generelt, at der bliver sat et punktum på deres diagnose, så de bedre kan forholde sig til diagnosens betydning fremadrettet. Afrundingen vil betyde, at informanter kan få en følelse af omsorg ved, at sundhedsprofessionelle udviser opmærksomhed på dem efter graviditeten: *“Så jeg ville nok have følt mig mere tryk, hvis der var en eller anden opfølgning”* (Informant A). Informanterne udtrykker, at en opfølgning vil skabe tryk i den situation, de står i efter graviditeten, give en følelse af at være taget alvorligt og desuden medvirke til at skabe et bedre grundlag for, hvordan informanterne bør forebygge for at reducere risikoen for type 2-diabetes i fremtiden.

10.6 Nedprioritering af sig selv bliver en begrænsning for kvindens sundhed

Informanternes livssituation som mødre påvirker deres oplevelse af at kunne prioritere sig selv, hvilket får betydning for deres sundhed, fordi det bliver en begrænsning for dem at handle i forhold til at forebygge type 2-diabetes. Konteksten, som informanterne befinder sig i, har således en væsentlig betydning for deres handlemuligheder. Når der sker en familieførøgelse, vil konteksten ændre sig, idet kvinderne får en ny rolle som mor, og som en naturlig del oplever kvinderne, at barnet får det primære fokus, og kvindens egen sundhed bliver derfor typisk mere sekundær. Prioritering bliver derfor endnu vigtigere end tidligere, hvor informanterne ikke var mødre:

“Jeg tror, at det, der er svært, det er at prioritere det. I hvert fald i mit liv nu. Jeg vil gerne bevæge mig, leve sundt, men jeg skal også gøre mit arbejde. Nu er der syge børn og alt muligt. Nu er det én ting blandt mange, som er vigtige i ens liv på kort og lang sigt.” (Informant E)

I citatet ligger der et paradoks i, at kvinderne ønsker at være en god mor, men samtidig har mange andre gøremål i dagligdagen. Flere af kvinderne er bevidste om, at der er aspekter af deres liv, som de gerne vil øge deres fokus på, herunder egen sundhed, men prioritering bliver nødvendig i konteksten som mor. Hertil italesætter kvinderne, at de nedprioriterer deres egen sundhed og tilsidesætter deres egne behov for børnenes skyld. Dette fordi der i deres

livssituation som mødre opstår flere opgaver og aktiviteter, som begrænser deres handlemuligheder i at have fuldt fokus på egen sundhed:

“Der er et eller andet med, at når man har børn, så er det bare så svært at prioritere sig selv, og det gælder på alle områder. Det gælder også at leve sundt, du er oppe sent om natten og skal også prioritere deadlines, og så er det altså svært og en selv, der ryger i svinget.” (Informant E)

Når fokus på barnet bliver primær, og egen sundhed samtidig nedprioriteres, opstår en problematik i, at opmærksomheden også forsvinder fra sygdomsrisikoen efter GDM. Derudover antyder informant B: *“Der er så mange andre ting, man fokuserer på, som var i gang lige efter fødslen, for eksempel amning.”*, hvilket tyder på, at fokus på barnet er størst lige efter graviditeten. Samtidig er det paradoksale, at informationen om at være i højere risiko for at udvikle type 2-diabetes med tiden falder i baggrunden:

“Jamen jeg tror, som tiden går, fordi man ikke tænker over det, fordi der er meget at tage sig til. Så glemmer man informationerne.” (Informant B)

Det kan antages, at når kvinderne senere i livet i højere grad får mulighed for at fokusere på sig selv, kan informationen om risikoen blive glemt. At kvinderne med tiden glemmer informationen, beskrives både som rart, fordi kvinderne således ikke hele tiden mindes om risikoen, men også som værende tankevækkende, at risikoen glemmes. Dette indikerer en ambivalent følelse, hvor det er svært at vurdere, hvor meget GDM efter graviditeten skal fylde for kvinderne i deres hverdag. Samtidig reflekterer flere af kvinderne over, at de gerne vil og burde være mere opmærksomme på at have sunde kost- og motionsvaner, og hvor de gør noget godt for dem selv med henblik på at forebygge type 2-diabetes. Der opstår således et moralsk dilemma i både at gøre det gode for sig selv, men også at gøre det gode for sit barn. Dertil ses en kompleksitet i, at de to dele hænger sammen i den forstand, at man som mor gerne vil være sund og leve længe for at være en god mor, men at dette samtidig er svært at overkomme, netop fordi kvinderne er blevet mødre. Det at glemme at prioritere sig selv medvirker også følelser af negativ karakter hos informanterne:

“Man kan godt nogle gange komme til at skamme sig lidt over, at man glemmer sig selv. Men sådan går det nogle gange lidt i hverdagen.” (Informant B)

Citatet ovenfor illustrerer en ambivalens i skamfulde følelser over at glemme sig selv, samtidig med at være bevidste om, at livssituationen skaber nogle begrænsninger for at prioritere sig selv, og at elementet i at have barnet som sin højeste prioritet koster på andre parametre. Overordnet belyser temaet, at konteksten som mødre er væsentlige at bemærke for at forstå kvindernes tankemønstre og handlinger efter graviditeten med GDM.

10.7 Teknologiske løsninger anbefales til et fremtidigt tilbud

Flere af kvinderne anbefaler, at en teknologisk løsning kan være en mulighed for at kontakte sundhedsprofessionelle efter en graviditet med GDM. Samtlige kvinder har udtrykt usikkerhed omkring, hvem de kan kontakte i forhold til GDM, når de ikke længere er gravide. Flere kvinder foreslår i den forbindelse, at en teknologisk løsning kan medvirke til at skabe tryghed i en ellers forvirrende situation, hvor det er uklart, hos hvem og hvor der kan rettes henvendelse ved spørgsmål om deres tidligere GDM. Kvinderne foreslår en teknologisk løsning, hvor kvinderne kan få påmindelser om opfølgning, mulighed for at kontakte sundhedsprofessionelle ved spørgsmål samt individuelle vejledninger, som målrettes deres livssituation og baggrund. Der nævnes flere typer af teknologi af kvinderne, som vil kunne være en støtte, eksempelvis indkaldelse til opfølgning i e-Boks, en app med kontakt til sundhedsprofessionelle, opkald eller virtuel konsultation med sundhedsprofessionelle. Informant A beskriver, hvordan en teknologisk løsning har hjulpet hende under graviditeten:

“Jeg vil sige, det er meget nemmere bare at skrive ind og få et skriftligt svar, hvis der er noget, man er i tvivl om. Altså vi havde også nogle kontroller, hvor jeg tænkte, det her kunne vi også have klaret på telefonen. Så jeg synes meget vil kunne klares elektronisk, altså på app eller pr. telefon, så man følte sig mere tryk og ”du er på den anden side nu, det skal nok gå godt”. ” (Informant A)

Ovenstående citat illustrerer, at der er et potentiale i at anvende teknologi i forløbet efter graviditeten, da det blandt andet beskrives at have lettet hverdagen under graviditeten. Informant A har haft en app under graviditeten, som for hende gav en tryghed. Det kan formodes, at en lignende teknologisk løsning ligeledes ville kunne skabe tryghed i forløbet efter graviditeten samt give kvinderne en følelse af, at der fortsat er opmærksomhed på dem. Denne løsning kan antages at medvirke til en hverdag, hvor der er et mere balanceret fokus hos

kvinderne på den risiko, de er i efter graviditeten. Der tegner sig endvidere et billede af, at en teknologisk løsning vil øge tilslutningen til at kontakte sundhedsprofessionelle efter graviditeten. Det bliver af én af kvinderne påtalt:

“På en eller anden måde kunne det være rart med en telefonlinje eller en mulighed for at komme i kontakt med nogen. Så det ikke var noget besværligt, men en selvfølgelighed i, at de gerne ville snakke med én, som havde haft graviditetsdiabetes. Jeg kan føle, at jeg er lidt besværlig, hvis jeg begynder at mase mig på et sted og gerne vil vide noget.”
(Informant D)

Opstår muligheden for at skabe kontakt til sundhedsprofessionelle via teknologiske løsninger vil kvinderne få mulighed for at stille spørgsmål, fordi følelsen af at trænge sig på vil træde i baggrunden. Informanterne har erfaringer med at opleve en tryghed i at have mulighed for at kontakte sundhedsprofessionelle under graviditeten. Denne følelse kan antages at bestå efter graviditeten, hvis kvinderne efter graviditeten får denne mulighed via en teknologisk løsning, hvor det endvidere vil være angivet og dermed mere tydeligt for kvinderne, at de kan henvende sig. I denne sammenhæng illustrerer citatet af informant A:

“Det [en app] gør en tryk. At man ikke er afsluttet, så man ved, at man har et forløb stadigvæk. Og jeg kan tage kontakt, hvis jeg føler, jeg har behov for det.” (Informant A)

Således vil teknologiske løsninger antageligt lette hverdagen, de bekymringer, der medfølger efter en graviditet med GDM samt skabe en tryghed, som er vigtig for målgruppen af kvinder med tidligere GDM. Temaet påpeger dermed, at en teknologisk løsning vil kunne afhjælpe flere negative følelser hos kvinderne og skabe en oplevelse af at være i tættere kontakt med sundhedsprofessionelle efter graviditeten.

10.8 Utilsigtede konsekvenser fremanalyseret af temaerne

I indsatser med et sundhedsfagligt sigte er det vigtigt at have fokus på utilsigtede konsekvenser, da utilsigtede konsekvenser ikke kan undgå i sådanne indsatser (Bonell et al., 2015). I dette afsnit vil de negative utilsigtede konsekvenser fra den kvalitative analyse blive fremanalyseret ud fra temaerne, så disse kan adresseres og tages højde for i en forandring af det nuværende

tilbud. De identificerede negative utilsigtede konsekvenser er *ulighed i sundhed, stigmatisering og internaliseret stigma, ineffektivt tilbud* samt *risiko for under- og overbetyrning som reaktion på risikoen*.

Det tyder på, at en negativ utilsigtet konsekvens af det nuværende tilbud kan være øget ulighed i sundhed blandt kvinderne med tidligere GDM. I analysen af interviewene fremhæves et manglende initiativ fra sundhedsprofessionelle og manglende viden hos nogle af kvinderne om, at det anbefales, at de tager til vejledning og kontrol af glukoseniveauet efter graviditeten. Nogle af kvinderne har selv taget initiativ til at kontakte egen læge for at få tjekket glukoseniveauet efter graviditeten på trods af, at de ikke har fået information eller anbefaling herom. Det kan formodes at være ressourcestærke kvinder, der i højere grad vil opsøge viden om denne anbefaling samt opsøge kontrol af glukoseniveauet efter graviditeten. På den måde vil disse kvinder angiveligvis i højere grad være opmærksomme på risikoen for type 2-diabetes og straks komme i behandling for sygdommen.

Foruden ulighed i sundhed tyder det på, at en negativ utilsigtet konsekvens af det nuværende tilbud og kommunikationen fra sundhedsprofessionelle kan være en oplevelse af stigmatisering eller internaliseret stigma. Det blev i den kvalitative analyse fundet, at sundhedsprofessionelles fokus på livsstil og overvægt samt kvindernes oplevelse af kommunikationens påpegende karakter resulterer i, at kvinderne føler skyld og bebrejder dem selv for deres tilstand. Selv informanter, der ikke er overvægtige eller ser sig selv have en usund livsstil, oplever disse følelser. Dette kan ses som et tegn på, at kvinderne oplever internaliseret stigma, hvor de accepterer de fordomme, der kan være knyttet til GDM og type 2-diabetes, eksempelvis at det udelukkende er individets kost- og motionsvaner, der er årsag til tilstanden. Ligeledes kan det formodes, at den manglende brugerinddragelse kan have til konsekvens, at det nuværende tilbud er ineffektivt. Den kvalitative analyse viste, at den manglende brugerinddragelse kan resultere i, at kvinderne ikke er aktivt lyttende, samt at informationen ikke ræsonnerer, hvis kvinderne ikke oplever, at informationen bliver tilpasset den enkelte.

Slutteligt tyder det på, at kvinderne risikerer at blive under- og overbetyrrede som reaktion på risikoen, hvilket også er en negativ utilsigtet konsekvens. Kvinderne oplever, at sundhedsprofessionelle har større fokus på behandling frem for forebyggelse, samt at sundhedsprofessionelle negligerer betydningen af GDM efter graviditeten. Dette kan formodes at resultere i, at kvinderne ligeledes finder forebyggelsen af type 2-diabetes mindre vigtig og

dermed ikke har fokus på at handle derefter. Ligeledes blev det fundet, at det at mangle viden om håndteringen af risikoen kan resultere i en følelse af nervøsitet og overbekymring og i værste fald medføre ugunstig sundhedsadfærd. Således kan en negativ utilsigtet konsekvens af det nuværende tilbud formodentlig være overbekymring og frygt, hvilket risikerer at påvirke kvindernes trivsel.

10.9 Opsummering af den kvalitative analyse

Den kvalitative analyse har resulteret i syv temaer, som danner grundlag for en øget forståelse for kvindernes perspektiver og oplevelser af forløbet i sundhedsvæsenet efter en graviditet med GDM. I analysen findes, at kvinderne mangler viden om GDM efter graviditeten, som de ønsker oplyst af sundhedsprofessionelle. Af analysen fremgår det, at kvinderne oplever det udfordrende at forholde sig til risikoen for at udvikle type 2-diabetes. Viden fra sundhedsprofessionelle kan give kvinderne et bedre beslutningsgrundlag til at kunne håndtere forebyggelsen af type 2-diabetes. Desuden ønskes det, at viden fra sundhedsprofessionelle i højere grad gives med en individrettet tilgang med fokus på lægperspektivet. En barriere, der beskrives blandt informanterne, er, at sundhedsprofessionelle negligerer betydningen af GDM efter graviditeten. Dette kommer til udtryk i mødet mellem sundhedsprofessionelle og kvinderne med tidligere GDM, hvor der mangler initiativ fra sundhedsprofessionelle til at formidle viden til kvinderne om deres tidligere diagnose samt vejledning i, hvordan de bør forholde sig efter graviditeten. Det er fremanalyseret, at kvinderne er i en gråzone mellem raskhed og sygdom og at kvindernes oplevelse af at mangle viden og vejledning medfører, at det bliver vanskeligt for kvinderne at kunne reagere adækvat på risikoen for type 2-diabetes. Af analysen fremgår det endvidere, at kvinderne af forskellige årsager har udviklet GDM, herunder overvægt og genetisk disposition, hvorfor en livsstilsomlægning ikke nødvendigvis er løsningen for alle kvinder. Kvinderne har forskellige udgangspunkter og baggrundshistorier, der bør medtages i mødet med sundhedsprofessionelle. Således ligger endnu et incitament for, at sundhedsprofessionelle i højere grad skal tage ansvar for denne målgruppe. En måde at overkomme den manglende varetagelse af kvinder med tidligere GDM anbefales af kvinderne at kunne løses med teknologiske virkemidler, som kan hjælpe og støtte kvinderne i efterforløbet. Dog skal denne løsning kunne rumme kvindernes ønske om blandt andet større brugerinddragelse og individuel vejledning, samt de andre oplevede problemstillinger, som er fundet i den kvalitative analyse. En teknologisk løsning kan således ikke blot være en hjemmeside med information, men skal have en større grad af interaktion mellem kvinden og

sundhedsprofessionelle. På baggrund af de fundne tematikker i den kvalitative analyse er formålet med den systematiske litteratursøgning at identificere eksisterende forskning om teknologiske virkninger til kvinder med tidligere GDM. De teknologiske løsninger skal sigte mod at bidrage til at støtte kvinderne og øge deres handlekompetence med henblik på at forebygge og udskyde udviklingen af type 2-diabetes.

11.0 Metode til systematisk litteratursøgning

Den kvalitative undersøgelse har udledt et tema om anvendelse af teknologi i et sundhedstilbud til kvinder med tidligere GDM. En teknologisk løsning er derfor relevant at undersøge nærmere for at vurdere, hvorvidt denne kan anvendes med henblik på at øge kvindernes handlekompetence som bidrag til, at sundhedsprofessionelle kan støtte kvinderne i håndteringen af risikoen for type 2-diabetes. I overensstemmelse med Maxwells (2012) udlæg om sikring af validitet, er det et vigtigt element at indhente evidens til at øge troværdigheden af en kvalitativ undersøgelse. Derfor vil den systematiske litteratursøgning og dens resultater forsøge at supplere og kvalificere fundene fra den kvalitative interviewundersøgelse med undersøgelsesspørgsmål 2:

2. *Hvilken evidens foreligger om teknologiske virkemidler, som kan anvendes i mødet med kvinder med tidligere GDM, med henblik på at øge kvindernes handlekompetence?*

I de følgende afsnit fremgår de metodologiske overvejelser og valg i den systematiske litteratursøgning.

11.1 Initierende søgning

Som indledning til den systematiske litteratursøgning blev der udført en usystematisk og eksplorativ søgning med det formål at få indblik i, hvilke søgetermer der anvendes på forskningsområdet. Hertil blev der søgt på Google, i de sundhedsvidenskabelige databaser PubMed og Embase og i keyword-listen i relevante artikler. Nøgleordene i undersøgelsesspørgsmål 2 blev identificeret, og relevante synonymer blev fundet. Endvidere var det hensigten at finde viden om relevante søgedatabaser til den systematiske litteratursøgning. Efter en grundig eksplorativ søgning søgte specialegruppen vejledning hos en informationsspecialist på Aalborg Universitet. Vejledningen havde til formål at præcisere

samt finde alternative søgetermer og i samarbejde at komme frem til, hvilke fokusområder der ville være mest relevante at inddrage til besvarelse af problemformuleringen. For hvert fokusområde blev der opsat synonymer for på den måde at opnå et udtømmende resultat af søgetermerne for problemfeltet. Afsøgningen af synonymer medvirkede til at opnå højere *precision*, hvilket beskriver, at en stor andel af søgeresultatet vil være relevant (Frandsen et al., 2014). Inden denne vejledning havde specialegruppen påtænkt at inddrage et fokus kaldet “sundhedsprofessionelle”, eftersom den overordnede problemformulering havde til formål at undersøge, hvordan sundhedsprofessionelle kan støtte kvinderne. Søgning med fire fokusområder blev i samarbejde med informationsspecialisten vurderet at skabe en for snæver søgning, hvorfor dette fokus blev fjernet. Den endelige litteratursøgning resulterede således i tre fokusområder *kvinder med tidligere GDM*, *teknologi* og *handlekompetence*, som blev opsat i en fokusliste, illustreret i tabel 3. Kvinder med tidligere GDM er målgruppen, som er første fokus, og andet fokus repræsenterer interventionen med en teknologisk løsning. Handlekompetence er det tredje fokus, hvilket tager udgangspunkt i Bjarne Bruun Jensens (2011) kernebegreber og de synonymer, som kernebegreberne dækker over, som eksempelvis *self-efficacy* og *empowerment*. Fokuslisten havde til formål at angive en systematiseret opsætning for litteratursøgningen og samtidig at øge transparensen og dermed reproducerbarheden (Lund et al., 2014).

Fokus 1	Fokus 2	Fokus 3
Kvinder med tidligere GDM	Teknologi	Handlekompetence

Tabel 3: Fokusliste til den systematiske litteratursøgning

11.2 Valg af databaser

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i fire sundhedsvidenskabelige databaser: PubMed, Embase, Cochrane og Cinahl. Databaserne blev valgt ud fra relevans for problemformuleringen, og med inddragelse af fire databaser bidrager til en flervidenskabelig tilgang (Stenbæk & Jensen, 2007). PubMed og Embase er større biomedicinske databaser, som dækker et internationalt, klinisk og sundhedsfagligt perspektiv (Lund et al., 2014). Begge databaser blev udvalgt, da litteraturen er af henholdsvis amerikansk og europæisk ophav. Endvidere sikrede en søgning i begge databaser en bredere søgning, så relevante artikler ikke blev forbigået (Lund et al., 2014). Cochrane blev anvendt, da denne database indeholder systematiske reviews og metaanalyser inden for det sundhedsfaglige område, og inddragelse

af denne database er derfor medvirkende til at sikre høj evidens (Lund et al., 2014). Af den årsag kunne Cochrane højne kvaliteten af den systematiske litteratursøgning. Slutteligt blev der søgt i Cinahl, da denne database har et overvejende indhold af kvalitative artikler inden for sundhed (Lund et al., 2014). Dermed blev Cinahl vurderet til særligt at kunne bidrage med udtalelser, oplevelser og perspektiver om teknologiens virkninger af både fremmende og hæmmende karakter fra kvinder med tidligere GDM. De udvalgte databaser har således forskellige fokusområder og bidrager dermed til den flervidenskabelige tilgang, som i højere grad kan favne kompleksiteten af problemfeltet.

11.3 Søgestrategi

Den systematiske litteratursøgning tog udgangspunkt i de udvalgte databaser og fokuslisten fra den initierende søgning. Med afsæt i fokuslisten blev der udarbejdet målrettede søgeprofiler for hver database, da databaserne indeholder unikke thesaurus og er navngivet forskelligt i hver enkelt database, hvorfor det er væsentligt at tilpasse søgeprofilen til databasens opbygning (Lund et al., 2014). Søgeprofilen for Embase fremgår af tabel 4. De øvrige søgeprofiler for de udvalgte databaser fremgår af bilag 6-9.

Søgeprofil for Embase: Afsøgt d. 26. april 2023			
OR	AND		
	Fokus 1: Kvinder med tidligere GDM	Fokus 2: Teknologi	Fokus 3: Handlekompetence
	[Emtree] "Pregnancy diabetes mellitus" [Ti,ab,kw] "Gestational Diabetes" "Post-partum diabetes" "Postpartum diabetes" "Pregnancy diabetes mellitus"	[Emtree] "Telehealth" "Medical Informatics" [Ti,ab,kw] "EHealth" "mHealth" Telemedicine Telehealth Telemonitoring "Remote consultation" Phone	[Emtree] "Patient Participation" "Health Literacy" Motivation "Health Behavior" "Self Efficacy" "Self-Management" "Health Knowledge, Attitudes, Practice" Empowerment [Ti,ab,kw]

		Smartphone Telephone	"Patient Participation" "Health Literacy" Motivation "Health Behavior" "Self Efficacy" "Self-Management" Empowerment
	Antal hits: 51.942	Antal hits: 270.382	Antal hits: 1.324.327
	1 AND 2 AND 3 = 194 hits		

Tabel 4: Søgeprofil for Embase

Som det fremgår af søgeprofilen fra Embase i tabel 4, er der både anvendt thesaurus, som i Embase betegnes "Emtree", og fritekstord. Thesaurus er kontrollerede emneord, som samler beslægtede faglige termer under ét begreb (Lund et al., 2014). Som supplement til thesaurus blev der anvendt fritekstord for at udvide søgningen. Samtidig ville en søgning med fritekstord resultere i, at artikler, som endnu ikke var indekseret som thesaurus, blive fremsøgt (Lund et al., 2014). Fritekstordene var identiske i alle databaserne, men søgningen varierede i forhold til, om der blev anvendt filteret 'title og abstract' eller 'title, abstract og keywords' afhængig af databasens opbygning. Der blev søgt med disse filtre for at undgå for mange irrelevante referencer for hver søgning, da mange referencer, der skal gennemgås, giver større risiko for fejl (Lund et al., 2014). I forbindelse med fritekstsøgningen blev fraser (" ") anvendt ved sammensatte begreber, så databasen søgte det præcise begreb, eksempelvis "pregnancy diabetes mellitus". Ved at tilføje fraser medfører det, at søgningen ikke foretages i en anden ordstilling end den angivne (Lund et al., 2014). Af andre søgeteknikker blev boolske operatoren *AND* og *OR* anvendt til at kombinere de tre fokusområder. Ved at indsætte *AND* mellem de tre fokusområder indsnævres og præciseres søgningen (Lund et al., 2014), hvilket højner *precision* af søgeresultaterne (Frandsen et al., 2014). *OR* medfører en udvidelse af søgningen, hvilket er relevant mellem synonymerne i det enkelte fokusområde, således at søgningen ikke søger på alle synonymerne (Lund et al., 2014).

11.4 In- og eksklusionskriterier

Den systematiske litteratursøgning indebærer endvidere, at litteraturen udvælges ud fra klart definerede in- og eksklusionskriterier (Stenbæk & Jensen, 2007). Kriterierne benyttes med

henblik på at afgrænse søgeområdet, præcisere resultaterne efter relevans for problemformuleringen og sikre ensartethed i udvælgelsen af artiklerne (Lund et al., 2014), blev der derfor forinden udvælgelsen opsat in- og eksklusionskriterier. In- og eksklusionskriterierne blev opsat i plenum i specialegruppen for dermed at sikre klare rammer for til- og fravalg af artikler. Ydermere havde opsætningen af kriterierne til formål at gøre processen transparent for at øge troværdigheden (Lund et al., 2014). In- og eksklusionskriterierne fremgår af tabel 5.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Nordisk og engelsk sprog • Studier fra vestlige lande • Peer-reviewed artikler	• Lavindkomstlande og kvinder fra landdistriktsområder • Anden sygdom, som målgruppe i artiklen (fx CVD, depression) • Teknologi til støtte til amning • Teknologi, der anvendes til klinisk behandling og diagnostik • Teknologi, der udelukkende fokuserer på effekten af en reminder til follow-up efter graviditeten
Inklusionskriterium opsat efter læsning af titel og abstract	
• Kvinder med GDM efter graviditeten	

Tabel 5: In- og eksklusionskriterier i den systematiske litteratursøgning

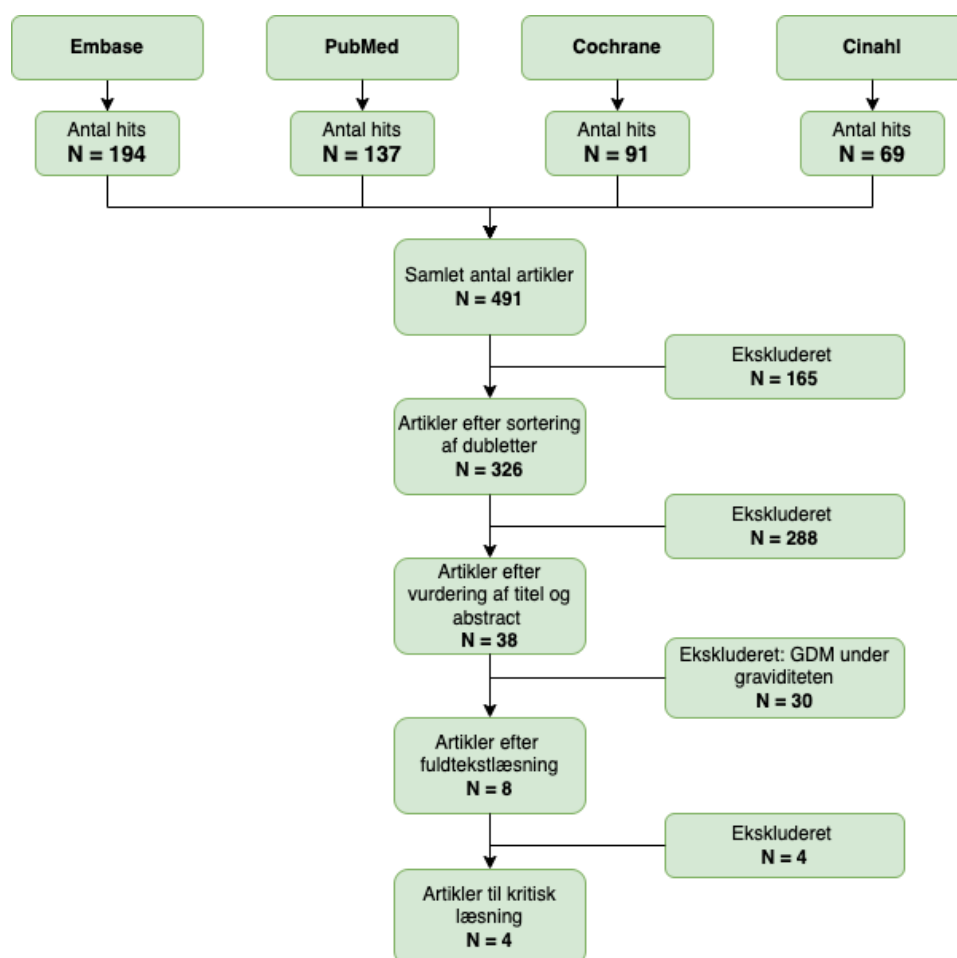
På grund af specialegruppens sprogbarrierer blev der udelukkende inkluderet artikler på nordisk og engelsk. Desuden skulle artiklerne have ophav i vestlige lande for at være overførbare til dansk kontekst. Vestlige lande er i specialet defineret ud fra Danmarks Statistiks oversigt over lande, der kan sidestilles med Danmark (Danmarks Statistik, 2019). Ligeledes var et inklusionskriterium, at artiklerne var peer-reviewed for at sikre kvaliteten i artiklerne. Studier, som var foretaget på kvinder fra lavindkomstlande og landdistriktsområder, blev ekskluderet, da disse ikke blev vurderet sammenlignelige med konteksten af kvinder med tidligere GDM i Danmark. Ydermere blev artikler, som indeholdt en bredere målgruppe end GDM, herunder CVD og depression, fjernet. Det var væsentligt, at søgeresultaterne undersøgte

teknologi, der ikke havde fokus på at støtte kvinder i forbindelse med amning, og ligeledes at teknologi med det formål at blive anvendt til klinisk behandling og diagnostik blev ekskluderet. Teknologien måtte ikke udelukkende fokusere på effekten af en reminder til follow-up efter graviditeten, da problemanalysen påpegede, at specialet ikke fokuserer på follow-up efter graviditeten. Der var behov for et centralt fokus på teknologi, som kunne besvare problemformuleringen, hvorfor der var særligt fokus på at ekskludere artikler ud fra de sidstnævnte tre eksklusionskriterier.

I forbindelse med udvælgelsen blev der undervejs opsat yderligere et inklusionskriterium, som indebar udelukkende at inkludere artikler med fokus på kvinder med GDM efter graviditeten (se tabel 5). Før udvælgelsen blev det overvejet, at der formentlig ville være sammenlignelige virksomme mekanismer både under og efter graviditeten. Derfor blev målgruppen af kvinder både under og efter graviditeten inkluderet til en start, og kriteriet blev af den grund ikke opsat på samme tidspunkt som de andre kriterier. Den tidligere identificerede litteratur har dog vist, at kvinderne er mere motiverede for at opretholde eller ændre livsstil under graviditeten (Ørtenblad et al., 2021). Derfor ville et fokus på tiden efter graviditeten formodentligt give et mere reelt billede af virkningerne af teknologien, som kunne overføres til specialet og besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

11.5 Udvalgelse af videnskabelige artikler

Søgeresultatet fremførte af alle fire databaser 491 hits. I referencehåndteringsprogrammet Zotero blev alle resultaterne overført for at få det fulde overblik over artiklerne (Lund et al., 2014). Udvalgelsen blev foretaget af to gruppemedlemmer, som drøftede de opsatte in- og eksklusionskriterier for at sikre enighed i udvælgelsen, og hvordan disse kriterier blev forstået i de respektive artikler. Indledningsvist blev der foretaget en sortering af dubletter i Zotero, som medførte, at 165 hits blev ekskluderet, hvilket efterlod 326 hits til læsning af titel og abstract. Valget om at udvalge artikler på både titel og abstract samtidig blev taget for at sikre, at en artikel ikke blev fravalgt ud fra en titel, da titlerne ikke nødvendigvis var sigende for indholdet (Lund et al., 2014), og hvorvidt artiklen kunne overføres til specialet. Efter frasortering af artikler ud fra titel og abstract, efterlod det 38 hits. Eksklusion af artikler med fokus på GDM under graviditeten medførte otte hits, som alle gennemgik fuldtekstlæsning, og slutteligt medførte fire hits. Tre af disse var kvalitative studier, og det sidste var et RCT-studie. Et flowchart over den systematiske udvælgelse af de inkluderede artikler ses i figur 5.



Figur 5: Udvælgelsesproces af videnskabelige artikler

11.6 Kritisk læsning af videnskabelige artikler

Som afslutning i den systematiske litteratursøgning blev litteraturen vurderet med anerkendte metodiske tilgange, også kaldet kritisk læsning (Stenbæk & Jensen, 2007). Den kritiske læsning havde til formål at vurdere troværdigheden af resultaterne i de videnskabelige artikler og dermed i hvor høj grad, det er lykkedes forfatterne at begrænse risikoen for bias (Lund et al., 2014). Joanna Briggs Institute (JBI) har tjeklister, der kan anvendes til at vurdere den metodiske kvalitet, og disse blev benyttet i arbejdet. Artikler af god kvalitet bør vægtes højere end artikler af lav eller moderat kvalitet (Lund et al., 2014). Vægtningen af artiklen i specialets analyse blev derfor foretaget ved at angive, hvorvidt artiklen var af *lav*, *middel* eller *høj* kvalitet. For at højne kvaliteten samt sikre konsensus foregik den kritiske læsning ved, at to gruppemedlemmer læste artiklerne uafhængigt af hinanden og i samråd drøftede artiklernes kvalitet. JBI har tjeklister, der angives til de forskellige studiedesigns, hvorfor studiedesignet af den udvalgte artikel var bestemmende for den anvendte tjekliste. Den kritiske læsning havde tre formål. Først

og fremmest blev det overvejet, hvorvidt populationen, indsatsen og målingerne var fagligt relevante (Lund et al., 2014). Derudover var formålet at vurdere den interne validitet af artiklerne for i højere grad at kunne stole på artiklens resultater (Lund et al., 2014). Slutteligt blev den eksterne validitet vurderet, herunder om artiklens resultater var relevante for specialet (Lund et al., 2014).

Udover anvendelse af tjeklisterne blev der i den kritiske læsning anvendt kvalitetsbegreber til henholdsvis kvalitative og kvantitative artikler. Til de kvalitative artikler blev Merriam og Tisdells (2016) kvalitetskriterier *konsistens*, *troværdighed* og *overførbarhed* benyttet. *Konsistens* omhandler, i hvilket omfang et studies resultater er konsistente med dataindsamlingen og dermed, om resultaterne giver mening for andre forskere (Merriam & Tisdell, 2016). *Troværdighed* refererer til, hvor kongruente studiets resultater er med virkeligheden, herunder om alle afkroge af fænomenet undersøges, og hvorvidt og i hvor høj grad det tilsigtede måles (Merriam & Tisdell, 2016). Slutteligt omhandler *overførbarhed*, hvorvidt studiets resultater kan overføres til en kontekst under lignende omstændigheder (Merriam & Tisdell, 2016). Til de kvantitative artikler anvendes Juul et al.s (2017) begreber om *validitet* og *reliabilitet*. *Validitet* dækker over gyldigheden af undersøgelsen, og der skelnes mellem den interne og eksterne validitet. Intern validitet vedrører bias i forhold til systematiske selektions- og informationsproblemer. Ekstern validitet vedrører generalisering ud over målpopulationen. Reliabilitet omhandler præcision og reproducerbarhed, dvs. hvor præcist et studies fremgangsmåde og resultater kan reproducere (Juul et al., 2017).

12.0 Analyse af artikler fra den systematiske litteratursøgning

I dette afsnit foreligger en analyse af de artikler, der er udvalgt fra den systematiske litteratursøgning. Indledningsvist præsenteres artiklernes indhold for at skabe transparens, og dernæst vil der indgå kritisk læsning til at vurdere kvaliteten af artiklerne. Artiklerne samles i en syntese, hvor der udledes temaer, som vil frembringe essentielle pointer. Disse vil blive anvendt i en videre fortolkning og diskussion i afsnit 13.2.

12.1 Præsentation af udvalgte videnskabelige artikler

I dette afsnit præsenteres de fire udvalgte videnskabelige artikler i et skematisk overblik. Skemaet indeholder formål, studiepopulation, design, metode, artiklens resultater samt en

kritisk læsning, og hvorledes artiklens fund kan anvendes i specialet. En uddybende kritisk læsning af de respektive artikler kan findes i bilag 10-13.

Tabel 6: Skematisk overblik over artiklen af Taylor et al. (2022)

Titel	Evaluation of a Type 2 diabetes risk reduction online program for women with recent gestational diabetes - a randomised trial.
Forfatter(e)	Taylor et al.
Årstal	2022
Land	Australien
Formål	At evaluere effekten af et online program, som skal støtte kvinder og forebygge type 2 diabetes i forhold til 1) livsstil 2) fastholdelse af brugere og 3) accept af intervention og brugervenlighed.
Studiepopulation	• 76 kvinder med tidligere GDM. • 18-45 år. • BMI 25-50 kg/m². • Har født efter 3 måneder og før 5 år.
Design	Randomiseret kontrolleret studie 3 interventionsgrupper er randomiseret i et støttende onlineprogram: 1) høj personliggørelse (HP) 2) medium personliggørelse (MP) 3) lav personliggørelse (LP)
Metode	Online spørgeskemaundersøgelse med anvendelse af: • Australian Eating Survey (AES) • Food Frequency Questionnaire (FFQ) • Godin Leisure-time Exercise Questionnaire • Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire - Short Form • Self-Efficacy for Exercise scale (SEE) • Quality of life AQoL-6D
Resultater	Studiet finder tre overordnede resultater: 1) <i>Livsstil:</i> HP resulterer i signifikant forbedret score sammenlignet med MP og LP i både ernæringsrelateret self-efficacy (P=0.03) og sundhedsrelateret livskvalitet (P=0.03). Ingen andre resultater var signifikante. 2) <i>Fastholdelse af brugere:</i> Fastholdelsesraten i interventionen er ved follow-up gennemsnitligt 70% på tværs af alle tre grupper med højeste rate i HP (84%). 3) <i>Brugervenlighed:</i> Generelt er der højere tilfredshed blandt HP i onlineprogrammet (66%) sammenlignet med MP (25%) og LP (14%).
Kritisk læsning	Reliabilitet: Der foreligger en detaljeret beskrivelse af rekrutteringen, studiets opsætning af de tre interventionsgrupper og interventionernes indhold. Endvidere fremgår en beskrivelse af de valgte målemetoder til outcome; valg af Zoom til videosessioner, anvendelse af Likertskala og diverse kvalitetsvurderede spørgeskemaundersøgelser til de konkrete outcomes. Ydermere styrkes

	reliabiliteten ved, at der er udført en veldokumenteret procedure for analyse af data, samt at der er transparens i deltagerne karakteristika. Intern validitet: Den interne validitet øges, da studiet har et velformuleret mål, som er det, der undersøges og konkluderes på. Samtidig er der anvendt validerede spørgeskemaer. Outcomes er selvrapporateret, og deltagerne skal huske tilbage i tid, hvorfor der skal tages højde for potentiel recall bias, som kan sænke den interne validitet. Der er ikke foretaget signifikanstest for baseline karakteristika, hvorfor det ikke med sikkerhed kan anslås, om der har været nogle forskelle mellem grupperne, som er betydende for studiets resultater, hvilket yderligere sænker den interne validitet. Ekstern validitet: Studiet er fra Australien, som ifølge Danmarks Statistik (2019) er et vestligt land, hvorfor det anses for at være overførbart til dansk kontekst. Dog svækkes overførbareheden til målpopulationen, da en større del af deltagerne er universitetsuddannede (76%), hvorfor studiet i højere grad udtaler sig om kvinder med et højt uddannelsesniveau. Deltagerne yderligere karakteristika, såsom alder og antal børn, vurderes at være repræsentative for målpopulationen. Der skal tages højde for, at deltagerne kun repræsenterer BMI >25, hvorfor dette svækker overførbareheden. Vurdering: Høj kvalitet
Anvendelse	Et online program kan give en effekt på kvinders ernæringsrelaterede self-efficacy og sundhedsrelaterede livskvalitet, hvis programmet har en høj grad af personliggørelse. Høj personliggørelse kan yderligere betyde en øget fastholdelse af deltagere i en livsstilsintervention og lede til større tilfredshed blandt deltagere. Et online program, som indeholder redskaber, der kan støtte kvinder med tidligere GDM og deres sundhedsadfærd, kan derfor forventes at have effekt, hvis der tages højde for høj personliggørelse. Personliggørelsen bør blandt andet bestå af elementer som personspecifikke målsætninger og personlige samtalsessioner med sundhedsprofessionelle. 1:1 samtaler med en sundhedsprofessionel er medvirkende til at fastholde kvinder i en livsstilsintervention, hvilket kan medføre en bæredygtig effekt.

Tabel 7: Skematisk overblik over artiklen af Edwards et al. (2021)

Titel Forfatter(e) Årstal Land	How do women with a history of gestational diabetes mellitus use mHealth during and after pregnancy? Qualitative exploration of women's views and experiences. Edwards et al. 2021 England
Formål	At undersøge perspektiver og oplevelser af brugen af mHealth før, under og efter forløbet med GDM for at understøtte håndteringen af GDM og forebygge fremtidige sundhedseffekter.
Studiepopulation	• 10 kvinder, som har haft GDM inden for de seneste fem år. • Inkluderet på baggrund af et tidligere webinar om teknologiske løsninger til GDM-forløb.
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
Metode	Semistrukturerede individuelle telefoninterviews. Forskertriangulering ved transskribering. Kodning i NVivo 12. Analysen foretages via Braun og Clarkes tematiske analysestrategi.
Resultater	Studiet finder tre overordnede temaer: 1) <i>mHealth for blood glucose monitoring and control</i> En digital løsning øger opmærksomheden på kvindens sundhed. 2) <i>mHealth for information seeking/peer support</i> Kvinderne søger støtte gennem sociale medier, eksempelvis Facebook. Grupper gennem sociale medier mindsker stigmatisering, hvilket kvinderne beskriver at opleve fra samfundet og sundhedsprofessionelle. Støtten fra en Facebookgruppe giver selvtillid og motivation. 3) <i>mHealth for lifestyle change</i> Kvinderne ønsker mere støtte og hjælp gennem en app til at holde sig motiveret til en ændring eller fastholdelse af sundhedsadfærd i forløbet efter GDM. Støtte kan både forekomme fra en enkelt person eller et fællesskab. Barrierer for ændring eller fastholdelse af en sundhedsadfærd: Apps er ikke altid personlige eller relevante nok for den enkelte. Der opstår et dilemma i, at kvinderne oplever et pres fra samfundet i at foretage en adfærdsændring, men at de er for udmattede til at gøre dette.
Kritisk læsning	Konsistens: Konsistensen styrkes, da data stemmer godt overens med de præsenterede temaer og undertemaer. Der er anvendt citater, som er medvirkende til at skabe tydelighed omkring temaerne. Der ligger dog ikke en klar beskrivelse af det filosofiske og teoretiske afsæt, hvilket påvirker konsistensen negativt. Samtidig mangler en uddybende beskrivelse af, hvordan temaerne er fremkommet, hvilket ligeledes forringer konsistensen. Troværdighed: Troværdigheden styrkes grundet kongruens mellem formål, metodologi, metode og valgt analysestrategi. Samtidig øges troværdigheden, idet der er anvendt forskertriangulering, hvor to forfattere har deltaget i transskribering og analysering af data. Overførbarhed: Det anses at være en styrke, da studiet fremviser en beskrivelse af

	alle informanter, som tydeliggør informanternes kontekst. Studiepopulationen repræsenterer en bred gruppe af kvinder i forhold til geografi og antal børn. Studiet er udført i England, hvilket er en styrke for overførbareheden til specialet, idet det engelske sundhedsvæsen og kultur vurderes at være forholdsvis sammenlignelig med det danske. Vurdering: Middelhøj kvalitet
Anvendelse	Kvinder med tidligere GDM efterspørger støtte til efterforløbet, hvilket betyder, at kvinder søger støtte gennem onlineplatforme som eksempelvis Facebook. Kvinderne fremhæver, at en app er en potentiel løsning for at få støtte, men at der vil være behov for, at appen kan personliggøres og målrettes den enkelte. Resultaterne kan anvendes, så pointerne om støtte, personliggørelse og fællesskab fra onlinegrupper bør inddrages i udvikling af fremtidige interventioner til kvinder med tidligere GDM efter graviditeten. Støtte er en motiverende faktor for kvinders sundhedsadfærd, hvilket kan komme fra fællesskaber om tidligere GDM eller fra enkeltpersoner. Den personlige støtte kan med fordel komme fra sundhedsprofessionelle, da sundhedsprofessionelle også vil kunne kompensere for kvindernes søgen efter viden. Hvis der er let tilgængelig og relevant viden, højner det kvindernes opmærksomhed på deres sundhed. Hertil vil en app med relevant information om GDM og evt. chatfunktion med en sundhedsprofessionel kunne inkorporere den støtte og viden, som kvinderne søger. Der bør tages højde for kvindernes livssituation, da kvinderne i konteksten som mødre angiver at have mindre overskud til at ændre sundhedsadfærd. Appen vil være en fleksibel løsning, hvor kvindernes behov for støtte vil kunne tilpasses en travl og mindre fleksibel hverdag med børn.

Tabel 8: Skematisk overblik over artiklen af Ekezie et al. (2021)

Titel Forfatter Årstal Land	Experiences of using a digital type 2 diabetes prevention application designed to support women with previous gestational diabetes Ekezie et al. 2021 England
Formål	Evaluere brugerens oplevelser efter deltagelse i RCT, hvor interventionen var en app intervention til at støtte kvinder med tidligere GDM
Studiepopulation	• 23 kvinder med tidligere GDM, som havde deltaget i og modtaget app intervention "Baby step". • 25-50 år. • 5 forskellige etniciteter.
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
Metode	10 semistrukturerede individuelle interviews og fire fokusgruppeinterviews med anvendelse af en temaguide. Der er foretaget en tematisk analyse.
Resultater	Studiet finder tre overordnede temaer: 1) <i>GDM and post-pregnancy support from healthcare services</i> Manglende støtte fra sundhedsprofessionelle. Kvinderne søger støtte og hjælp til at håndtere deres sundhedsadfærd gennem netværk og sociale medier. 2) <i>Impact of Baby Steps app on lifestyle changes</i> Appen tillader at reflektere over egen sundhedsadfærd og er en vigtig del af at holde kvinderne motiveret. Appen giver bred viden om GDM og betydningen af GDM, og appen motiverer til forebyggelse af type 2-diabetes og andre følgesygdomme efter GDM. Appen indeholder individualiserede elementer, som øger kvindernes motivation og bevidsthed omkring deres sundhedsadfærd. Gensidig støtte og udveksling af mål og aktiviteter mellem kvinderne via appen beskrives af kvinderne både som motiverende, men er for nogle også mindre attraktivt. 3) <i>Facilitators and barriers to usability of the Baby Steps app</i> Der er behov for grundig introduktion til en app for at kunne anvende appen optimalt. Et faciliterende element er støttefunktionen gennem en chat, hvor succesoplevelsen forstærkes, hvis modparten i chatten er bekendt. En barriere kan være et manglende fællesskab eller en person at henvende sig til. Derudover kan manglende kendskab til en app være en barriere, da det kan være svært at navigere i en ny app, hvilket gør at alle funktioner ikke nødvendigvis bliver benyttet.
Kritisk læsning	Konsistens: Konsistensen styrkes, da data stemmer godt overens med de præsenterede temaer. Der er anvendt undertemaer med tilhørende citater, som øger konsistensen til de angivne temaer. Derudover fremhæves de metodiske valg, herunder valg af en induktiv tilgang, forskerne diskuterer uoverensstemmelser og finder i samråd en løsning samt konkret forklaring af dataindsamling og valg af analysestrategi for at nå frem til de præsenterede resultater. Dog mangler der en præcision af det filosofiske ståsted og en konkret analysestrategi, som nedsætter konsistensen.

	Troværdighed: Troværdigheden øges grundet kongruens mellem studiets formål, metodologi, metode og analyse. Ydermere øges troværdigheden, idet der er anvendt forskertriangulering ved kodning og analyse af data. Samtidig er der en detaljeret beskrivelse af data og afrapportering, og ydermere inddrages informanterne til validering af resultaterne ved <i>member check</i> for at sikre, at deres udsagn er fremkommet i resultaterne. Overførbarhed: Studiepopulationen er overførbar til konteksten af kvinder med tidligere GDM. Studiet fremviser en beskrivelse af alle informanter, som tydeliggør informanternes kontekst, hvilket øger overførbarheden. Citaterne er med henvisning til den enkelte informant (anonymiseret), som er med til at skabe tydelighed omkring temaet og konteksten. I studiet inkluderes en heterogen gruppe af kvinder med hensyn til alder og etnicitet, som øger overførbarheden. Da studiet er udført i England, styrkes overførbarheden. Vurdering: Høj kvalitet
Anvendelse	Kvinder med tidligere GDM har et behov for støtte og vejledning i, hvordan de kan håndtere deres sygdomsrisiko. En digital app kan være særlig anvendelig som et støttende redskab til læring og håndtering af ens sundhedsadfærd for kvinder med tidligere GDM. En app, hvor enkeltpersoner eller fællesskaber kan kontaktes, kan både være vidensgivende og støttende for kvinderne i forebyggelsen af type 2-diabetes. Til en fremtidig udvikling af apps til kvinder med tidligere GDM efter graviditeten bør der derfor være fokus på at have en støttende og vidensdelende funktion. Appens vidensdeling bør inkludere de sundhedsmæssige risici og videregive redskaber til, hvordan den enkelte kan bibeholde eller ændre sundhedsadfærd, så kvinderne får mulighed for at reflektere og handle ud fra egne behov. Appens kombination af både relevant viden og personlig støtte vil kunne understøtte kvindernes oplevede risiko. Derudover er der et væsentligt aspekt i at kunne personliggøre appen for at understøtte motivationen til at ændre eller bibeholde sundhedsadfærd. Ved implementering af eksempelvis en app (som anvendes i dette tilfælde), bør det overvejes, hvordan kvinderne forinden kan vejledes i appens anvendelse, så de bedste forudsætninger for at opnå succes med appen er til stede.

Tabel 9: Skematisk overblik over artiklen af McMillan et al. (2018)

Titel Forfatter(e) Årstal Land	Reducing risk of type 2 diabetes after gestational diabetes: a qualitative study to explore the potential of technology in primary care McMillan et al. 2018 England
Formål	Studiet har tre formål: 1) Undersøge barrierer og facilitatorer for at opretholde sund livsstil efter fødslen hos kvinder med tidligere GDM 2) Få dybere forståelse for, hvordan interventioner i sekundær sektor for kvinder med tidligere GDM bedst muligt kan følges op i primær sektor 3) Undersøge kvindernes perspektiver på teknologiens potentielle rolle til at understøtte sund livsstil efter fødslen
Studiepopulation	• 27 kvinder. • 22-44 år; mean (SD): 33 år (5,8). • BMI 17,7-48,1; mean (SD) 30 kg/m² (8,0). • Diagnosticeret med GDM indenfor de seneste 6-12 uger.
Design	Kvalitativ interviewundersøgelse
Metode	Semistrukturerede individuelle interviews (face-to-face) med anvendelse af en temaguide. Transskribering blev foretaget i NVivo 11. Der blev anvendt forskertriangulering ved analyse af data. Braun og Clarks tematiske analyse blev anvendt til at analysere data.
Resultater	<u>Resultater fra formål 1:</u> Eksterne barrierer og facilitatorer: praktiske, sociale, kulturelle, miljø, finansielle og teknologiske faktorer. Herunder er de praktiske barrierer mest betydende, hvor tid er den mest omtalte barriere. Især fysisk aktivitet og at forberede sund mad er tidskrævende aktiviteter, hvorfor familiens behov prioriteres frem for kvindens egen sundhed. Interne barrierer og facilitatorer: psykologiske, adfærdsmæssige, fysiske eller genetiske faktorer. Psykologiske faktorer er motivation, følelser, viden og personlighed, hvor motivation er den vigtigste faktor. Motivation for kvindens sundhed under graviditeten skyldes babyens sundhed, hvorfor motivationen falder efter fødslen. Fysiske begrænsninger efter fødslen (eksempelvis at komme sig efter fødslen) er barrierer for fysisk aktivitet. <u>Resultater fra formål 2:</u> At muliggøre social støtte via “mødre”-grupper er det hyppigste forslag til efterfødselsperioden, hvor nogle informanter foreslår, at dette kan gøres via onlinefora. Derudover er der foreslået lokalcentre, gågrupper og babyvenlige fritidsfaciliteter. Slutteligt foreslår informanterne måder, hvorpå egen læge kan øge støtten til kvinderne efter graviditeten. Dette indebærer blandt andet videoer om GDM i venteværelset, tre måneders telefon-follow-up, flere inputs fra specialiserede faggrupper, eksempelvis diætister eller årlige konsultationer udover kontrol af glukoseniveau. <u>Resultater fra formål 3:</u> Forskellige former (fx mobiltelefoner, tablets) og typer (fx hjemmesider, forums, apps) for teknologi nævnes. Adgang til information, personlig self-management og

	social interaktion er mekanismer, informanterne fremhæver, at teknologi kan bidrage med til at støtte sund livsstil efter fødslen. Teknologi benyttes som et supplement til støtte fra sundhedsprofessionelle. Ikke al information fundet via teknologi er en fordel for kvinderne, da for meget læsning om problemer kan være forbundet med angst. Teknologi kan muliggøre personlig kontrollen af deres sundhed ved at sætte mål, påmindelser, selvmonitorere, feedback og belønninger. En anden vigtig fordel ved teknologien er, at teknologien anses at være fleksibel og dermed anvendelig i en travl hverdag. Teknologien, eksempelvis onlinefora, kan endvidere bidrage til, at kvinderne kan netværke med andre kvinder og finde lokale aktiviteter, dog med den ulempe, at der kan opstå uønsket kritik fra andre. Barrierer for brugen af teknologi er begrænset tilgængelighed på arbejdet, og hvis man som kvinde ikke er en "Tech-type". Ligeledes bør kvaliteten og pålideligheden overvejes ved brug af apps og hjemmesider.
Kritisk læsning	Konsistens: Det er angivet, hvilken analysestrategi der er benyttet, hvilket øger konsistensen i studiet. Der er ikke givet et eksempel på, hvordan temaerne er fremkommet, eksempelvis ved brug af en logbog, som dermed svækker konsistensen. Troværdighed: Resultaterne er grundigt beskrevet og begrundet med citater som belæg for analysen i formål 2 og 3, hvilket er med til at øge troværdigheden i studiet. Dog er der i resultaterne til formål 1 ikke en tydelig beskrivelse af alle elementerne. Elementet "praktiske faktorer" er beskrevet med belæg i form af citater. Men de resterende elementer til formål 1 er ikke beskrevet. Eksempelvis vides det ikke, hvad miljømæssige faktorer betyder, om det er en barriere eller en facilitator, og der fremgår ingen citater som belæg. Dette svækker studiets troværdighed. Det beskrives i studiet, at der efter 21 ud af 27 interviews er en datamætning, som yderligere styrker studiets troværdighed. Der er inddraget en uafhængig forsker til at undersøge både processen og resultaterne. Dette øger også troværdigheden. Overførbarhed: Overførbarheden øges, da der er udarbejdet en oversigt over deltagernes karakteristika. Den manglende beskrivelse af resultaterne og belæg med citater til formål 1 svækker studiets overførbarhed. Studiets oprindelse i England er medvirkende til at øge overførbarheden. Vurdering: Middel kvalitet
Anvendelse i projektet	Social støtte kan efter mødrene's ønske komme fra "mødregrupper", eksempelvis via onlinefora. Sundhedsprofessionelle kan støtte kvinderne med personlig vejledning af specialiserede fagpersoner, og at de kan få en telefonisk opfølgning nogle måneder efter fødslen. Helt centralt er det, at kvinderne har brug for støtte og vejledning, hvor det både kan være fordelagtigt, at støtte kommer fra et fællesskab mellem ligesindede, men også fra specialiserede sundhedsprofessionelle, som kan give dem viden og støtte. Studiet finder, at teknologiske løsninger kan være relevante at inddrage som en løsning til at imødekomme kvindernes behov i en travl hverdag. Den teknologiske løsning skal dog ses som et supplement til en opfølgning efter en graviditet med GDM. I udviklingen af en teknologisk løsning skal der dog være opmærksomhed på, at når kvinderne selv opsøger viden uden mulighed for yderligere uddybning og vejledning, kan det risikere at medføre en følelse af angst. Samtidig kan der opstå upassende og kritiske kommentarer fra fællesskaber i et onlineforum. Slutteligt er der behov for både udvikling og implementering af en teknologisk løsning, som tager højde for brugervenligheden for at opnå et ønsket outcome.

12.2 Syntese af fund fra videnskabelige artikler

I dette afsnit vil artiklerne blive præsenteret i en syntese, da det skal bidrage til at konkretisere, hvilke elementer fra artiklerne der kan medtages i et forandringsforslag. Syntesen har udledt tre overordnede temaer fra artiklerne. Alle artiklerne er vurderet til middel til høj kvalitet jf. specialegruppens intersubjektive vurderinger med afsæt i JBI's tjeklister, hvorfor artiklerne indgår på lige fod i syntesen.

12.2.1 Facilitatorer og barrierer for en bæredygtig intervention

Artiklerne af Ekezie et al. (2021) og McMillian et al. (2018) fremhæver, at kvinderne udtrykker at mangle viden fra sundhedsprofessionelle. Når kvinderne mangler viden, resulterer det i, at de selv opsøger viden fra sociale medier eller apps, som kan støtte dem i deres sundhed. Dette er uanfægtet, om hensigten er en adfærdsændring eller at opretholde en sund livsstil for at reducere følgesygdomme efter GDM (Ekezie et al., 2021). Samme pointe findes i artiklen af Edwards et al. (2021), hvor kvinderne søger viden gennem apps og online fællesskaber for at opleve støtte og tryghed i efterforløbet. Samlet set viser artiklerne, at kvinderne har en oplevelse af at mangle information i deres forløb efter GDM, hvorfor de søger efter information gennem online platforme som sociale medier eller relevante apps.

Tre ud af fire artikler fremhæver et essentielt element i, at informationen gennem teknologiske løsninger skal personliggøres for at skabe en bæredygtig intervention (Edwards et al., 2021; Ekezie et al., 2021; Taylor et al., 2022). Taylor et al. (2022) finder signifikante resultater på, at hvis kvinder oplever at få personlig vejledning gennem en app eller videoopkald, kan det øge ernæringsrelateret self-efficacy og sundhedsrelateret livskvalitet. På samme vis udtrykker kvinderne i artiklen af Edwards et al. (2021), at en personlig app vil være motiverende og vil kunne bruges som guideline og støtte til kvindernes sundhed. Endvidere findes det, at fastholdelsen af samt tilfredsheden blandt deltagerne stiger i takt med graden af personliggørelse i et online program (Taylor et al., 2022). Dette understøttes i artiklen af Ekezie et al. (2021), som ligeledes påpeger, at indholdet i appen skal personliggøres for derigennem at have en motiverende effekt. Dette indikerer, at en teknologisk løsning med fokus på personlig vejledning og information kan være et faciliterende element for en bæredygtig intervention, som samtidig vil støtte kvinderne og fremme self-efficacy, livskvalitet og motivation omkring deres sundhedsadfærd. McMillian et al. (2018) fremhæver desuden, at

kvinderne efterspørger specialiserede sundhedsprofessionelle. Dette kan antages ville kunne understøttes via en teknologisk løsning.

Artiklerne af McMillian et al. (2018) og Ekezie et al. (2021) påpeger dog også, at teknologiske kundskaber er en nødvendighed for at opnå den bedste effekt af teknologiens indhold og formål. Såfremt kvinderne ikke besidder tekniske kundskaber, kan det få betydning for den hensigtsmæssige anvendelse af den teknologiske løsning (Ekezie et al., 2021). I den forbindelse fremhæver kvinderne, at dette kan undgås, såfremt der er et større fokus på en grundig introduktion i opstartsfasen. En introduktion til teknologien vil dermed give et større kendskab til appens anvendelsesmuligheder og samtidig imødekomme diversiteten i kvindernes teknologiske kundskaber, hvilket således er essentielt for at skabe en bæredygtig teknologisk sundhedsintervention. Desuden oplever kvinderne, at ikke alt information fundet via teknologi er en fordel, da for meget læsning kan være forbundet med angst (McMillan et al., 2018). Teknologiske kundskaber og kvaliteten af den fremsøgte viden via teknologien kan således være barrierer for en bæredygtig teknologisk intervention.

12.2.2 Støtte og vejledning fra online fællesskaber

I flere af artiklerne præsenteres positive erfaringer med online fællesskaber mellem kvinder med tidligere GDM, hvor online fællesskaberne bidrager til at støtte kvinderne (Edwards et al., 2021; Ekezie et al., 2021; McMillan et al., 2018). Da mange kvinder søger efter viden om GDM i forløbet efter graviditeten, har flere kvinder benyttet sig af online fællesskaber, som eksempelvis Facebook eller chatfunktioner i apps, til at søge støtte, information og vejledning (Edwards et al., 2021; Ekezie et al., 2021; McMillan et al., 2018). Støtten fra onlinefællesskaber har både positiv indvirkning på selvtilliden og en motiverende effekt på kvinderne til at reflektere over deres sundhed (Edwards et al., 2021; Ekezie et al., 2021). Samtidig beretter McMillian et al. (2018), at kvinderne føler sig mindre isolerede ved brug af et online fællesskab. I enkelte tilfælde har nogle kvinder givet udtryk for, at et online fællesskab ikke er tiltalende (Ekezie et al., 2021), og derudover kan der i onlinefora også opleves uønsket kritik fra andre kvinder (McMillian et al., 2018). Online fællesskaber kan på den måde påvirke til en demotiverende sundhedsadfærd, særligt hvis det benyttes med negative hensigter mellem kvinderne. Men for langt de fleste af kvinderne synes der at være gunstige effekter på både motivation og selvtillid, som øger kvindernes refleksion over deres sundhedsadfærd.

12.2.3 En teknologisk løsning kan afhjælpe en travl hverdag

Familielivet med fokus på børn og hverdagens praktiske gøremål bliver en barriere for, at kvinderne kan opretholde eller ændre deres sundhedsadfærd. Dette understøttes af både Edwards et al. (2021) og McMillian et al. (2018), som henholdsvis peger på, at trætheden i hverdagen og fokus på barn og praktiske faktorer bliver en barriere for kvinderne for at opretholde en sund livsstil. Begge artikler fremhæver, at den travle hverdag som mødre bliver en gennemgående faktor for, at kvinderne ikke får prioriteret deres egen sundhed. Kvinderne udtrykker et behov for en fleksibel løsning, så den passer til en travl hverdag (McMillian et al., 2018). Hertil pointerer McMillian et al. (2018), at en teknologisk løsning vil kunne støtte kvinderne i at opretholde eller ændre sundhedsadfærd, fordi denne løsning er fleksibel. Herigennem får kvinderne mulighed for at reflektere over og selvmonitorere deres sundhed på det tidspunkt, der passer ind i familielivet (McMillan et al., 2018).

13.0 Diskussion

I de følgende afsnit vil specialets metodiske valg bag de kvalitative interviews samt den systematiske litteratursøgning blive diskuteret. Dernæst foreligger en resultatdiskussion af fundene fra de kvalitative interviews og de fire udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning sammenholdt med relevant teori.

13.1 Metodediskussion

I dette afsnit vil der indledningsvis fremgå en diskussion af brugen af Bjarne Bruun Jensens begreber. Hvorefter metoden bag de kvalitative interviews med anvendelse af Merriam og Tisdells (2016) kvalitetsbegreber: *konsistens*, *troværdighed* og *overførbarhed* vil blive diskuteret. Slutteligt fremgår en diskussion af metoden bag den systematiske litteratursøgning.

13.1.2 Diskussion af anvendelsen af Bjarne Bruun Jensens begreber

Bjarne Bruun Jensens udlæg og begrebsliggørelse af *handlekompetence* har været anvendt som inspiration til at udforme interviewguiden og er derudover benyttet i én af de tre fokuspunkter i den systematiske litteratursøgning. Det vil i dette afsnit blive diskuteret, hvordan anvendelsen af begrebet *handlekompetence* i specialet har haft styrker og begrænsninger.

Handlekompetence og de underliggende kernebegreber: *viden*, *handling* og *deltagelse* blev en samling af relevante begreber for undersøgelsen og blev benyttet til at skabe kongruens mellem

formål, metode og resultat, hvilket er i overensstemmelse med Maxwells (2005) skabelse af sammenhæng. Ligeledes understreger Kvale og Brinkmann (2015), at det er nødvendigt at have en reflekteret tilgang til den viden, der skal undersøges i et interview, hvilket understøttede arbejdet med Jensens (2011) begreber i den kvalitative undersøgelse. Dette understøttede en deduktiv tilgang. En deduktiv tilgang blev dermed en styrke, da det konkretiserede og målrettede temaerne i det semistrukturerede interview, og derfor øger troværdigheden af undersøgelsen. Omend Jensens (2011) begreber er anvendt som inspiration til udarbejdelsen af interviewguiden, kan det diskuteres, hvorvidt Jensen (2011) kan betragtes som en teori og deraf, om tilgangen i interviewguiden var overvejende deduktiv. Ifølge Moore & Evans (2017) bør der ikke vælges en teori, blot fordi det er en middle-range teori, da det kan føre til uhensigtsmæssigt valg af teori. I tillæg hertil påpeger Maindal & Overgaard (2022), at det er svært at definere, hvornår der er tale om en middle-range teori, og at det ikke er afgørende, hvorvidt teorien er mikro, middle-range eller grand, samt hvilken teoriform der bør vægtes højest i udviklingen af interventioner. Uanfægtet teoriens karakter er Jensen (2011) valgt, fordi hans begreber passer til det undersøgte fænomen, hvilket er en styrke i specialet. En inadækvat teori ville medføre risiko for at overse mekanismer, som egentlig opretholder problemet, der ønskes løst (Moore & Evans, 2017), hvorfor Jensens (2011) teori anses som passende for udarbejdelsen. Det samme gjorde sig gældende i søgen efter konkrete synonymer i den systematiske litteratursøgning, hvor Jensens (2011) begreber skabte præcision i søgeresultaterne, som omfattede det undersøgte problem. Begreberne fra Jensen (2011) har dermed bidraget til at præcisere og målrette metodiske valg for både den kvalitative undersøgelse og den systematiske litteratursøgning, hvilket understøtter skabelse af sammenhæng jf. Maxwell (2005).

13.1.3 Diskussion af den kvalitative metode

13.1.3.1 Individuelle interviews

Interview vurderes at være en velegnet metode til besvarelse af problemformuleringen, da formålet er at beskrive og forstå den interviewedes livsverdensopfattelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Det blev valgt at udføre individuelle interviews, idet der blev berørt emner af følsom karakter, herunder mor-barn-forhold samt til- og fravalg omkring kvindens og barnets sundhed. Var det derimod valgt at udføre fokusgruppeinterviews med et antal kvinder, kunne dette formodentligt have betydet, at nogle af informanterne ville have sat flere ord på deres oplevelser ved at genkende udsagn fra andre informanter og sætte gang i nye refleksioner.

Omvendt vil et fokusgruppeinterview indebære nogle uhensigtsmæssige forhold, herunder at gøre det mere udfordrende at holde samtalen kørende med tilbageholdende informanter, hvorfor større fokus er nødvendigt på positionering af informanter end at genkalde faktiske oplevelser i forløbet efter graviditeten. Det blev derfor vurderet, at det individuelle interview gav mulighed for at skabe et trygt rum, hvor kvinderne ikke blev presset eller tvunget til at have en bestemt holdning, men kunne udtrykke sig frit. Ligeledes tillod individuelle interview at åbne op for stigmatiserende elementer som skyld, skam og overvægt, uden at det påvirkede nogle informanter negativt, hvilket blev vurderet vigtigere end de fordele, fokusgruppeinterviewet kunne have givet. Individuelle interviews vurderes således at være den bedst egnede metode til besvarelse af problemfeltet og indholdet.

13.1.3.2 Rekruttering af informanter

I rekrutteringen af informanter blev en *purposeful sampling* af Merriam og Tisdell (2016) anvendt. Denne rekrutteringsstrategi bidrog med informanter, som kunne give perspektiver til specialets formål om at undersøge mødet med sundhedsprofessionelle samt det oplevede forløb efter en graviditet med GDM. En type af *purposeful sampling* er maksimum variation, som tilstræber at indhente en bred informantgruppe på karakteristika (Merriam og Tisdell, 2016). Der blev i specialet tilstræbt at sikre en omhyggelig udvælgelse af informanter med forskellige karakteristika på uddannelsesniveau, alder og fødselstidspunkt ud fra de informanter, der henvendte sig. Denne tilstræbelse er medvirkende til at øge overførbarheden. Imidlertid havde alle informanterne en erhvervsuddannelse, en mellemlang eller lang videregående uddannelse, hvilket indikerer en informantgruppe med forholdsvis gode ressourcer, idet informantgruppen ikke repræsenterer eksempelvis ufaglærte eller arbejdsløse. Det betyder, at specialets overførbarhed svækkes en smule. Det kan antages, at den inkluderede informantgruppe i højere grad kan forstå og overskue information, finde overskud til at følge de anbefalede retningslinjer og opsøge yderligere hjælp og information sammenlignet med informanter med lavt uddannelsesniveau og typisk ressourcetsvage på baggrund af health literacy. Fraværet af lavtuddannede og typisk ressourcetsvage kan således påvirke fundene. Ligeledes var informantgruppen i alderen 35 og 45 år, hvilket er over gennemsnittet for fødende kvinder i Danmark, som i 2021 var 31 år (Danmarks Statistik, u.å.), hvorfor informanterne kun repræsenterede denne aldersgruppe, som endvidere kan svække overførbarheden.

Rekruttering foregik via Facebookopslag på specialegruppens private Facebook, hvilket også kan mindske muligheden for at opnå en tilstrækkelig *maksimal variation*. Dette fordi

specialegruppens netværk sandsynligvis i højere grad vil ligne specialets medlemmer på flere karakteristika. Specialegruppen havde forsøgt at benytte terminsgrupper i diverse Facebookgrupper for at indhente en bredere uddannelsesgruppe, men blev afvist i at lave et opslag om en undersøgelse, hvorfor dette ikke blev muligt. Det kan formodes, at terminsgrupper eller en anden indgang til rekruttering af informanter kunne have medført en bredere skare af informanter på uddannelsesniveau og andre karakteristika og dermed tilstræbe højere *maksimal variation*. Omend det indikerer, at der ikke er opnået *maksimal variation* på alder og uddannelsesniveau, kan fundene give et kvalificeret bud grundet en opnået troværdighed på baggrund af informantgruppen. Overførbarheden bør dog overvejes, eftersom undersøgelsen i højere grad udtaler sig om ressourcestærke kvinder. En styrke for troværdigheden er, at der på trods af et privat Facebookopslag ikke var relationelle forhold mellem specialegruppen og informanterne. Eftersom Facebookopslaget resulterede i et antal informanter, som overgik specialets omfang, kunne der foretages en målrettet udvælgelse af informanterne ud fra de kvinder, der henvendte sig, som har bidraget til størst mulig *maksimal variation*.

Det er væsentligt at vurdere, hvordan der opnås datamætning i ens forskning. Ifølge Moser og Korstjens (2018) opnås datamætning, når nye interviews ikke tilfører ny viden om fænomenet til analysen. Diversitet i informantgruppen, omfanget af fænomenet samt datas informationsrigdom er betydende elementer for vurderingen af datamætning (Moser & Korstjens, 2018). Specialet indebar syv interviews, hvortil Maxwell (2012), i relation til hans validtetsbegreb *intensive, long-term involvement*, fremhæver, at længere tids undersøgelse giver bedre mulighed for at belyse undersøgelsens formål. Derfor kunne det have været relevant at udføre flere interviews, eventuelt over en længere periode, for at opnå et mere retvisende datagrundlag til problemfeltet. Modsat kunne specialegruppen fornemme et mønster i datasættet efter udførelsen af seks interviews, da flere af de samme perspektiver blev nævnt af informanterne, hvormed der ikke blev tilføjet nye relevante aspekter til fænomenet. Fornemmelsen blandt specialegruppen stemte fortsat, eftersom det syvende og sidste interview ikke tilføjede nye perspektiver, men blot bekræftede det eksisterende data. Moser og Korstjens (2018) argumenterer for, at der skal foretages en intersubjektiv vurdering af forfatterne i forhold til, hvorvidt datamætning er opnået. Hvis informantgruppen repræsenterede større diversitet, kan det formodes, at flere nuancer af fænomenet kunne være fremkommet. Ud fra Moser og Korstjens' (2018) fremgangsmåde til vurdering af datamætningens opnåelse, kan der argumenteres for, at de syv informanter kan besvare problemformuleringen, og at

datamætningen er forsøgt opnået på baggrund af de inddragede informanter. På baggrund heraf styrkes troværdigheden i specialet, da der vurderes at være et tilstrækkeligt datagrundlag til at kunne konkludere et validt resultat.

13.1.3.3 Udførelse af interview

Interviewene blev afholdt på Teams eller ved et telefonopkald efter informanternes ønske. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) er telefoninterviews en adækvat indsamlingsmetode i kvalitativ forskning. Målgruppen vurderes særligt at kunne medvirke i virtuelle interviews, idet informanterne på baggrund af alder formodes at være vant til brug af teknologi. Da rekrutteringen foregik via Facebook, var der en sandsynlighed for, at informanterne var geografisk spredt. Dette var også tilfældet med deltagerne, hvorfor virtuelle interviews gav mulighed for at inkludere informanter, der var bosat længere væk. Det var endvidere tidsbesparende, da der ikke skulle indgå transport samt nemmere at finde et passende tidspunkt for både interviewer og informant. Telefoninterviews kan gøre det mere fordelagtigt for informanterne at deltage, da informanterne er mere anonyme (Sweet, 2002). I lyset af det kan de virtuelle interviews vurderes som en styrke for dataindsamlingen i specialet, da det kan formodes, at nogle kvinder med tidligere GDM vil finde emnet følsomt, hvorfor større anonymitet kan være en fordel i undersøgelsen.

Eftersom interviewene ikke blev afholdt fysisk, er det væsentligt at være opmærksom på, at interviewet kan virke mere upersonligt, da telefoninterviews forhindrer den visuelle kontakt (Sweet, 2002). Denne problemstilling anses dog ikke at være gældende for de interviews, der blev foretaget på Teams. Intervieweren oplevede endvidere, at en ulempe ved virtuelle interviews var, at pauser resulterede i akavethed og fremstod mindre acceptable, hvilket intervieweren forsøgte at imødekomme ved at nævne for informanten, at pauser til refleksion var helt acceptable og fuldt forståelige. Tekniske problemer var ligeledes en barriere, men i tilfælde, hvor forbindelsen røg, forsøgte intervieweren venligt at få informanten til at gentage det sagte. Ved at få informanterne til at gentage mindskede det muligheden for, at det sagte blev mistet. Det vurderes derfor ikke at have haft betydning for interviewene.

13.1.3.4 Transskription af interview

Intervieweren transskriberede egne interviews, hvilket var medvirkende til at styrke troværdigheden. Ifølge Brinkmann & Tanggaard (2020) er det fordelagtigt at transskribere egne interviews for at muliggøre inddragelse af hukommelsen og høre den præcise ordlyd på

optagelsen og derigennem at komme dybere ind i materialet. Transskriptionen er udført kort tid efter udførelsen, så det var nogenlunde klart i erindringen, hvad der blev sagt, hvilket også øger troværdigheden (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Da transskriptionen er udført detaljeret i forhold til informanternes præcise udtalelser, er dette medvirkende til at sikre validitet i undersøgelsen ud fra Maxwells (2012) begreb *rich data*, som blandt andet betyder, at transskriptionen skal foretages ordret.

Endvidere blev interviewene transskriberet sideløbende med dataindsamlingen, hvilket ifølge Merriam og Tisdell (2016) muliggør, at det undervejs bliver synligt, hvad der gør sig gældende inden for det givne fænomen og spørge uddybende ind til dette i efterfølgende interviews. Dog var specialegruppen opmærksom på, at dette kunne påvirke de stillede spørgsmål til deltagerne under interviewet og dermed pege interviewet i en bestemt retning. Konsistensen øges ved, at der er opsat retningslinjer i en transskriptionsguide forud for transskriptionerne for at ensrette tekstmaterialet.

13.1.3.5 Analysestrategi

Analysestrategien tog udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds (2016) udlægning af den hermeneutiske analyse. Denne analysestrategi stemmer godt overens med den hermeneutiske videnskabsteori, som er anvendt i specialet, hvorfor der er sikret kongruens mellem disse valg, hvilket styrker troværdigheden jf. Maxwell (2005). I anvendelsen af en hermeneutisk videnskabsteori og hermeneutisk analysestrategi har det givet specialegruppen mulighed for at eksplicitere deres forforståelser samt anvende dem. Det kan ikke udelukkes, at fund, der passer til forforståelserne, er vægtet højere i den samlede analyse. Konsistensen øges, idet der er gennemsigtighed i analyseprocessen i et forskerlog, som af Merriam og Tisdell beskrives at være en dokumentation, hvor det er afbilledet, hvordan resultaterne er fremkommet (Merriam & Tisdell, 2016). I bilag 4 og 5 illustreres, hvordan kodning og analyse er udført ved brug af skemaer og oversigter i Excel og Word. Der er anvendt forskertrianglering i fortolkningsprocessen, da alle gruppemedlemmer uafhængig af hinanden har taget del i analysen. Dette styrker troværdigheden og er ligeledes et vigtigt element i at sikre validitet i en kvalitativ undersøgelse (Maxwell, 2012).

13.1.3.6 Etiske overvejelser

Kvinderne blev i interviewene oplyst om en større risiko for at udvikle type 2-diabetes, hvilket efterlod en, for nogle kvinder, ny viden, der bør forholdes til af etiske grunde. Under udførelsen

af interviewene var informanterne overraskede over den viden, interviewerens frembragte. I situationen blev informanterne af interviewerens hjulpet til handling ved at informere om, at de ikke ville misbruge systemets ressourcer ved at tage kontakt til egen læge med henblik på en screening eller samtale om forebyggelse, som de var blevet opmærksomme på under deltagelse i interviewet. Rent etisk vurderes informanterne at være bedre oplyst end ikke oplyst med informationen, og interviewerens var bevidst om, at et sundhedsvæsen ville gribe informanterne, såfremt de ville oprette kontakt hertil. I den sammenhæng var det også væsentligt at påpege over for informanterne, at ærindet ikke var at diagnosticere eller vejlede i forhold til sygdommen, og at det blev klarlagt for informanterne, at specialegruppen ikke var læger eller andre sundhedsprofessionelle, som beskæftiger sig med denne sygdom. Informanterne deltog desuden frivilligt, og de var dermed primus motor for at henvende sig til specialegruppen, hvorfor et pres for deltagelse anses at være reduceret.

Som en del af debriefingen blev informanterne spurgt til interviewets forløb samt deres oplevelse med interviewet, hvilket ligeledes vurderes ud fra et etisk perspektiv at efterlade informanterne trygge, når interviewet afsluttes. Til dette angav alle informanterne, at interviewet havde været en god oplevelse, samt at interviewet havde motiveret dem til at kontakte egen læge med henblik på sygdomsrisikoen efter graviditeten. Dette kan pege på, at interviewet medførte en øget handlekompetence blandt kvinderne.

13.1.4 Diskussion af den systematiske litteratursøgning

13.1.4.1 Valg af databaser

I den systematiske litteratursøgning blev der søgt i fire sundhedsfaglige databaser: PubMed, Embase, Cinahl og Cochrane. Lund et al. (2014) argumenterer for, at præcisionen øges, når søgningen foretages i tre til fem databaser, hvilket således er opfyldt i specialet. Det kan overvejes, om søgning i andre databaser ville være mere relevante til besvarelse af problemformuleringen. PsycInfo indeholder litteratur af psykologisk og sociologisk karakter (Lund et al., 2014), hvilket søgeprofilens tredje fokus omhandler. En søgning i PsycInfo kunne formodentlig have resulteret i flere referencer, omend databasens størrelse er mindre, og at dette kunne give dubletter fra Embase eller PubMed. Sociological Abstract kunne ligeledes have været en relevant database, da den samler samfundsvidenskabelige artikler, som havde bidraget med et sociologisk- og samfundsperspektiv (Lund et al., 2014). De fire valgte databaser anbefales til undersøgelser inden for sundhedsområdet, eftersom de er hyppigst

anvendte, lettest tilgængelige og ofte indeholder de samme artikler, som findes i mindre sundhedsvidenskabelige databaser (Lund et al., 2014). Hvorfor disse anses for at være de mest relevante databaser til at understøtte validitet for undersøgelsens formål.

13.1.4.2 Søgestrategi

For at højne validiteten blev synonymmer i de tre fokusområder fundet gennem en iterativ proces (Lund et al., 2014). Dette blev gjort gennem søgning på Google, i sundhedsvidenskabelige databaser samt relevante artiklers keyword-listes. Modsat kan det være vanskeligt at vide sig sikker på, hvornår der er opnået høj præcision. Den endelige søgning af de sammensatte fokusområder viser imidlertid relevante resultater, hvorfor det må formodes, at de endeligt udvalgte synonymmer har understøttet en højere validitet. Validiteten er ydermere øget ved at inddrage en informationsspecialist, som, i samarbejde med specialegruppen, har bidraget med synonymmer til den endelige søgeprofil. Endvidere er en styrke ved søgestrategien, at der forekommer 165 dubletter, hvilket ifølge Buus et al. (2008) peger på en høj præcision, eftersom søgningen har indfanget de tilstedeværende referencer i databaserne.

På samme måde som synonymmerne blev vurderet i en iterativ proces, blev det afprøvet og nøje overvejet, hvordan forskellige søgeteknikker kunne anvendes til at skabe yderligere præcision i fritekstsøgningen, herunder ved anvendelse af fraser og trunkering. Fraser blev hyppigt anvendt, eftersom flere af synonymmerne i dette fokus var sammensatte begreber, hvorfor fraseanvendelse har højnet validiteten. Ved anvendelse af trunkering inkluderes flere endelser på et søgeord, hvilket er med til at udbrede søgningen (Lund et al., 2014). Hertil påpeger Lund et al. (2014), at det er vigtigt at overveje, hvornår trunkering anvendes for, at søgningen ikke udelukker relevante referencer. Ved afprøvningen af trunkering på enkelte synonymmer, eksempelvis "remote consultation*" blev det dog ikke vurderet at ændre søgningens resultat betydeligt, da det kunne resultere i irrelevante referencer. Samtidig reducerede dette arbejdet i sorteringen af referencer, hvilket mindskede fejlagtig frasortering af referencer. Det blev derfor vurderet, at trunkering ikke skulle anvendes i søgestrategien.

I fokuslistens tredje fokus fremgår en del synonymmer for handlekompetence. Dette er et resultat af Bjarne Bruun Jensens fortolkning af handlekompetence, da begrebet kan sidestilles med flere synonymmer (Jensen, 2011). Eftersom begrebet er bredtfavnende, kan det antages, at der på trods af mange synonymmer fortsat vil være synonymmer, som ikke er fremkommet i resultatet af den endelige søgning. Dog er processen, som nævnt, foretaget iterativt, og der er både til- og

fravalgt adskillige synonymer undervejs, hvilket indikerer, at det er nøje udvalgt, hvorvidt søgeordene havde relevans for besvarelse af problemfeltet. Eksempelvis havde den initierende søgning en thesaurus kaldet “behaviour and behaviour mechanisms”, som tydede på at være for bred, og dermed gav for mange irrelevante artikler.

Den systematiske litteratursøgning bidrager til at besvare, hvordan sundhedsprofessionelle kan fremme kvindernes handlekompetence. Der blev dog i den initierende søgning foretaget et valg om at udelade et fjerde fokus “sundhedsprofessionelle” til trods for, at "sundhedsprofessionelle" er et nøgleord i undersøgelsesspørgsmålet. Dette fordi det fjerde fokus skabte for meget støj og gjorde søgeresultatet upræcist. Alligevel er det hensigten at drage resultaterne af teknologien over på sundhedsprofessionelle. Valget om at udelade “sundhedsprofessionelle” som fokus har nødvendiggjort et mere omfangsrigt sorteringsarbejde for at sikre relevante artikler. Modsat kan der argumenteres for, at flere af de valgte synonyme, eksempelvis *handlekompetence* og *empowerment*, er elementer, der udvikles i samarbejde med sundhedsprofessionelle. Handlekompetence udvikles ifølge Jensen (2011) mellem sundhedsprofessionelle og individet. Således kan der argumenteres for, at sundhedsprofessionelle indgår i søgningen, da mange af de fremsøgte artikler tager udgangspunkt i, at teknologi kan supplere det sundhedsfaglige arbejde.

13.1.4.3 In- og eksklusionskriterier og udvælgelse af artikler

Det blev til en start valgt at inkludere artikler med kvinder med GDM både under og efter graviditeten, da det umiddelbart kunne formodes, at de samme virksomme mekanismer gjorde sig gældende. Ydermere ville søgningen resultere i flere artikler, som potentielt kunne overføres til specialet, uanfægtet om teknologien blev benyttet under eller efter graviditeten. Det blev dog tydeligt i læsningen af abstractet under udvælgelsesprocessen, at kvinderne på en anden måde er motiverede for deres livsstil, når barnet er i maven. Derfor blev inklusionskriteriet om kvinder med GDM efter graviditeten opsat inden fuldtekstlæsningen af artiklerne. Hvis inklusionskriteriet havde været opsat på samme tidspunkt som de andre kriterier, havde der været foretaget en mere målrettet udvælgelse på GDM efter graviditeten fra starten. Dog vurderes kriteriet at have medført en mere konkret og målrettet søgning, hvorfor det at opsætte kriteriet senere anses fordelagtigt frem for slet ikke at have opsat kriteriet. Dette øger den interne og eksterne validitet.

Desuden kan det overvejes, hvorvidt inklusionskriteriet på vestlige lande skulle have været undladt. Havde inklusionskriteriet været undladt, ville overførbareheden af artiklen til specialet blive svækket, eftersom artikler fra lande i eksempelvis Asien ville blive tilvalgt. Omvendt kan opsætningen af inklusionskriteriet have medført en frasortering af hits, som var relevante på andre karakteristika end geografiske forhold, hvorfor kriteriet formentlig har medvirket til at udelade relevante artikler. Dog vurderes inklusionskriteriet at sikre størst mulig overførbarehed til specialets målgruppe.

13.1.4.4 Kritisk læsning af artikler

Anvendelse af tjeklister af JBI anses som en styrke for validiteten. Dette fordi tjeklister er et standardiseret værktøj til at undersøge metodisk kvalitet i videnskabelige artikler (Lund et al., 2014). Som tillæg til tjeklisterne foretog specialegruppen en vægtning, hvor de inkluderede artikler blev vurderet af enten lav, middel eller høj kvalitet. Der foreligger dog ingen guideline for, hvornår artiklen skal rangeres af hvilken kvalitet, hvorfor specialegruppen har måttet foretage en intersubjektiv vurdering. En guideline for rangeringen med klare retningslinjer kunne have højnet specialets validitet. Dog gav vægtningen mulighed for at vurdere, i hvor høj grad artiklernes resultater blev anvendt i specialet. En styrke for validiteten er, at specialegruppen har samarbejdet om udvælgelsen af artiklerne samt den kritiske læsning, hvorfor resultatet er et produkt af forskertrianglering.

13.2 Resultatdiskussion

I det følgende afsnit vil resultaterne af de kvalitative interviews samt artiklerne fra den systematiske litteratursøgning blive diskuteret med inddragelse af relevant teori.

13.2.1 Øget information og individuel vejledning i et tilbud

Et centralt synspunkt, der fremgår af de kvalitative interviews samt artiklerne er, at kvinderne ikke oplever at have fået tilstrækkelig opfølgning, støtte og viden om deres sundhedsrisici og handlemuligheder. Dette medfører, at kvinderne selv opsøger viden på Google og støtte gennem netværk og sociale medier i tiden efter graviditeten. For at belyse kvindernes behov for øget viden, kan Giddens (2019) perspektiv om et reflekterende individ inddrages. Giddens' (2019) forklaring om det reflekterende individ omhandler, at individet i det senmoderne samfund anses for at være selvreflekterende, selvbestemmende og være bevidste om dets handlemuligheder, hvor selvrefleksion går på et behov for at søge viden. I lyset af Giddens' (2019) perspektiv kan der argumenteres for, at kvinderne søger viden, fordi de er

selvreflekterende, og dermed er bevidste om at have behov herfor. Der kan imidlertid sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt den øgede viden er kvindernes eget behov eller et resultat af det samfund, de lever i. Strukturen i det senmoderne samfund er, ifølge Giddens (2019), blevet mere kompleks, og individet er blevet mere afhængighed af de moderne strukturer. Derfor kræves det ligeledes, at individet er refleksivt for at kunne navigere i den viden og det samfund, som det befinder sig i (Giddens, 2019). Således kan der argumenteres for, at det senmoderne samfund er komplekst og kræver af kvinderne, at de søger mere viden for, at de kan navigere som individ i denne kompleksitet, som er en nødvendighed i det senmoderne samfund.

I forlængelse af dette synspunkt fremhæver resultaterne fra de kvalitative interviews, at kvinderne ønsker en individuel vejledning fra sundhedsprofessionelle. Artiklerne understøtter denne pointe og uddyber, at en individuel tilgang vil være en motivator for at opretholde eller ændre sundhedsadfærd for kvinderne. Samtidig vil en individuel tilgang øge handlekompetence og sundhedsrelateret livskvalitet. Fundene fra de kvalitative interviews og artiklerne kan understøttes af Pelzangs (2010) review af *patient-centered care* (PCC), som er en patienttilgang, som sundhedsprofessionelle skal være opmærksomme på i deres kommunikation til patienten. Perspektivet på PCC omhandler, hvordan sundhedsprofessionelle gennem information og vejledning skal tage patientens perspektiv, så der opretholdes autonomi og selvbestemmelse, og at dette kan føre til empowerment hos patienten (Pelzang, 2010). Med afsæt i Pelzangs (2010) synspunkter om PCC og resultaterne fra specialets to undersøgelser vil der på den ene side kunne argumenteres for, at det er essentielt at indtænke elementer som øget information og personcentreret vejledning. På den anden side sætter Cho & Salmon (2007) et kritisk perspektiv på øget information, da de mener, at det kan føre til utilsigtede konsekvenser. En øget mængde sundhedsinformation kan ifølge Cho & Salmon (2007) lede til større bekymring for eget helbred, hvilket kan påvirke individets trivsel. Denne påstand understøttes af kvindernes udtalelser fra de kvalitative interviews, hvor det fremhæves, at øget information både kan lede til fanatiske sundhedsadfærd og en følelse af angst. Modsat argumenterer Pelzang (2010) for, at PCC-tilgangen antager, at individet er kvalificeret til at vurdere deres egne behov så længe, at individet får passende sundhedsvejledning, så de kan tage et informeret valg.

Pelzang (2010) understreger, at en PCC-tilgang kan være udfordrende at implementere, fordi det kræver strukturelle ændringer på et organisatorisk niveau. Hertil fremhæver Pelzang (2010) flere elementer, som kan være barrierer for at implementere et patientcentreret fokus: Manglende koordination, samarbejde og kontinuitet af sundhedsforløbet og dominans af den

biomedicinske model i sundhedsvæsenet. Pelzangs (2010) pointe om et sundhedsforløb med manglende koordination, samarbejde og kontinuitet i sundhedsvæsenet vil være en barriere for, at kvinderne bliver tilbudt den information og støtte, som ellers havde til hensigt at understøtte handlekompetence og dermed handle med henblik på at reducere type 2-diabetes. Dette synspunkt findes ligeledes i resultaterne fra de kvalitative interviews, hvor kvinderne oplever, at sundhedsprofessionelle ikke tager initiativ og ansvar for kvindernes tidligere GDM. Kvinderne oplever, at deres situation efter graviditeten tenderer til negligeres fra sundhedsprofessionelle på trods af en forøget risiko for udvikling af type 2-diabetes. Det andet synspunkt på barrierer er det biomedicinske fokus, som præger sundhedsvæsenet og dens tilgang til borgere og patienter. Denne barriere understøttes ligeledes af fund fra de kvalitative interviews. Her beretter kvinderne om, hvordan egen læge ofte har fokus på at behandle frem for at forebygge, hvilket resulterer i, at kvinderne er usikre på, hvorvidt det er legitimt for dem at kontakte egen læge med henblik på deres sygdomsrisiko efter graviditeten. På trods af, at øget information og patientcentreret vejledning afvejes til at være gavnlige i en forandring af det nuværende tilbud, er der flere organisatoriske strukturer, herunder det biomedicinske fokus samt manglende samarbejde, kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet, som begrænser den gavnlige effekt af dette. Derfor bør en forandring i et fremtidigt tilbud udvikles, så det kan imødekomme disse barrierer.

13.2.2 Risikodiskursens påvirkning på kvinderne med tidligere GDM

Vi lever i dag i et risikosamfund, hvor individet må leve med en bevidsthed om, at de valg, der træffes nu, kan medføre en risiko på længere sigt (Beck, 1999). At være i risiko er ikke ensbetydende med fremtidig sygdom. Flere af de individer, der tilhører en bestemt risikogruppe, vil aldrig erhverve sygdommen (Hollnagel og Malterud, 2002). Derfor vurderes det væsentligt at overveje og diskutere, hvordan risikodiskursen påvirker de individer, der bliver placeret i en risikogruppe, i dette tilfælde kvinderne med tidligere GDM.

På den ene side kan det antages, at information og vejledning om risikoen for type 2-diabetes, som kvinderne er associeret med, kan medvirke til, at kvinderne ledes i retning af en forebyggende sundhedsadfærd, som kan gavne deres fremtidige helbred. Forebyggelsesindsatser har til hensigt at få borgere til at handle på en bestemt måde for at forebygge sygdom (Vallgård et al., 2014). Michel Foucaults (2008) begreb *governmentality* kan benyttes til at belyse dette synspunkt. *Governmentality* er en kontrollerende styringsmekanisme og betyder styring gennem selvstyring, hvilket kan ses som en form for

magt (Foucault, 2008). Med afsæt i *governmentality* kan der argumenteres for, at sundhedsprofessionelles information om risikoen for type 2-diabetes og vejledning i håndteringen af denne risiko kan bevirke, at kvinder med tidligere GDM styres til selvstyring, hvor resultatet kan være en sundhedsadfærd, der forebygger udviklingen af type 2-diabetes. Ifølge Foucault skal magt ikke ses som udelukkende negativt eller som et begreb, der er knyttet til dominans eller en ressource, som individet besidder (Foucault, 2008). Magt anskues som kræfter, der påvirker et individ, er produktiv og kan ligeledes have en positiv effekt (Foucault, 2008). I lyset af dette kan risikodiskursen være medvirkende til at selvstyre kvinderne til en forebyggende sundhedsadfærd, som ikke skal forbindes med en negativ form for dominans fra sundhedsprofessionelles side. Hertil kan ønsket om at øge kvindernes handlekompetence ses som en styringsmekanisme til selvstyring. At styrke handlekompetence hos borgere sker netop med henblik på, at borgerne skal styre sig selv i den retning, der antages at være bedst for dem (Vallgård et al., 2014). Styring til selvstyring er en form for magtudøvelse og styringsmekanisme, som for borgerne kan være en positiv oplevelse, der bevirker et bedre liv (Vallgård et al., 2014). På baggrund af dette kan der argumenteres for, at kvinderne kan styres til selvstyring af en sygdomsreducerende adfærd med øget viden og vejledning om håndteringen af risikoen. Denne form for forebyggelse og styring skal således ikke forbindes med en negativ magtudøvelse over for kvinderne, men kan resultere i et bedre helbred for kvinderne med tidligere GDM.

Omvendt kan risikodiskursen om kvinder med tidligere GDM anskues som en form for kontrol af kvinderne, der ikke nødvendigvis vil bidrage til en bedre håndtering af risikoen for type 2-diabetes, hvilket kan resultere i nedsat livskvalitet. I de kvalitative interviews fremgår det, at viden om kvindernes øgede risiko kan være forbundet med overbekymring og potentiel ugunstig sundhedsadfærd, samt at kvinderne placeres i en gråzone mellem sygdom og raskhed. Ifølge Deborah Lupton (1993) er diskursen om risiko i folkesundhedsvidenskab ikke et neutralt begreb, men her betyder risikobegrebet "fare" og udspringer af individets livsstilsvalg. Risikobegrebet har, ifølge Lupton (1993), en politisk og moralsk funktion og kan blandt andet benyttes som et politisk våben og til kontrol. Risikodiskursen kan ligeledes anvendes til at udtrykke meninger om handlinger, der anses som socialt upassende og resulterer i "blaming the victim" (Lupton, 1993). I lyset af Lupton kan der modsat argumenteres for, at risikodiskursen kan blive en måde, hvorpå sundhedsprofessionelle forsøger at kontrollere, hvilken sundhedsadfærd der anses som rigtig og forkert hos kvinderne i forebyggelsen af type 2-diabetes. Derved risikerer kvinderne ligeledes at blive stigmatiseret på baggrund af deres

livsstilsvalg. Endvidere kan der argumenteres for, at risikodiskursen kan resultere i en medikalisering tankegang hos kvinderne. Medikalisering er, at individet gøres til genstand for medicinske interventioner (Conrad, 1992). I den kvalitative analyse blev fundet at en overbæmsring om risici forbundet med GDM, kunne resultere i en omfattende sundhedsadfærd hos kvinderne og dermed påvirke kvindernes livskvalitet. Med medikalisering vil tidligere aktiviteter, som før var meningsfyldte, blive reduceret til en bevidst, rationel adfærd og med et diffust langtidssigte (Thing, 2009). På den måde kan risikodiskursen om kvinder med tidligere GDM resultere i stigmatisering og en medikaliseret hverdag, hvor kvindernes livskvalitet påvirkes negativt. Disse potentielt utilsigtede konsekvenser vurderes derfor at være væsentlige at overveje i forebyggelsen af type 2-diabetes hos kvinderne. Dette vurderes særligt relevant, taget i betragtning, at kvinderne blot er i risiko og at en del af kvinderne med tidligere GDM formodentlig aldrig vil udvikle type 2-diabetes. På den måde kan risikodiskursen hos nogle af kvinderne bidrage til unødigt bekymring og unødigt stort fokus på sygdomsreducerende adfærd med potentielt utilsigtede konsekvenser til trods for, at de aldrig vil erhverve sig sygdommen.

13.2.3 Teknologiens muligheder og begrænsninger

Af de kvalitative interviews og artiklernes resultater fremgår det, at teknologi kan være en relevant løsning til at understøtte kvinder med tidligere GDM i forløbet efter graviditeten. Ifølge Giddens (2019) bliver tid og rum i højere grad adskilt i det senmoderne samfund, hvor der sker en udlejning af sociale systemer, hvormed sociale systemer ikke i samme grad er bundet af at foregå på samme tid eller i samme rum. Modernitetens dynamikker, såsom teknologi, kan samtidig rekonstruere mulighederne for sociale handlinger. Denne fortolkning af Giddens (2019) understøttes og afspejles i fund fra artiklerne og de kvalitative interviews. Heri fremgår det, at teknologiske løsninger vil fjerne begrænsningerne ved at tage kontakt til sundhedsprofessionelle, som både relaterer sig til legitimiteten af at kontakte sundhedsprofessionelle og behovet for fleksibilitet i en travl hverdag. Yderligere viste fund fra de kvalitative interviews og artiklerne, at en app, som bidrager med viden og vejledning, øger oplevelsen af støtte og tryghed. Således vil teknologiske løsninger antagelig lette hverdagen, de bekymringer, der medfølger efter en graviditet med GDM samt skabe en tryghed. Fundene fra de kvalitative interviews og artiklerne peger samtidig på, at både sundhedsprofessionelle og online fællesskaber kan bidrage med støtte til at håndtere kvindernes adfældsændring mod at reducere type 2-diabetes. På den anden side blev det også fremanalyseret at online fællesskaber har negative utilsigtede konsekvenser, da kvinderne oplever at få unødigt kritik fra

andre, hvorfor online fællesskaber kan forringe støtten af teknologiske løsninger. Fokus bør derfor være på vidensbaseret information og vejledning af sundhedsprofessionelle.

Den teknologiske løsning anses, ud fra specialets fund, derfor som en central vidensformidler, hvor både Giddens (2019) og Pelzang (2010) vil mene, at individet selv kan reflektere over og sortere i den tilgængelige viden. Et modstridende synspunkt er dog, at health literacy er afgørende for, hvordan individet håndterer sundhedsrelaterede beslutninger. Til dette synspunkt argumenterer Nutbeam (2008) for, at health literacy er stærkt relateret til individets empowerment. Lav health literacy vil derfor ofte lede til ringere håndtering af sygdomsrisikoen, samt at individerne i visse tilfælde ikke gør brug af den tilgængelige sundhedsfaglige viden og services. Health literacy kan derfor være afgørende for, hvorvidt og hvordan kvinderne anvender en teknologisk løsning og den tilgængelige viden heri. Samtidig påvirker det også kvindernes evne til kritisk at vurdere den tilgængelige viden og den tidsmæssige ramme for, hvor længe en teknologisk løsning skal fastholde et fokus på deres sygdomsrisiko. Således vil den teknologiske løsning stille krav til kvindernes health literacy. Health literacy kan forklare den sociale ulighed i sundhed (Chinn, 2011), hvorfor der er risiko for, at der kan opstå ulighed i sundhed med en teknologisk løsning. Ligeledes viser evidens, at det ofte er ressourcestærke individer, der vil deltage i sundhedstilbud (Diderichsen et al., 2011). I lyset af dette vil en teknologisk løsning kunne risikere at øge uligheden i sundhed, hvis det hovedsageligt er ressourcestærke kvinder, der benytter sig af teknologien. Dermed bliver disse kvinders sundhed yderligere øget, mens det risikeres, at kvinder med færre ressourcer ikke får benyttet appen og får det optimale udbytte, hvilket de i højere grad kunne have behov for.

Der kan sættes spørgsmålstegn ved, om det at fastholde fokus på kvindernes sygdomsrisiko med en teknologisk løsning kan medføre gavnlige eller ugunstige effekter. En synsvinkel på dette er Conrads (1992) præsentation af, hvordan samfundet fastholder det forebyggende arbejde som medikaliseret, hvor individets adfærd sygeliggøres. På den ene side kan teknologien risikere at understøtte en medikalisering, fordi kvinderne fastholdes i deres sygdomsrisiko. Samtidig pointerer Conrad (1992), at medikaliseringen kan medføre at påvirke befolkningens holdning og den politiske agenda. Dette kan sættes i relation til fund fra de kvalitative interviews og artiklerne, som påpeger, at der florerer stigmatisering fra samfundet omkring GDM, hvorfor kvinderne gennem en teknologisk løsning kan risikere at blive fastholdt i en stigmatiserende sygdomskategori. Imidlertid kan en teknologisk løsning imødekomme, at

kvinderne ikke skal møde op hos sundhedsprofessionelle, men mere privat kan tilgå viden, hvilket kan anses at være mindre stigmatiserende.

Derudover fremgår det ligeledes af resultaterne fra de kvalitative interviews, at kvinderne oplever uklarhed om deres sygdomsrisiko. Kvinderne oplever at være placeret i en gråzone, da det efter graviditeten ikke er tydeligt, hvorvidt de fortsat er i sygdomskategorien. For bedre at kunne skabe afklaring for kvinderne, har fund fra den kvalitative undersøgelse vist, at kvinderne oplever det som væsentligt at få konkret viden om deres risiko samt håndteringen af denne. På den måde anses en teknologisk løsning med viden og vejledning som medvirkende til, at kvinderne har en bedre forudsætning for en afklaring. Som en væsentlig afvejning til implementering af teknologiske løsninger, pointerer en rapport af Sundhedsstyrelsen, at både forebyggende og sundhedsfremmende indsatser rejser etiske problemstillinger, herunder hvorvidt der forekommer skadevirkninger som medikalisering (Holtug et al., 2009). Derudover bør der tages højde for health literacy, som skal inddrages som en del af det sundhedsfaglige arbejde (Nutbeam, 2008).

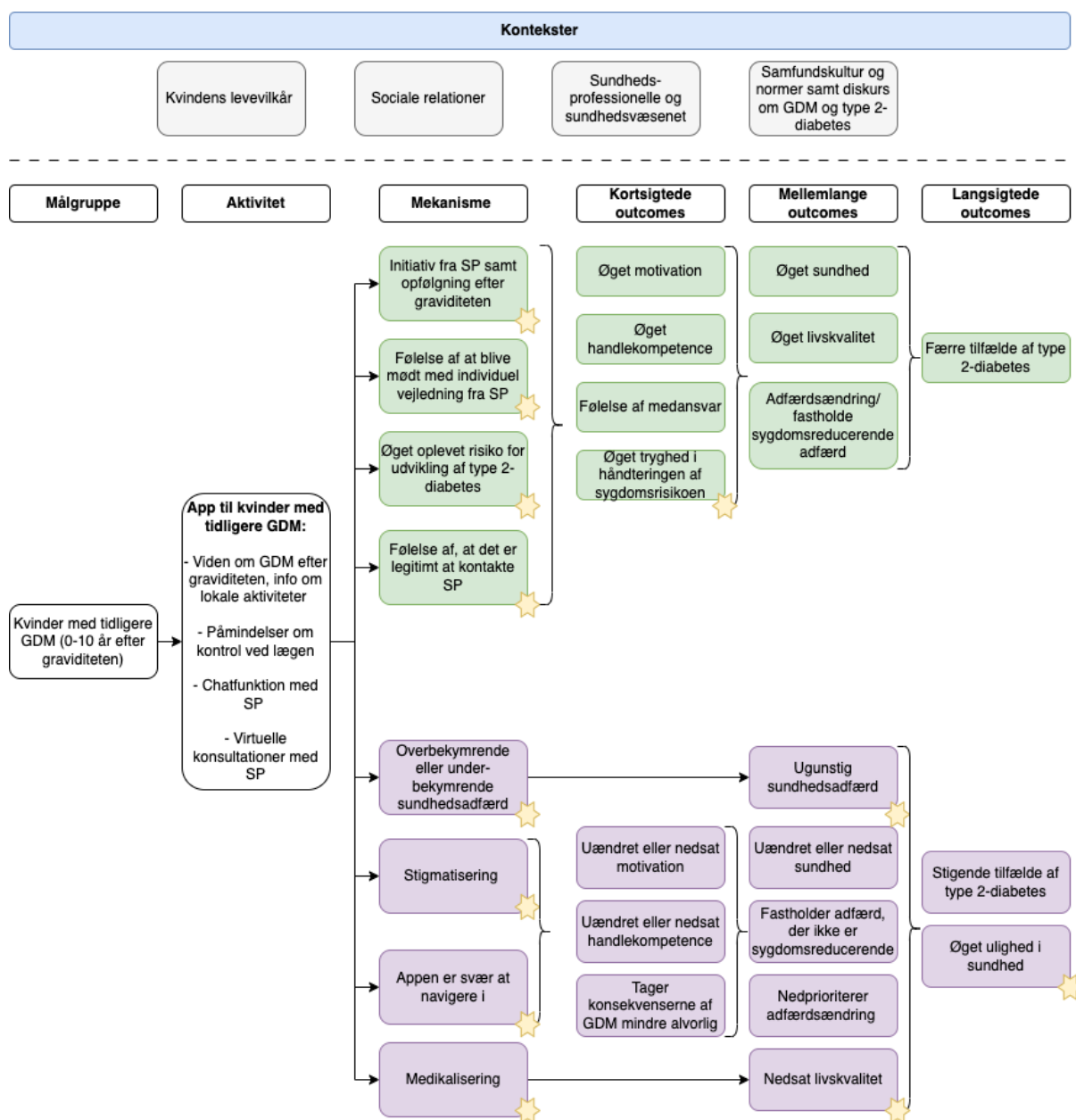
Som et samlende synspunkt, kan der ud fra de kvalitative interviews og artiklerne argumenteres for, at en teknologisk løsning både rummer adgang til kvalificeret viden, personlig vejledning fra en specialiseret sundhedsprofessionel og understøtte selvstyring til at håndtere den sundhedsmæssige risiko.

14.0 Forandringsforslag

I henhold til MRC-frameworket er ét af de seks kerneelementer: *forfin interventionen*, hvortil Maindal & Overgaard (2022) inddrager aktiviteten: *design og forfin tidligere versioner af interventionen*. I det følgende afsnit vil en revideret programteori blive fremvist. Den reviderede programteori danner grundlag for forandringsforslagene til tilbuddet til kvinder med tidligere GDM efter graviditeten. Programteorien er et eksplicit overblik over forandringsforslaget, som tager afsæt i problemanalysen, analysen af empiri samt en diskussion af specialets resultater.

Af figur 6 fremgår den reviderede programteori. Heri ses både elementerne fra den initierende programteori samt nytilkomne eller nuancerede elementer fra empiriindsamlingen og resultatdiskussionen. De nye elementer i programteorien er markeret med stjerner. Elementer

fra den initierende programteori, der ikke er ændret fra første version til den reviderede programteori, beskrives ikke i dette afsnit. Det er således kun de nye elementer i den reviderede programteori, der uddybes i dette afsnit.



Figur 6: Forandringsforslag til kvinder med tidligere GDM

Forandringsforslaget er en teknologisk løsning i form af en app til kvinder med tidligere GDM, der i programteorien fremgår som aktiviteten. Forandringsforslaget vil kunne udnytte det kendskab, nogle af kvinderne i forvejen har fra en app under graviditeten, som fundet i de kvalitative interviews. Igennem specialets resultater kan det udledes, at appen vil kunne

indeholde de elementer, som kvinderne efterspørger. Det foreslås som ideelle funktioner, at appen indeholder viden om GDM efter graviditeten, information om lokale aktiviteter, påmindelser om kontrol ved lægen, en chatfunktion samt virtuelle konsultationer med sundhedsprofessionelle. Fund i både problemanalysen, de kvalitative interviews og litteratursøgningen viste, at kvinderne har behov for kvalificeret viden om GDM efter graviditeten, som ikke blot er fremsøgt på Google. Viden på appen kan bidrage til en overskuelig viden, som øger tilgængeligheden, hvorfor kvindernes usikkerhed om, hvorvidt den korrekte viden er fremsøgt og kvaliteten af denne viden, mindskes. De positive udfald af fokus på viden gennem en app kan resultere i øget handlekompetence og øget tryghed i håndteringen af sygdomsrisikoen, som på længere sigt kan øge sundheden og livskvaliteten, og som i fremtiden kan reducere forekomsten af type 2-diabetes blandt målgruppen.

Det foreslås, at appen indeholder en funktion, hvor kvinderne kan få en påmindelse om opfølgning eller kontrol hos egen læge, for eksempel til at måle glukoseniveauet. Appens funktion i at sende påmindelser om opfølgninger og kontroller hos egen læge kan give kvinderne en følelse af, at sundhedsprofessionelle tager initiativ og ansvar for deres sygdomsrisiko, og at de ikke bliver glemt i systemet. Fundene fra både problemanalysen og de kvalitative interviews viste, at kvinderne oplevede, at sundhedsprofessionelle negligerer kvindernes risiko, hvilket appen er tiltænkt at mindske oplevelsen af. Endvidere vil dette formodes at øge kvindernes medansvar, som kan føre til øget motivation og handlekompetence og på længere sigt fastholde kvinderne i en sygdomsreducerende adfærd.

Med chatfunktionen i appen kan kvinderne ubesværet kontakte egen læge og andre sundhedsprofessionelle og dermed overkomme legitimiteten i at henvende sig til sundhedsprofessionelle, når kvinderne ikke er i en sygdomskategori med et umiddelbart behandlingsbehov, men blot ønsker forebyggende rådgivning. Legitimiteten i at kontakte egen læge blev i den kvalitative undersøgelse fundet at være en barriere for at komme til opfølgning og vejledning efter graviditeten. Ligeledes kan chatfunktionen tilpasses kvindernes travle hverdag, da den tilbyder bekvemmelighed ved nemt at kunne kontakte sundhedsprofessionelle om råd eller spørgsmål. Ydermere vil svar fra sundhedsprofessionelle gennem en chat desuden kunne medvirke til en individuelt orienteret tilgang til kvinderne, fordi sundhedsprofessionelle i højere grad kan individualisere vejledningen ud fra kvindernes behov og livssituation.

Slutteligt kan en funktion i appen indeholde en mulighed for at få virtuelle konsultationer med

sundhedsprofessionelle, som ville kunne imødekomme kvindernes ønske om en opfølgning efter graviditeten. Af de kvalitative interviews fremgår det, at kvinderne oplever, at sundhedsprofessionelle giver forskellig information, hvilket blandt andet gør kvinderne utrygge. Med den virtuelle konsultation vil kvinderne kunne få individuel vejledning, som giver mulighed for at oplyse om egne tanker, følelser og oplevelser med GDM, og som kan imødekommes via den individuelle vejledning. Dette vil give adgang til, at der er et særligt team af sundhedsprofessionelle, som forestår en vejledning med et mere konsistent indhold. Fundene fra de kvalitative interviews påpegede, at kvinderne med forskellig vægtstatus er usikre på, hvordan de skal navigere i den information, de får, da nogle af kvinderne ikke identificerer sig som en typisk person med type 2-diabetes i henhold til overvægt. Dette kan adresseres og udspecificeres i den virtuelle konsultation, således at en del af interaktionen tilpasses den enkelte kvinde. Også denne funktion vil formentlig øge legitimiteten af at kontakte sundhedsprofessionelle med en oplevelse af at blive mødt og taget alvorligt. Ud fra kvindernes kontekst vil de få en personlig respons på deres henvendelse, hvilket kan medføre, at kvinderne føler sig mødte og får forståelse for deres egen øgede risiko, som kan øge deres motivation til at handle mod en sygdomsreducerende adfærd. Fund fra litteraturstudiet viste, at individuel vejledning var muligt gennem teknologi. Endvidere viste fundene i artiklerne og resultatdiskussionen, at en grundig introduktion er nødvendig samtidig med, at appen skal tilpasses den pågældende organisations struktur, som begge er elementer, der er faciliterende for en bæredygtig intervention.

Som en del af forandringsforslaget er det ligeledes væsentligt at identificere utilsigtede konsekvenser, som appen kan frembringe. Af figur 6 fremgår de negative utilsigtede konsekvenser, som er markeret med lilla farve. Ifølge Bonell (2015) skal der altid overvejes utilsigtede konsekvenser i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, da disse ikke kan undgås i sundhedsfaglige interventioner. Det er væsentligt at pointere, at der er risiko for, at appen kan øge ulighed i sundhed. Eftersom funktionernes anvendelse fortsat stiller krav til kvindernes kritiske sans i forhold til den tilgængelige viden, initiativ til at følge op på påmindelsen om opfølgning samt initiativ og engagement til at deltage i de virtuelle konsultationer og brug af chatfunktionen. Det er velkendt, at det er ressourcestærke individer, der deltager i forebyggende interventioner (Diderichsen et al., 2011), hvorfor det kan antages, at ressourcestærke kvinder i højere grad vil gøre brug af appen og dens funktioner. Dog vurderes appen i højere grad end det nuværende tilbud at kunne bidrage til mindre ulighed i sundhed. Ligeledes blev det fundet, at en utilsigtet konsekvens kan være stigmatisering af

kvinderne grundet risikodiskursen om GDM, samt at kvindernes sundhedsadfærd kan medikaliseres ved at fastholde kvindernes opmærksomhed på risikoen via appen. Det er samlet vurderet, at de negative utilsigtede konsekvenser ikke overskygger de tilsigtede positive konsekvenser. Da negative utilsigtede konsekvenser ikke kan undgås i sundhedsinterventioner (Bonell et al., 2015), bør de positive aspekter i en intervention veje tungere end de negative utilsigtede konsekvenser (Maindal & Overgaard, 2022). Yderligere utilsigtede konsekvenser vil undersøges og identificeres i en evaluering i en fortløbende fase, hvilket stemmer overens med MRC-frameworkets anbefalinger om en succesfuld intervention (Skivington et al., 2021).

Fundene i artiklerne viste, at onlinefora med andre kvinder var en mulighed for at opnå støtte efter graviditeten. Dog viste resultatdiskussionen, at dette kunne være forbundet med flere negative utilsigtede konsekvenser end positive effekter, herunder unødigt kritik fra andre, hvorfor denne funktion ikke tilbydes i dette forandringsforslag. Ligeledes vil et onlineforum med andre kvinder ikke være en måde, hvorpå sundhedsprofessionelle direkte vil kunne støtte kvinderne, hvilket er formålet med undersøgelsen i specialet. Dog ville det med appen være muligt at dele viden om lokale aktiviteter, som kvinder med tidligere GDM ville kunne deltage i og derigennem søge fællesskaber og støtte fra andre kvinder, hvorfor dette også ses som en del af programteorien.

15.0 Arbejdet med MRC-frameworket

MRC-frameworket har været anvendt som planlægningsmodel, hvor specialet har brugt udviklingsfasen som afsæt til at forandre tilbuddet til kvinder efter en graviditet med GDM. Frameworket har særligt til hensigt at udvikle komplekse interventioner, hvorfor det anses som en styrke for specialet, at der er taget afsæt i MRC-frameworkets udviklingsfase. Dette fordi det er en kompleks problemstilling at omfatte alle kvinder med GDM, da der er differentierede behov og skiftende kontekstuelle betingelser at tage højde for. Af denne grund er forandringsforslaget forsøgt udformet, så det med individuel vejledning kan tage højde for kompleksiteten og skiftende kontekster og dermed give et eksempel på et tilpasningsdygtigt forandringsforslag. Specialets udviklingsarbejde er udført med inspiration fra Maindal & Overgaards (2022) aktiviteter til udviklingsprocessen, som har rødder i MRC-frameworket. Dette har været medvirkende til at sikre overvejelser om og inddragelse af MRC-frameworkets kerneelementer, hvilket MRC-frameworket anviser bør gøres i hver fase (Skivington et al., 2021). I specialet indgår overvejelser af kerneelementerne: *Overvej kontekst, udvikle og forfine*

programteori, involvere interessenter, identificere centrale usikkerheder, raffinér intervention.

I specialet er konteksten af kvinderne med tidligere GDM indledningsvist blevet undersøgt i problemanalysen og efterfølgende gennem interview, som ligeledes er specialets inddragelse af interessenter. Der blev udarbejdet både en initierende og revideret programteori, hvor programteorien er en hjælp til at identificere centrale usikkerheder i tilbuddet og konteksten (Skivington et al., 2021). Den reviderede programteori resulterede i en revidering af det nuværende tilbud. Således er det kun kerneelementet *økonomiske overvejelser*, som specialet ikke har adresseret. Økonomiske overvejelser er væsentlige i sundhedsinterventioner grundet knappe ressourcer i sundhedsvæsenet (Møller Pedersen, 2013). Ifølge Skivington et al. (2021) bør der også i udviklingsarbejdet indgå en økonomisk evaluering for at sikre, at den udviklede intervention er omkostningseffektiv. En sundhedsøkonomisk evaluering er dog ikke udført, men bør udarbejdes i det videre udviklingsarbejde. MRC-frameworket indeholder foruden fasen *udvikling* også faserne: *feasibility*, *evaluering* og *implementering*. For at skabe praksiserfaring og opnå en succesfuld intervention og implementering bør der således indgå overvejelser om, hvorledes de yderligere tre faser skal foretages. Grundet specialets rammer og omfang er dette ligeledes ikke udført og undersøgt nærmere i specialet.

16.0 Konklusion

Specialet har haft til formål at forandre det nuværende tilbud til kvinder med tidligere GDM i forløbet efter graviditeten, så efterforløbet i højere grad støtter kvinderne i at håndtere risikoen for at udvikle type 2-diabetes.

Den kvalitative undersøgelse viste, at kvinderne med tidligere GDM oplever at mangle viden om betydning af GDM efter graviditeten. Kvinderne oplever, at risikoen er svær at forholde sig til, samt at efterforløbet er svært at navigere i. Desuden oplever kvinderne, at de er placeret i en gråzone mellem sygdom og raskhed. Yderligere har kvinderne et behov for at blive vejledt individuelt af sundhedsprofessionelle, så der tages højde for den enkelte kvinde og hendes hverdagsliv. Kvinderne oplever et behov for større initiativ og ansvar fra sundhedsprofessionelle og ønsker en opfølgning på GDM efter graviditeten. Endelig viste den kvalitative undersøgelse, at kvinderne nedprioriterer deres egen sundhed til fordel for barnet, og at en teknologisk løsning foreslås af kvinderne at være en mulig fleksibel støtte i efterforløbet. Ligeledes viste de fire identificerede artikler, at en teknologisk løsning kan støtte kvinderne i forløbet efter graviditeten, særligt hvis teknologien omfatter personlig vejledning og individuel information og anses som en fleksibel løsning i en travl hverdag. For at understøtte en bæredygtig intervention er det relevant at indtænke introduktion af appen samt overveje organisationsstrukturen, hvori den skal fungere.

På baggrund af specialets resultater anbefales det, at det nuværende tilbud suppleres med en teknologisk løsning i form af en app. Appen vil med dens funktioner formentlig kunne imødekomme kvindernes behov og mindske oplevelsen af at blive tabt i systemet efter graviditeten med GDM. Igennem appens funktioner vil sundhedsprofessionelle antageligt i højere grad kunne støtte kvinder med tidligere GDM i at håndtere risikoen for udvikling af type 2-diabetes, samtidig med at der tages højde for kvindernes nye kontekst som mor. Samlet set kan en teknologisk løsning formodes at bidrage til at facilitere en bæredygtig intervention med det formål at øge kvinders handlekompetence samt på sigt reducere incidensen af type 2-diabetes. Yderligere undersøgelser bør supplere specialets fund samt et videre fokus på at udføre MRC-frameworkets tre øvrige faser: *feasibility*, *evaluating* og *implementering* for at sikre en succesfuld implementering.

17.0 Referenceliste

- Bao, W., Tobias, D. K., Bowers, K., Chavarro, J., Vaag, A., Grunnet, L. G., Strøm, M., Mills, J., Liu, A., Kiely, M., & Zhang, C. (2014). Physical Activity and Sedentary Behaviors Associated With Risk of Progression From Gestational Diabetes Mellitus to Type 2 Diabetes Mellitus: A Prospective Cohort Study. *JAMA Internal Medicine*, 174(7), 1047.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1795>
- Bao, W., Yeung, E., Tobias, D. K., Hu, F. B., Vaag, A. A., Chavarro, J. E., Mills, J. L., Grunnet, L. G., Bowers, K., Ley, S. H., Kiely, M., Olsen, S. F., & Zhang, C. (2015). Long-term risk of type 2 diabetes mellitus in relation to BMI and weight change among women with a history of gestational diabetes mellitus: A prospective cohort study. *Diabetologia*, 58(6), 1212–1219.
<https://doi.org/10.1007/s00125-015-3537-4>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beck, U. (1999). *Risikosamfundet—På vej mod en ny modernitet*. Hans Reitzelz Forlag.
- Bellamy, L., Casas, J.-P., Hingorani, A. D., & Williams, D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 373(9677), 1773–1779. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60731-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60731-5)
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G. J., & Cummins, S. (2015). ‘Dark logic’: Theorising the harmful consequences of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(1), 95–98. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204671>
- Breck, T. (1999). *Risikokommunikation—Fra “public deficiency” til gensidig dialog*. 1999.
- Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog*. Hans Reitzel.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave). Hans Reitzel.
- Buus, N., Tingleff, E. B., Rossen, C. B., & Kristiansen, H. M. (2008). *Litteratursøgning i praksis—Begreber, strategier og modeller | Sygeplejersken, DSR*. DSR.
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller>
- Carstensen, B., Rønn, P. F., & Jørgensen, M. E. (2020). Components of diabetes prevalence in Denmark 1996–2016 and future trends until 2030. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 8(1), e001064. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-001064>
- Cheung, N. W., & Byth, K. (2003). Population Health Significance of Gestational Diabetes. *Diabetes Care*, 26(7), 2005–2009. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.7.2005>

- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
- Cho, H., & Salmon, C. T. (2007). Unintended Effects of Health Communication Campaigns. *Journal of Communication*, 57(2), 293–317. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2007.00344.x>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Currie, J. (2009). Managing Motherhood: Strategies Used by New Mothers to Maintain Perceptions of Wellness. *Health Care for Women International*, 30(7), 653–668. <https://doi.org/10.1080/07399330902928873>
- Dahlgren, L., & Fredslund, H. (2016). Hermeneutisk analyse—Forståelse og forforståelse. I M. Toft (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udgave). Munksgaard.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies, Arbetsrapport, 14*.
- Damm, P., Houshmand-Oeregaard, A., Kelstrup, L., Lauenborg, J., Mathiesen, E. R., & Clausen, T. D. (2016). Gestational diabetes mellitus and long-term consequences for mother and offspring: A view from Denmark. *Diabetologia*, 59(7), 1396–1399. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-3985-5>
- Damm, P., Ovesen, P., Andersen, L. L., Møller, M., Fischer, L. R., Mathiesen, E., Jensen, D. M., Wolf, C., Stage, E., Rasmussen, A., Hansen, N. C., Drivsholm, T., & Laugesen, C. S. (2010). *Kliniske retningslinier for gestationel diabetes mellitus (GDM). Screening, diagnostik, behandling og kontrol samt follow-up efter fødslen*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.endocrinology.dk/kliniske%20retningslinier%20-%20GDM.pdf>
- Danmarks Statistik. (u.å.). *Kvinder i Danmark fik generelt lidt flere børn i 2021*. dst.dk. Hentet 24. marts 2023, fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=36311>
- Danmarks Statistik. (2019). *Notat om indstilling vedrørende anvendelse af landegruppering i DSTs befolkningsstatistikker*. chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/<https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=2297768243&fo=0&ext=befolkning>
- Dasgupta, K., Ross, N., Meltzer, S., Da Costa, D., Nakhla, M., Habel, Y., & Rahme, E. (2015). Gestational Diabetes Mellitus in Mothers as a Diabetes Predictor in Fathers: A Retrospective Cohort Analysis. *Diabetes Care*, 38(9), e130–e131. <https://doi.org/10.2337/dc15-0855>
- Datatilsynet. (2019). *Vejledning Samtykke*. Datatilsynet.
- Davidsen, E., Maindal, H. T., Rod, M. H., Olesen, K., Byrne, M., Damm, P., & Nielsen, K. K. (2022). The stigma associated with gestational diabetes mellitus: A scoping review. *EClinicalMedicine*, 52, 101614. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101614>

- Denham, S. A. (2002). Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health: *Advances in Nursing Science*, 24(4), 60–74. <https://doi.org/10.1097/00012272-200206000-00010>
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Danmark, Sundhedsstyrelsen, & Københavns Universitet. (2011). *Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>
- DSAM. (u.å.). *Bilag 2. Gestationel diabetes (GDM)—Hvad er den praktiserendelæges rolle? Type 2-diabetes - opfølgning og vejledning*. Hentet 22. februar 2023, fra <https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=showPage&pageId=141>
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: Development of the weight bias internalization scale. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16 Suppl 2, S80-86. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Edwards, K. J., Bradwell, H. L., Jones, R. B., Andrade, J., & Shawe, J. A. (2021). How do women with a history of gestational diabetes mellitus use mHealth during and after pregnancy? Qualitative exploration of women's views and experiences. *Midwifery*, 98, 102995. Medline. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102995>
- Ekezie, W., Dallosso, H., Saravanan, P., Khunti, K., & Hadjiconstantinou, M. (2021). Experiences of using a digital type 2 diabetes prevention application designed to support women with previous gestational diabetes. *BMC Health Services Research*, 21(1), 772. Medline. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06791-9>
- England, L. J., Dietz, P. M., Njoroge, T., Callaghan, W. M., Bruce, C., Buus, R. M., & Williamson, D. F. (2009). Preventing type 2 diabetes: Public health implications for women with a history of gestational diabetes mellitus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 365.e1-365.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.031>
- Flachs, E. M., Eriksen, L., Koch, M., Ryd, J., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., & Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark: Sygdomme* (Version 2.0). Sundhedsstyrelsen.
- Foucault, M. (2008). *Sikkerhed, territorium, befolkning: Foredrag på Collège de France 1977-1978*. Hans Reitzels forlag.
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., FASTERHOLDT, I., & OELHOLM, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for læger*, 7, 647–651.
- Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal of Health Communication*, 21(sup2), 54–60. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1201175>
- Faal Siahkal, S., Javadifar, N., Najafian, M., Iravani, M., Zakerkish, M., & Heshmati, R. (2022). The psychosocial challenges associated with gestational diabetes mellitus: A systematic review of qualitative studies. *Primary Care Diabetes*, 16(1), 11–26.

<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.09.003>

- Ghaffari, F., Salsali, M., Rahnavard, Z., & Parvizy, S. (2014). Compliance with treatment regimen in women with gestational diabetes: Living with fear. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7 Suppl 1), S103-111.
- Giddens, A. (2019). *Modernitetens konsekvenser* (S. S. Jørgensen, Overs.). Gyldendal.
- Grabowski, D., Andersen, T. H., Varming, A., Ommundsen, C., & Willaing, I. (2017). Involvement of family members in life with type 2 diabetes: Six interconnected problem domains of significance for family health identity and healthcare authenticity. *SAGE Open Medicine*, 5, 205031211772865. <https://doi.org/10.1177/2050312117728654>
- Gupta, A., Goyal, A., Kalaivani, M., Singhal, S., Bhatla, N., Gupta, N., & Tandon, N. (2020). High burden of cardiometabolic risk factors in spouses of Indian women with hyperglycaemia in pregnancy. *Diabetic Medicine*, 37(6), 1058–1065. <https://doi.org/10.1111/dme.14283>
- Gupta, L., Khandelwal, D., Maharaj Agrasen Hospital, Punjabi Bagh, Rishi Lal, P., Gupta, Y., Kalra, S., & Dutta, D. (2019). Factors Determining the Success of Therapeutic Lifestyle Interventions in Diabetes – Role of Partner and Family Support. *European Endocrinology*, 15(1), 18. <https://doi.org/10.17925/EE.2019.15.1.18>
- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Thomassen, A. O. (2014). *PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. Samfundslitteratur.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M. (2009). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme* (A. P. Folker, Red.). Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2009/Publ2009/CFF/Etik/Etik_i_forebyggelse,-d-.pdf.ashx
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jensen, B. B. (2011). Sundhedspædagogiske kernebegreber. I Kamper-Jørgensen, Almind, & Jensen (Red.), *Forebyggende Sundhedsarbejde*. Munksgaard.
- Jeppesen, C., Kristensen, J. K., Ovesen, P., & Maindal, H. T. (2015). The forgotten risk? A systematic review of the effect of reminder systems for postpartum screening for type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes. *BMC Research Notes*, 8(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1334-2>
- Jeppesen, C., Maindal, H. T., Kristensen, J. K., Ovesen, P. G., & Witte, D. R. (2017). National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among Danish women from 2004 to 2012. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(8), 811–817. <https://doi.org/10.1177/1403494817736943>
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I K. Bransholm Pedersen & S. Juul (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens* (3. udgave).

Munksgaard.

- Kim, C., Berger, D. K., & Chamany, S. (2007). Recurrence of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 30(5), 1314–1319. <https://doi.org/10.2337/dc06-2517>
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Nathan, D. M., & Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346(6), 393–403. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa012512>
- Kragelund Nielsen, K., Groth Grunnet, L., Terkildsen Maindal, H., & the Danish Diabetes Academy Workshop and Workshop Speakers. (2018). Prevention of Type 2 diabetes after gestational diabetes directed at the family context: A narrative review from the Danish Diabetes Academy symposium. *Diabetic Medicine*, 35(6), 714–720. <https://doi.org/10.1111/dme.13622>
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.). Hans Reitzel.
- Lende, M., & Rijhsinghani, A. (2020). Gestational Diabetes: Overview with Emphasis on Medical Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9573. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249573>
- Li, R., Qu, S., Zhang, P., Chattopadhyay, S., Gregg, E. W., Albright, A., Hopkins, D., & Pronk, N. P. (2015). Economic Evaluation of Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163(6), 452–460. <https://doi.org/10.7326/M15-0469>
- Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M., Tuomilehto, J., & Finnish Diabetes Prevention Study Group. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 26(12), 3230–3236. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.12.3230>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior, Spec No*, 80–94.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lund, H., Juhl, C., Møller, A. M., & Andreasen, J. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udg., 1. opl). Munksgaard.
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425–435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
- Maindal, H. T., & Overgaard, C. (2022). Systematisk interventionsudvikling gennem anvendelse af teori, evidens og interessentinvolvering. I K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer, & C.

- Overgaard (Red.), *Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering* (1. udg.). Aalborg Universitetsforlag.
- Maxwell, J. A. (2005). Kap 1 Qualitative research design. An Interactive Approach. I *Applied Social Research Methods Series* (Second Edition., s. 1–14). Sage Publications.
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach* (3 edition). SAGE.
- McIntyre, H. D., Catalano, P., Zhang, C., Desoye, G., Mathiesen, E. R., & Damm, P. (2019). Gestational diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 47.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0098-8>
- McMillan, B., Easton, K., Goyder, E., Delaney, B., Madhuvrata, P., Abdelgalil, R., & Mitchell, C. (2018). Reducing risk of type 2 diabetes after gestational diabetes: A qualitative study to explore the potential of technology in primary care. *British Journal of General Practice*, 68(669), e260–e267. Embase. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695297>
- Meeussen, L., & Van Laar, C. (2018). Feeling Pressure to Be a Perfect Mother Relates to Parental Burnout and Career Ambitions. *Frontiers in Psychology*, 9, 2113.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02113>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (Fourth edition). John Wiley & Sons.
- Monden, C. (2007). Partners in health? Exploring resemblance in health between partners in married and cohabiting couples: Partners in health? *Sociology of Health & Illness*, 29(3), 391–411.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01003.x>
- Moore, G. F., & Evans, R. E. (2017). What theory, for whom and in which context? Reflections on the application of theory in the development and evaluation of complex population health interventions. *SSM - Population Health*, 3, 132–135.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.005>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Møller Pedersen, K. (2013). *Sundhedsøkonomi* (1. udgave). Munksgaard.
- Nahon-Serfaty, I. (2012). The Disruptive Consequences of Discourse Fragmentation in the Organization and Delivery of Health Care: A Look Into Diabetes. *Health Communication*, 27(5), 506–516. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.618426>
- Nationalt Center for Etik. (2016). *Introduktion til Etik*. Nationaltcenterforetik.dk.
<https://nationaltcenterforetik.dk/undervisning/gymnasieskolen/introduktion-til-etik>
- Nedergaard, J. B., Nielsen, J. H., Andersen, L. M. B., Dahl, T. A., & Overgaard, C. (2022). A kind reminder—A qualitative process evaluation of women’s perspectives on receiving a reminder of type 2 diabetes follow-up screening after gestational diabetes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, jep.13805. <https://doi.org/10.1111/jep.13805>

- Newman, H. D., & Henderson, A. C. (2014). The Modern Mystique: Institutional Mediation of Hegemonic Motherhood. *Sociological Inquiry*, 84(3), 472–491.
<https://doi.org/10.1111/soin.12037>
- Nielsen, J. H., Fonager, K., Kristensen, J. K., & Overgaard, C. (2023). Effect of an electronic reminder of follow-up screening after pregnancy complicated by gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 23(1), 153.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15060-9>
- Nielsen, K. K., Kapur, A., Damm, P., de Courten, M., & Bygbjerg, I. C. (2014). From screening to postpartum follow-up – the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 41.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-41>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Olesen, C. R., Nielsen, J. H., Mortensen, R. N., Bøggild, H., Torp-Pedersen, C., & Overgaard, C. (2014). Associations between follow-up screening after gestational diabetes and early detection of diabetes – a register based study. *BMC Public Health*, 14(1), 841.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-841>
- Pace, R., Brazeau, A.-S., Meltzer, S., Rahme, E., & Dasgupta, K. (2017). Conjoint Associations of Gestational Diabetes and Hypertension With Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease in Parents: A Retrospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 186(10), 1115–1124. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx263>
- Papen, U. (2009). Literacy, Learning and Health – A social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies*, 19–34. <https://doi.org/10.5130/lms.v0i0.1275>
- Parsons, J., Sparrow, K., Ismail, K., Hunt, K., Rogers, H., & Forbes, A. (2018). Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: A focus group and interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1657-9>
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: Understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912–917. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050>
- Plows, J., Stanley, J., Baker, P., Reynolds, C., & Vickers, M. (2018). The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>
- Pulleyblank, R., Laudicella, M., & Olsen, K. R. (2021). Cost and quality impacts of treatment setting for type 2 diabetes patients with moderate disease severity: Hospital- vs. GP-based monitoring. *Health Policy*, 125(6), 760–767. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.009>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19–26.
<https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>

- Rockliffe, L., Peters, S., Heazell, A. E. P., & Smith, D. M. (2021). Factors influencing health behaviour change during pregnancy: A systematic review and meta-synthesis. *Health Psychology Review*, 15(4), 613–632. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1938632>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Smirnakis, K. V., Chasan-Taber, L., Wolf, M., Markenson, G., Ecker, J. L., & Thadhani, R. (2005). Postpartum Diabetes Screening in Women With a History of Gestational Diabetes: *Obstetrics & Gynecology*, 106(6), 1297–1303. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000189081.46925.90>
- Sortsø, C., Green, A., Jensen, P. B., & Emneus, M. (2016). Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. *Diabetic Medicine*, 33(7), 877–885. <https://doi.org/10.1111/dme.12965>
- Stage, E., Ronneby, H., & Damm, P. (2004). Lifestyle change after gestational diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 63(1), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2003.08.009>
- Stenbæk, D., & Jensen, M. (2007). Litteratursøgning. I F. Børllum Kristensen & H. Sigmund (Red.), *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering* (s. 49–58).
- Sundhed.dk. (2022, november 22). *Gestationel diabetes (GDM)*. Sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/risikofaktorer-i-svangerskabet/gestationel-diabetes-gdm/>
- Sundheds- & Ældreministeriet. (2017). *Den Nationale Diabeteshandleplan*. <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Styrket-tvaersektorielt-samarbejde-om-diabetespatienter/National-diabetesbehandlingsplan.ashx>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2022, december 9). *Nyfødte og Fødsler (1997-)*. eSundhed.dk. <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Nyfoedte-og-foedsler-1997-#tabpanel6B95F8298EB444F48C3403E7B75B7202>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2023, januar 13). *Undersøgelser i graviditeten*. Sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/graviditet-foedsel-barsel/gravid-liste/undersogelser/>
- Svensson, L., Nielsen, K. K., & Maindal, H. T. (2018). What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 756–764. <https://doi.org/10.1111/scs.12506>
- Sweet, L. (2002). Telephone interviewing: Is it compatible with interpretive phenomenological research? *Contemporary Nurse*, 12(1), 58–63. <https://doi.org/10.5172/conu.12.1.58>
- Tait Neufeld, H. (2014). Patient and caregiver perspectives of health provision practices for First Nations and Métis women with gestational diabetes mellitus accessing care in Winnipeg,

- Manitoba. *BMC Health Services Research*, 14(1), 440. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-440>
- Taylor, R., Rollo, M. E., Baldwin, J. N., Hutchesson, M., Aguiar, E. J., Wynne, K., Young, A., Callister, R., & Collins, C. E. (2022). Evaluation of a Type 2 diabetes risk reduction online program for women with recent gestational diabetes: A randomised trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01275-3>
- Thing, L. F. (2009). Motion på recept en svær pille at sluge. I S. Glasdam (Red.), *Folkesundhed—I et kritisk perspektiv*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Timm, A., Nielsen, K. K., Christensen, U., & Maindal, H. T. (2021). Healthcare Professionals' Perspectives on the Cross-Sectoral Treatment Pathway for Women with Gestational Diabetes during and after Pregnancy—A Qualitative Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 843. <https://doi.org/10.3390/jcm10040843>
- Timm, H. U. (1997). At have en krop og at være en krop: Om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *Grus*, 18(52), 24–36.
- Tønnesen, H. (2005). *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed* (Version 1). Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Eksp.: Schultz.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Munksgaard.
- Videncenter for diabetes. (2022, september 27). *Offentlige sundhedstilbud*. <https://videncenterfordiabetes.dk/vaerktoej/oversigter/offentlige-sundhedstilbud>
- Videncenter for diabetes. (2023, februar 21). *Hvad er graviditetsdiabetes?*, Steno Diabetes Center Copenhagen. <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/graviditetsdiabetes/hvad-er-graviditetsdiabetes>
- World Health Organization. (2014). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: A World Health Organization Guideline. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.012>
- World Health Organization. (2023, marts 6). *Improving health literacy*. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- Zehle, K., Smith, B. J., Chey, T., McLean, M., Bauman, A. E., & Wah Cheung, N. (2008). Psychosocial Factors Related to Diet Among Women with Recent Gestational Diabetes Opportunities for Intervention. *The Diabetes Educator*, 34(5), 807–814. <https://doi.org/10.1177/0145721708323641>
- Ørtenblad, L., Høftoft, D., Krogh, R. H., Lynggaard, V., Juel Christiansen, J., Vinther Nielsen, C., & Hedeager Momsen, A. (2021). Women's perspectives on motivational factors for lifestyle changes after gestational diabetes and implications for diabetes prevention interventions. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 4(3). <https://doi.org/10.1002/edm2.248>