

Anonym

# Sykepleiere og kvinners erfaringer i møte med svangerskapsdiabetes/En litteraturstudie om veiledning til kvinner med svangerskapsdiabetes om kosthold og fysisk aktivitet

A literature thesis on counseling of women with gestational diabetes on diet and physical activity

Litteraturbachelor  
7685

Bacheloroppgave i Sykepleie



Anonym

# **Sykepleiere og kvinners erfaringer i møte med svangerskapsdiabetes/En litteraturstudie om veiledning til kvinner med svangerskapsdiabetes om kosthold og fysisk aktivitet**

A literature thesis on counseling of women with gestational diabetes on diet and physical activity

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Oktober 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Det har vært en økende prevalens av svangerskapsdiabetes globalt og nasjonalt. Med implementering av nye retningslinjer i 2017 ble en større del av oppfølgingsansvaret overført til primærhelsetjenesten.

**Hensikt/problemstilling:** Litteraturstudiet ønsker å belyse kvinners og sykepleieres erfaringer med veiledning ved svangerskapsdiabetes, og utforske hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan spille en helsefremmende og forebyggende funksjon ved oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere på legekontor veilede kvinner med svangerskapsdiabetes om kosthold og fysisk aktivitet?

**Metode:** Det er utført en systematisk litteraturstudie. Strukturerte søk ble foretatt i fire databaser: Medline, Chinal, SveMed+ og PubMed, som førte til ni utvalgte forskningsartikler fra år 2018-2021. Forskningsartiklene er analysert ved bruk av innholdsanalyse.

**Resultat:** Anvendt forskning viste viktigheten av sykepleiernes kartlegging av korrelater og barrierer ved veiledning i kosthold og fysisk aktivitet. Pasientrelaterte faktorer ble beskrevet som opplevelse av barrierer og risiko, personlige verdier og rammefaktorer, grad av emosjonell og strukturell støtte fra sykepleier, familie og nettverk.

Sykepleierrelaterte faktorer var kommunikasjonskompetanse, kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet, spesifikke veiledningsferdigheter, evne til skreddersøm.

Organisatoriske faktorer ble beskrevet som tid og tilrettelegging for veiledningspraksis og tverrprofesjonelt samarbeid.

**Konklusjon:** Sykepleiere kan ved faglig fundert pedagogisk kompetanse spille en viktig rolle ved veiledning av kvinner med svangerskapsdiabetes. Kvaliteten på veiledningen kan økes gjennom mer spesifikk kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet, samt organisatorisk tilrettelegging for god tid til veiledning, mer veiledningspraksis og økt tverrfaglig samarbeid. Litteraturstudiet viser behovet for tydeligere retningslinjer for sykepleiepraksis ved veiledning av kvinner med svangerskapsdiabetes.

**Nøkkelord:** Sykepleie, svangerskapsdiabetes, veiledning, kosthold, fysisk aktivitet

# Abstract

**Background:** There has been an increasing prevalence of gestational diabetes globally and nationally. With the implementation of new guidelines in 2017, a larger part of the supervising responsibility was transferred to the primary health care services.

**Purpose/problem:** The literature study wishes to shed light on women's and nurses' experiences with counseling in gestational diabetes and explore how nurses in the municipal health service can play a health-promoting and preventive function when following up pregnant women with gestational diabetes. Research question: How can nurses in doctor's offices supervise women with gestational diabetes about diet and physical activity?

**Method:** A systematic literature study has been carried out. Structured searches in four databases: Medline, Chinal, SveMed+ and PubMed, led to nine selected research articles from the year 2018-2021. The research articles have been analyzed using content analysis.

**Results:** Applied research showed the importance of the nurses' mapping of correlates and barriers when supervising diet and physical activity. Patient-related factors were described as the experience of barriers and risks, personal values and framework factors, degree of emotional and structural support from nurses, family and networks. Nursing-related factors were communication competence, knowledge of diet and physical activity, specific guidance skills, ability to tailor. Organizational factors were described as time and facilitation of supervision practice and interprofessional cooperation.

**Conclusion:** Nurses can play an important role in supervision of women with gestational diabetes. The quality of supervision can be increased through more specific knowledge about diet and physical activity and organizational facilitation for plenty of time for supervision, more guidance practice and increased interdisciplinary collaboration. The literature study shows the need for clearer guidelines for nursing practice when supervising women with gestational diabetes.

**Keywords:** Nursing, gestational diabetes, counseling, diet, physical activity

# Forord

Jeg vil gjerne gi en takk til Anne Grete Redegård for god innføring i og veiledning om svangerskapsdiabetes.

Jeg vil også takke min ektemann Rasmus Hartman. Du er et forbilde i liv og tro. Takk for god støtte gjennom hele prosessen, gjennom graviditeten og gjennom studieår med kronisk sykdom.

# Innhold

1	Introduksjon.....	1
1.1.	Introduksjon til tema.....	1
1.2.	Bakgrunnskunnskap.....	2
1.3.	Teori.....	3
1.3.1.	Sykepleieteoretisk forankring.....	3
1.3.2.	Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon.....	3
1.3.3.	Helseveiledning - Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	4
1.3.4.	Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsdiabetes.....	6
	Figur 1 - Retningslinjer kosthold.....	6
	Figur 2 - Retningslinjer fysisk aktivitet.....	7
1.4.	Hensikt og problemstilling.....	8
2.	Metode.....	9
2.1.	Beskrivelse av metode.....	9
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
	Figur 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
2.3.	Søkehistorikk / søkestrategi.....	10
	Tabell 1 - Søketabell Medline.....	10
	Tabell 2 - Søketabell SveMed+.....	12
	Tabell 3 - Søketabell PubMed.....	13
2.4.	Vurdering / utvelgelse av artikler.....	14
2.5.	Analyse.....	14
	Figur 4 - Fase 2. Identifiserte hovedfunn.....	15
	Figur 5 - Fase 3. Hovedtema, undertema og representerte artikler.....	18
3.	Resultat.....	19
3.1.	Presentasjon av forskningsartikler.....	19
	Figur 3.1 – Artikkelmatrix.....	19
3.2.	Presentasjon av resultater.....	24
3.2.1.	Pasientrelaterte faktorer ved livsstilsendring.....	24
3.2.2.	Sykepleiefaglige faktorer ved veiledning i kosthold og fysisk aktivitet.....	25
3.2.3.	Organisatoriske faktorer ved veiledning om livsstilsendringer.....	26
4.	Diskusjon.....	27
4.1.	Drøfting.....	27
4.1.1.	Introduksjon med implikasjoner for sykepleie.....	27
4.1.2.	Helsefremming og forebygging.....	28
4.1.3.	Sosial Støtte.....	29



4.1.4.	Viktige kartleggingsområder .....	30
4.1.5.	Tverrprofesjonalitet, veiledningspraksis og fagkunnskap .....	31
4.1.6.	Skreddersøm .....	32
4.2.	Styrker og svakheter med litteraturstudiet .....	32
4.3.	Konklusjon.....	33
	Referanseliste.....	35
	Vedlegg .....	39



# 1 Introduksjon

## 1.1. *Introduksjon til tema*

I praksis møtte jeg flere pasienter med komplikasjoner relatert til diabetes type 2. Mange kvinner sliter med helserelaterte komplikasjoner etter tidligere svangerskapsdiabetes (HAPO, 2008). Svangerskapsdiabetes øker risikoen for en rekke komplikasjoner for både kvinnen og barnet, på kort og lang sikt, som fremtidig diabetes type 2. Det er en lineær sammenheng uten entydig terskelverdi mellom komplikasjonene og glukosenivået (HAPO, 2008; WHO 2016).

Den globale prevalensen av svangerskapsdiabetes er økende. Manglende internasjonal konsensus om de diagnostiske kriteriene gjør anslagene noe usikre, men verdens helseorganisasjon (2016), anslår at 10-25% av alle svangerskap er berørt. En oversiktsstudie fra 2016 plasserte Norge som landet med høyest prevalens i Europa (Zhu & Zhang, 2016). En norsk oversiktsstudie viser at prevalensen kan ligge mellom 7.4% til 31.5%, med kriterier fra IADPGS og WHO, eller rundt 9,2% med gjeldende norske kriterier. Ikke-etniske norske kvinner antas å ha høyere risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes enn etnisk norske (14,7% mot 2,2%) (Behboudi-Gandevani, Parajuli, et al., 2021).

Ved implementeringen av nye nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsdiabetes i 2017 ble en større del av oppfølgingsansvaret av kvinner med svangerskapsdiabetes overført til primærhelsetjenesten. Der vil sykepleiere ansatt i fastlegens praksis kunne fasilitere en blodglukosebelastningstest, med påfølgende veiledning i egenmåling av blodglukose, kosthold og fysisk aktivitet, i de tilfeller som ligger innenfor diagnostiske kriterier innen rammen av behandling i primærhelsetjenesten (Vedlegg 1) (Helsedirektoratet, 2018; Omsorgsdepartementet, 2017).

Kristoffersen et al. (2016) henviser til studier som viser at sykepleiere med spesifikk fag- og pedagogisk kompetanse vil kunne avlaste fastlegene med veiledning knyttet til mestring og læring for mange pasientgrupper. Sykepleiere gir mer informasjon enn fastlegene, har bedre tid på konsultasjonene og inviterer oftere til nye konsultasjoner. De har også flere oppfølgingssamtaler og gir mer konkret veiledning relatert til pasientens egenomsorg (s. 361).

Litteraturstudiet bygges på sykepleieres helsefremmende og forebyggende funksjonen, og tar utgangspunkt i verdibasert helsearbeid (Eide & Eide, 2019, s. 30;) Litteraturstudiet begrenses til å fokusere på sykepleierens pedagogiske funksjon, med bruk av helseveiledning som metode knyttet opp mot nøye utvalgte sentrale teorier, modeller og begrep, som vil drøftes opp mot kvinners og sykepleieres erfaringer. Litteraturstudiet gir ingen fullstendig oversikt over veiledning av kvinner med svangerskapsdiabetes, og vil ikke fokusere på egenmåling av blodsukker, pårørendes behov, tidlig oppfangning av de med risikofaktor eller postprandial oppfølging.

## 1.2. Bakgrunnskunnskap

Svangerskapsdiabetes ble tidligere sett på som en sykdom, men betraktes nå som en forbigående tilstand som oppstår eller kommer til kjenne i svangerskapet, fordi blodglukosereguleringen oftest normaliseres like etter fødsel (Helsedirektoratet, 2018).

Den fysiologiske forklaringen på svangerskapsdiabetes ligger i hvordan hormoner fra placenta reduserer insulinfølsomheten utover svangerskapet. (Tegnander, 2017, s. 240). I tredje trimester er insulinresistensen økt til 40-60% høyere enn normalt (Helsedirektoratet, 2018a). Tilsvarende økes kroppens behov for insulin, som i slutten av svangerskapet ofte vil være mer enn doblet. Gravide med overvekt/fedme kan ha redusert insulinfølsomhet ved svangerskapets start, og utvikler enklere hyperglykemi (Tegnander, 2017, s. 380). Det er forskjell på betacellenes reservekapasitet i pankreas. Hos kvinner med lav reservekapasitet vil det lettere kunne oppstå insulinmangel, med påfølgende glukoseintoleranse, helt uavhengig av utgangsvekt. Dette er forklaringen på hvorfor svangerskapsdiabetes også oppstår hos unge og normalvektige kvinner (Helsedirektoratet, 2018a).

Utviklingen av svangerskapsdiabetes kan skyldes flere faktorer, deriblant overvekt, fedme, overdreven vektøkning- eller glykosuri under svangerskapet, tidligere svangerskapsdiabetes, redusert glukosetoleranse, ikke-europeisk etnisitet, tidligere fødsel av spedbarn med abnormitet, dødfødsel, familiær diabeteshistorie og alder > 25 år (Helsedirektoratet, 2018a; WHO, 2016). Den norske gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende kvinner har økt fra 24,3 år i 1980 til 29,9 år i 2020 (Statistisk Sentralbyrå, 2021), andelen av voksne med overvekt eller fedme er stigende (Meyer & Vollrath, 2017) og bare 28,5 % av alle kvinner mellom 20 og 34 år oppfyller de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet (Hansen et al., 2015).

## 1.3. Teori

### 1.3.1. Sykepleieteoretisk forankring

Sykepleierteori tydeliggjør sykepleierens funksjonsområder og danner grunnlaget for teoriutvikling og forskning i faget. Begrep som beskriver virkeligheten gjør det enklere å vurdere, handle og kommunisere med andre i spesifikke kliniske situasjoner (Kristoffersen et al., 2016, s. 21). Litteraturstudiet tar utgangspunkt i Benner og Wrubels omsorgsteori.

Ved livsstilsendringer endres en persons verden. Noen ganger er endringene så store at personen blir stående igjen med rester; mønster, vaner, engasjement som har mistet all relevans i den nye situasjonen. Situasjonen har allerede endret seg, eller krever forandringer og personlig kreves det forandringer. Gamle vaner, ferdigheter og holdninger må endres og nye tilegnes (Benner & Wrubel, 2014, s. 209). Benner og Wrubel (2014) tar i sin omsorgsteori utgangspunkt i at det er personens opplevelse av sammenheng, i den sosiale konteksten, både kroppslig og intellektuelt, på bakgrunn av egne meninger, som er avgjørende ved livsstilsendringer. De slår fast at livsstilsendringer med fravær av- eller lite sosial støtte er svært vanskelig (s. 208).

### 1.3.2. Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon

Sykdomsforebygging og helsefremming er viktige helsepolitiske mål i kommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3; Meld. St. 26 (2014-2015), 2015; St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009), et nåværende- og ønsket fremtidig sykepleiefaglig fokus (Kunnskapsdepartementet, 2008, 2019) og et sentralt element, sammen med rammebetingelser, holdninger og verdier, under ulike definisjoner av livsstil (Kristoffersen et al., 2016, s. 298). Helsefremming og forebygging kan sees som to komplementære strategier (Kristoffersen et al., 2016, s. 354) og som to ulike perspektiver. Sykepleierens forebyggende funksjon tar sikte på å forebygge sykdom og sykdomskomplikasjoner, mens sykepleierens helsefremmende funksjon søker å øke pasientens mestringsevne og styrke pasientenes egen handlingskompetanse til helsefremmende valg (Kristoffersen et al., 2016, s. 297).

Kristoffersen et al. (2016) viser gjennom flere studier sykepleieres egnethet til arbeid med livsstilsendringer i kommunehelsetjenesten, hvor det er langt flere sykepleiere enn allmennleger. Sykepleiere har god kompetanse innen helse, kosthold og fysisk aktivitet, og de har også gode forutsetninger for å utvikle samtaleferdigheter, konkrete strategier og kompetanse om bruk av egnede modeller (s. 327).

Et viktig begrep innen helsefremming er sosial støtte. Dette deles ofte i emosjonell støtte, som knyttes til empati og omsorg, og instrumentell støtte, som inkluderer informasjonsstøtte. Sosial støtte bidrar til å styrke mestringsevnen ved belastende livshendelser og store påkjenninger. Mangel på sosial støtte kan imidlertid bidra til usunt kosthold, mindre mosjon og økt psykologisk stress (Folkehelseinstituttet, 2015).

I sosial støtte har sykepleiere, familie og nettverk sentrale funksjoner (Kristoffersen et al., 2016, s. 144). Familien er en viktig ressurs, og dermed en viktig samarbeidspartner

for sykepleiere. Det kan oppleves som utfordrende å skulle opprettholde kontinuitet i kontakten mellom pårørende, nettverk og pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 143).

Empowerment, myndiggjøring, står sentralt innen helsefremming (Kristoffersen et al., 2016, s. 351). Eide & Eide (2019) påpeker imidlertid at empowerment-begrepet i utgangspunktet er et helsefaglig maktperspektiv, som umyndiggjør pasienten. De bruker heller begrepet «verdibasert helsearbeid» som tar utgangspunkt i personens eget helseprosjekt. Pasienter er myndige, og det er deres livs- og helseprosjekt som skal realiseres ut fra individuelle prioriteringer og verdier. Sykepleierens rolle er da å aktivt lytte, medvirke til- og respektere den andres helsemessige mål, prioriteringer og behov. (Eide & Eide, 2019, s. 29-30).

### 1.3.3. Helseveiledning - Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleiere trenger handlingskompetanse til å kunne informere og veilede pasienter ved særegne spesialiserte veiledningsoppgaver (Kunnskapsdepartementet, 2008). Slik helseveiledning innebærer å motivere, prosessvurdere, råde, støtte, undervise, informere, lytte og spørre (Christiansen, 2020, s. 15). Dette er en viktig del av sykepleierens pedagogiske funksjon (Kristoffersen et al., 2016, s. 360), og et viktig element i helsefremmende arbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Under helseveiledning knyttes pedagogisk kompetanse, fagkunnskap og kommunikasjon sammen på bakgrunn av en bestemt kontekst (Christiansen, 2020, s. 14).

Pedagogisk kompetanse betegner kunnskap om ulike læreprosesser og faktorer som påvirker læringsprosessen (Kristoffersen et al., 2016, s. 361) og pedagogiske ferdigheter. Slike ferdigheter innebærer å kunne etablere en god relasjon til pasienten og å mestre valget av pedagogisk metode (Kristoffersen et al., 2016, s. 361). Det er måten metoden anvendes på, ikke metodikken i seg selv som er avgjørende for resultatene (Eide & Eide, 2019, s. 273).

Livsstilsendringer bygger på akkomodative læringsprosesser, og står i motsetning til personens etablerte vaner og verdier. Opparbeidet kunnskap og tankemønstre devalueres, og det stilles nye krav til personens grunnleggende handlemåter, valg av levemåte, verdier og vaner (Kristoffersen et al., 2016, s. 363–364). Motivasjon er en viktig drivkraft hos voksne ved livsstilsendringer (Kristoffersen et al., 2016, s. 364–365). Å endre livsstil er en dynamisk prosess. Intervensjonene må derfor knyttes direkte til utfordringene som oppleves i de ulike faser av endringsprosessen, beskrevet i endringshjulet (Vedlegg 2) (Kristoffersen et al., 2016, s. 326)

Pedagogisk kompetanse uttrykkes gjennom valgte grunnleggende verdier, som menneskesyn, syn på pasientrollen og etikk. Etikken har i de senere år beveget seg fra prinsipper som «ikke skade» og velgjørighet mot å fremme integritet og autonomi. Å gå fra compliance til mestring, er å ta utgangspunkt i pasientens eget ståsted og opplevde behov som grunnlaget for sykepleiefaglig veiledning (Kristoffersen et al., 2016, s. 360–362). Eide og Eide (2019) beskriver dette som personorientert kommunikasjon. Pasienten vet best selv «hvor skoen trykker», og må definere sitt eget helseprosjekt. Det inkluderer ønsket støtte og behandling, verdier som skal realiseres, endringsarbeidets mål og sammenhengen mellom eget helse- og livsprosjekt (s. 259).

Fagkunnskap innebærer generell kunnskap om begrep, teorier og modeller som fremmer helseatferd ved livsstilsendringer. Endringsprosessens faser kombinert med teoretiske begrep fra modeller legger utgangspunktet for skreddersøm. Skreddersøm impliserer at iverksatt intervensjon er relevant for- og tilpasset målgruppen (Kristoffersen et al., 2016, s. 315). Kristoffersen et al. (2016) viser til flere studier hvor kombinasjonen av komponenter fra forskjellige modeller øker effekten av livstilintervensjonene (s. 327), og hvor atferdsendringer best lykkes når intervensjonene knyttes til flere teoretiske begrep fra spesifikke modeller (s. 315), eller bygger på teori om endringsprosesser (Eide & Eide, 2019, s. 272).

Mestring, tilknytning og selvbestemmelse beskrives som behovene som i størst grad påvirker indre motivasjon. Selvbestemmelsesteoriens fundament er troen på menneskets naturlige, medfødte indre motivasjon for å lære- og mestre nye livsutfordringer. Evnen styrkes eller svekkes i møte med andre (Eide & Eide, 2019, s. 56). Indre motivasjon er avgjørende for gjennomføring av eget helseprosjekt (Eide & Eide, 2019, s. 19), og den viktigste drivkraften ved lærings og atferdsendringer (Eide & Eide, 2019, s. 262; Kristoffersen et al., 2016, s. 366).

Helseoppfatningsmodellen (HBM) kombineres gjerne med endringshjulets faser (Kristoffersen et al., 2016, s. 331), og vektlegger viktige kartleggingsforhold som utgangspunkt for veiledning (Kristoffersen et al., 2016, s. 316–320). Av størst betydning var opplevde barrierer mot endring, deretter opplevelsen av risiko/å være utsatt (Eide & Eide, 2019, s. 319). Den integrerte modellen for atferdsendring (IBM) belyser faktorer som kan ha betydning ved endringsprosesser (Kristoffersen et al., 2016, s. 323–324), mens integreringsprosessen beskriver forskjellige faser personer kan gå gjennom, hvor sykepleierens veiledning skal transformeres til handlinger personen selv kan tilpasse og ta ansvar for – og slik gjenopprette balanse i egen hverdag (Vedlegg 2) (Kristoffersen et al., 2016, s. 337).

Kommunikasjon ved veiledning i livsstilsendringer har alltid en faglig begrunnelse (Eide & Eide, 2019, s. 32; Kristoffersen et al., 2016, s. 371) og et helsefremmende formål (Eide & Eide, 2019, s. 17). Likevel ligger det en etisk fordring i sykepleierens mangelfulle innsikt i hva som kommuniseres og hva som oppfattes (Eide & Eide, 2019, s. 25). Å være en profesjonell samtalepartner fordrer ydmykhet, bevissthet og innsikt. Bare slik kan sykepleiere møte den andres behov for mestring, tilknytning og selvbestemmelse i deres prosess i endringshjulets ulike faser (Eide & Eide, 2019, s. 258–272; Kristoffersen et al., 2016, s. 371).

Det er behov for både avklarende, fokuserende og relasjonsskapende ferdigheter (Kristoffersen et al., 2016, s. 375). Aktiv lytting, styrker mestring og opplevelsen av kompetanse ved å respektere den andres mestringfølelse og anerkjenne behovet for å ha kontroll over egen situasjon. Personorientert kommunikasjon, å unngå brudd og å holde avtaler, styrker tilknytning og bidrar til en god relasjon. (Eide & Eide, 2019, s. 20). Aktiv lytting til pasientens tanker og prioriteringer, og tilrettelegging for reelle samvalg om mål og veien videre styrker selvbestemmelsen (Eide & Eide, 2019, s. 56).

### 1.3.4. Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsdiabetes

Kvinnene skal ved diagnosetidspunkt tilbys individuell tilrettelagt skriftlig og muntlig informasjon og råd om fysisk aktivitet og kostråd. Kostrådene beskriver mengden karbohydrater og karbohydratkvaliteten, som primært bestemmer glukosestigningen postprandialt. Effekten av en moderat/lav GI-kost kan ofte sees den første oppstartede uken (Helsedirektoratet, 2018c) Kulturell bakgrunn, alder og forutsetninger er viktige grunnlag for individuell tilrettelegging. I starten er tid viktig for å gjenta informasjon og fortløpende svare på nye spørsmål. Disse intervensjonene vil sammen kunne redusere glukosenivået så mye at det minsker risikoen for komplikasjoner hos kvinnen og barnet for 50-80% av kvinnene (Helsedirektoratet, 2018b).

Veiledning i fysisk aktivitet bør tilpasses den enkelte, og motiverende intervju, (Vedlegg 3), har vist seg som et effektivt samtaleverktøy for å motivere til fysisk aktivitet. Helsepersonell er viktige ressurser for å opprettholde og etablere gode levevaner (Helsedirektoratet, 2021). Miljømessige, sosiale og personlige korrelater (betydningsfulle faktorer) spiller også en viktig rolle ved vedlikehold og adaptasjon av vaner knyttet til fysisk aktivitet. Disse danner grunnlaget for skreddersydde tiltak. (Hansen et al., 2015). Regelmessig fysisk aktivitet forebygger fedme, bedrer vektkontrollen og reduserer risikoen for økt blodglukose og diabetes (WHO, 2016).

**Figur 1 - Retningslinjer kosthold**

<b>Anbefalt kost:</b>	Moderat lav GI kost Unngå karbohydrater med høy GI Anbefalt GI-verdi: <70 Minimuminntak karbohydrater: 175 g karbohydrater per dag (Samsvarende med Helsedirektoratets kostråd og kostråd for gravide (Helsedirektoratet, 2018; Helsedirektoratet, 2015).) Individuelt tilpasset	Karbohydrater med lav glykemisk indeks (GI), altså karbohydrater med mye fiber som absorberes langsomt i tarmen.
<b>Fordeling matvarer:</b>	1/3 – 1/2: grønnsaker, opptil 1/4: middagstilbehør, ≥ 1/4 proteinkilde	
<b>Mål for glukoseverdier:</b>	Fastende: <5,3 mmol/l To timer etter måltid: <6,7 mmol/l	
<b>Individuelle kostråd</b>	Basert på: kostanamnese, anbefalt vektøkning, utgangs-BMI og egenmålinger som viser glukoseprofilen gjennom døgnet.	
<b>Kostanamnese:</b>	Antall måltid/mellommåltid? Hva spiser/drikker til hvilket tidspunkt? Mengde/porsjonsstørrelse/type matvarer? Matvarer som unngås (allergi, intoleranse, smak, kultur)? Kosthold endret etter graviditet (kvalme, oppkast, raskt mett)? Variasjoner gjennom uken/helg? Kosttilskudd, type/innhold?	Utgangspunkt for skreddersøm
<b>Anbefalt antall måltid:</b>	Tre hovedmåltider To til tre mindre mellommåltider (Fordele karbohydratene jevnt på regelmessige, små måltider.)  Frokost: redusere inntak av karbohydrater  >10-12 timer fra siste til første måltid, anbefalt med lite kveldsmåltid med protein og karbohydrat	Reduserer risiko for ketonuri og postprandial hyperglykemi og overspising.  Økt insulinresistens om morgenen



<b>Middagstilbehør:</b>	Fullkorn ris, fullkorn pasta, fremfor vanlige typer. Viktig med individuell tilpasset mengde av potet, ris og pasta.	Kan gi rask blodsukkerøkning.
<b>Kjøtt/fisk:</b>	Gode kilder: Renskåret kjøtt, kylling, fisk Begrense: Bearbeidede kjøttprodukt med mye fett, som pølser og kjøttfarse.	Høyere GI
<b>Grønnsaker:</b>	≥ 300 g pr dag fordelt på hovedmåltidene, evt. også som pålegg/med pålegg. Gode kilder: Brokkoli, blomkål, paprika, agurk, salat, tomat, selleri m.m.	Spises fritt. Inneholder få kalorier og lite karbohydrat.
<b>Bær og frukt:</b>	1-2 porsjoner daglig (1/2-1 frukt eller 1-2 dl bær per måltid). Gode kilder: Blåbær, bringebær  Obs: banan, ananas, mango og druer	Gir lavere postprandialt blodsukker. Mer sukkerrike.
<b>Proteinrike matvarer:</b>	Gode kilder: - Belgvekster (Erter, kikerter, linser, bønner) - kjøtt, kylling, fisk - Meieriprodukt (gulost, kesam, yoghurt naturell, yoghurt med søtningsstoff)	Økt metthetsfølelse  Sikrer inntak av kalsium
<b>Fiberrike matvarer:</b>	Gode kilder: - Erter, kikerter, linser, bønner - Fargesterke grønnsaker (spinat, brokkoli, paprika, gulrot) - Fersk frukt (obs. karbohydratmengde) - Kornblandinger fra hele vasede korn, kerner og frø. - Fullkornsprodukter, gjerne basert på bygg, rug, havrekli, helst 75-100% fullkorn Begrense: mengden av hvetemel	Høyt inntak anbefalt. Høy næringstetthet. Forsinker oppsugningen av næringsstoff i tarmen og tømming i magesekken, som reduserer øking av blodsukker.
<b>Bør begrense/ unngå:</b>	- Søte mat- og drikkevarer - Yoghurt med bær/frukt med mye tilsatt sukker - Salt snacks - Koffeininntak > 100-200 mg/dag (gravide/ammende)	Energitette, kan gi rask økning av blodsukkere.
<b>Bør unngå:</b>	- Frukt -og grønnsaksjuice, nektar, saft, brus, energidrikk med mye sukker. - Frokostblanding med mye sukker og/eller veldig bearbeidede gryn/korn - Kjeks, kaker, sjokolade, andre søtsaker - Myke og halvmyke oster (alle gravide)	Gir rask blodsukkerøkning.  Unngå listeriabakterien.
<b>Bør unngå ved overvekt/fedme:</b>	- Rømme, fløte, helfete oster	Høyt energiinnhold
<b>Kan bruke:</b>	- Matvarer med umettet fett, eks. usaltede nøtter, avokado, vegetabiliske oljer, fet fisk, frø av ulike typer - Vann som tørstedrikk (evt. tilsett litt lime, sitron, appelsin, urter) - Lettprodukter - Kunstig søtningsmiddel (eks. suketter)	
(Helsedirektoratet, 2018b)		

**Figur 2 - Retningslinjer fysisk aktivitet**

<b>Anbefalt fysisk aktivitet:</b>	Minimum 30 minutter/dag, gjerne oppdelt i små økter (anbefalt min. 10 min/økt).  Har man ikke vært fysisk aktiv før svangerskapet anbefales det fysisk aktivitet, med en gradvis økning til minst 150 minutter i uken.  Anbefalt maksimalt 90 minutter stillesitting/inaktivitet om gangen.	Hvis det ikke foreligger kontraindikasjoner. Moderat intensitet: lett andpusten/svett
<b>Individuell tilpasning</b>	Individuelt vurdere forhold som: - Personlige preferanser - Vaner knyttet til fysisk aktivitet - Kulturell bakgrunn	Utgangspunkt for skreddersøm

	- Fysisk form - Sted i graviditeten	
<b>Type fysisk aktivitet anbefalt:</b>	Styrke – og kondisjonstrening der store muskelgrupper arbeider dynamisk og rytmisk. Eksempel: dans, aerobic, gymnastikk, vanggymnastikk, step-trening, stavgang, jogging, rask spasertur, sykling. - Trening av bekkenbunnen	En liten gåtur etter hovedmåltider kan redusere den postprandiale glukosestigningen.
<b>Fysisk aktivitet en skal være forsiktig med:</b>	- Høydetrening (> 2500 moh.) - Konkurransedrett (kan kreve spesiell veiledning av idrettslege eller fødselslege)	
<b>Aktivitet å unngå:</b>	- Dykking - Å belaste så mye at trykkrang oppstår - Høyintensivetsaktivitet i fuktig og varmt klima - Aktivitet med stor risiko for støt mot magen eller fall	
<b>Glukoseverdier:</b>	<5,6 mmol/l: før planlagt aktivitet: Anbefalt å spise en porsjon med karbohydrater som absorberes langsomt (som en grov brødskeive med pålegg).	
<b>Gi individuell informasjon</b>	Om aktivitetstilbud i nærmiljøet, ressursider og tilgjengelig selvhjelpsmateriell, (Aktivitetshåndboken), muligheter for individuell støtte ved endring av levevaner og helsesamtaler hos kommunale frisklivssentraler.	
(Helsedirektoratet, 2021; Helsedirektoratet, 2018b)		

## 1.4. Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kvinners og sykepleieres erfaringer med veiledning ved svangerskapsdiabetes, og utforske hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan spille en helsefremmende og forebyggende funksjon ved oppfølging av gravide med svangerskapsdiabetes.

Jeg har derfor valgt problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere på legekantor veilede kvinner med svangerskapsdiabetes om kosthold og fysisk aktivitet?

## 2. Metode

### 2.1. *Beskrivelse av metode*

Litteraturstudiet er utarbeidet gjennom en systematisk litteraturgjennomgang. Jeg har foretatt en teoretisk utvelgelse av relevant litteratur, som deretter analyseres i lys av problemstillingen. Problemstillingen gjør det relevant å finne kunnskap om erfaringer, holdninger og effekt, som kan knyttes til kjernespørsmålene «hvordan oppleves det..?» og «hva kan vi gjøre?». Litteraturstudiet inneholder derfor fortrinnsvis forskningslitteratur hvor studiedesignet er av kvalitativ metode eller en randomisert kontrollert studie (Nordtvedt et al., 2012, s. 35).

Kvalitative metoder lar seg til forskjell fra kvantitative ikke så godt måle, men søker heller å belyse mening og opplevelser, og dermed fremme en helhet ved å se bestemte fenomen innenfra (Dalland, 2020, s. 54-56). Et fenomen omhandler menneskers subjektive opplevelse av virkeligheten (Dalland, 2020, s. 48-50). En randomisert kontrollert studie ser på effekten av en bestemt intervensjon. Resultatene vurderes ut fra en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, randomisert fordelt og med like vilkår (Nordtvedt et al., 2012, s. 197).

Med utgangspunkt i kunnskapspyramiden, som viser seks nivå av forskjellige typer kunnskapskilder, basert på kvalitetsvurdering, anvendbarhet og hvor lettlest litteraturen er (Nordtvedt et al., 2012, s. 45), foretok jeg en teoretisk utvelgelse. Gjennom Helsebiblioteket er det funnet kunnskapsbaserte retningslinjer, og det er videre brukt pensumlitteratur, annen relevant litteratur, systematiske oversikter, lovverk, rapporter, og primærstudier.

## 2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I tråd med hensikten til litteraturstudien, har jeg for å avgrense mengden litteratur, spisse problemstillingen og tydeliggjøre litteratursøket mitt (Thidemann, 2019), valgt følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentert i Figur 3.

**Figur 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<b>Struktur/kvalitet</b>	IMRAD-struktur	Manglende IMRAD-struktur
	Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
	NSD nivå 1 eller 2	
	Etisk vurdert, der det er krav om det	Ikke etisk vurdert (ved krav)
<b>År:</b>	Publisert 2016-2021, Før 2016: unntaksvis hvis overførbar.	
<b>Språk</b>	Engelsk eller skandinavisk	
<b>Innhold</b>	Norsk forskning, eller overførbart til norske forhold	Manglende overførbarhet, relevans eller gyldighet
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv Pasientperspektiv	Pårørendeperspektiv
<b>Kjennetegn pasientgruppe/ behandling</b>	Diagnostisert med svangerskapsdiabetes	Forebygging av svangerskapsdiabetes før eller etter graviditet.
	Ikke-medikamentell behandling	Primær medikamentell behandling
	Primærhelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten

## 2.3. Søkehistorikk / søkestrategi

Søkestrategien har tatt utgangspunkt i rammeverket PICO (Vedlegg 4), som innledningsvis hjalp meg med å identifisere, strukturere og organisere nøye utvalgte søkeord, og søkeord hvor artikkelens innhold ble beskrevet gjennom standardiserte ord, såkalte MeSH-termer (Nordtvedt et al., 2012; Thidemann, 2019). Det la utgangspunktet for systematisk kritisk analytiske litteratursøk i databasene Medline, Chinal, SveMed+ og PubMed (Tabell 1-2). I tillegg foretok jeg manuelle søk i referanselistene og i NTNUs Universitetsbibliotek, som resulterte i et senere søk i PubMed (Tabell 3).

**Tabell 1 - Søketablell Medline**

Database	Dato	Søk	Søkeord (MH: emneord *: keyword)	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	29.04.2021	S1.	(*Gestational Diabetes or MH «Diabetes, Gestational»)		20192	
		S2.	(*Gestational Diabetes Mellitus)		9565	
		S3.	(*Pregnancy Induced Diabetes)		14	
		S4.	S1 OR S3 OR S3		20199	
		S5.	(*Directive Counseling OR MH «Directive Counseling»)		4503	

	S6.	(*Dietary Servises OR MH «Dietary Servises»)	7074	
	S7.	(*Dietary Service)	26	
	S8.	(*Professional Guidance)	343	
	S9.	(*Counseling OR MH «Counseling»)	110960	
	S10.	(*Counselling)	28855	
	S11.	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	138305	
	S12.	(*Primary Health Care MH «Primary Health Care»)	182862	
	S13.	(*Primary Healthcare)	6975	
	S14.	(*Primary Care)	124900	
	S15.	(*Primary Care Nursing MH «Primary Care Nursing»)	692	
	S16.	(*Public Health MH «Public Health»)	8316543	
	S17.	(*Nursing OR MH «Nursing»)	625114	
	S18.	(*Nursings)	2563	
	S19.	(*Nursing Assessment OR MH «Nursing Assessment»)	33420	
	S20.	(*Nursing Audit OR MH «Nursing Audit»)	3031	
	S21.	(*Office Nursing OR MH «Office Nursing»)	361	
	S22.	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S 18 OR S19 OR S20 OR S21	8838258	
	S23.	(*Diabetic Diet OR MH «Diet, Diabetic»)	5155	
	S24.	(*Diabetic Diets)	79	
	S25.	(*Diet OR MH «Diet»)	541175	
	S26.	(*Diets)	100346	
	S27.	(*Glycemic Index OR MH «Glycemic Index»)	4583	
	S28.	(*Glycemic Indices)	309	
	S29.	(*Recommended Daily Allowance)	592	
	S30.	(*Recommended Daily Allowances)	203	
	S31.	(*Recommended Dietary Allowanc* OR MH «Recommended Dietary Allowances»)	3908	
	S32.	(*Reference Daily Intake*)	33	
	S33.	(*Recommended Daily Intake)	475	
	S34.	(*Recommended Daily Intakes)	113	
	S35.	(*Daily Recommended Intake)	59	
	S36.	(*Daily Recommended Intakes)	21	
	S37.	(*Dietary Reference Intake)	328	
	S38.	(*Dietary Reference Intakes)	830	
	S39.	(*Nutrition OR MH «Nutrition Assessment»)	242663	
	S40.	S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39	740908	
	S41.	(*Exercise OR MH «Exercise»)	428954	

		S42.	(*Exercise Therapy OR MH «Exercise Therapy»)		55843	
		S43.	(*Exercises)		44635	
		S44.	(*Physical Activity)		120155	
		S45.	(*Physical Activities)		7078	
		S46.	(*Physical Exercise)		16986	
		S47.	(*Physical Exercises)		1369	
		S48.	(*Aerobic Exercise)		10332	
		S49.	(*Aerobic Exercises)		504	
		S50.	(*Exercise Training)		17978	
		S51.	(*Exercise Trainings)		38	
		S52.	S41 OR S41 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51		510488	
		S53.	S4 AND S11 AND S22 AND S40 AND S52		52	
		S54.	S53	År 2016 - 2021	26	
		S55.	S40 OR S52		1189957	
		S56.	S4 AND S11 AND S22 AND S55		116	
		S57.	S56	År 2016 - 2021	58	1 (A)
<b>Inkluderte artikler:</b>						
A. Issakainen et al., 2020, Qualitative study on public health nurses' experience and assessment of nutritional and physical activity counseling of women with gestational diabetes. (2020). <i>European Journal of Midwifery</i> , 4,(9), 37						

**Tabell 2 - Søketebl SveMed+**

Database	Dato	Søk	Søkeord (MH: emneord *: keyword)	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SveMed+	30.04.2021	S1.	(MH «Gestational Diabetes»)		64	
		S2.	(*Diabetes Gestational)		71	
		S3.	(*Gestational Diabetes Mellitus)		67	
		S4.	S1 OR S3 OR S3		71	
		S5.	(*Primary Health Care)		4968	
		S6.	(*Primary Healthcare)		4137	
		S7.	(*Primary Care)		5022	
		S8.	(*Primary Care Nursing)		340	
		S9.	(*Public Health)		56512	
		S10.	(*Nursing)		10763	
		S11.	(*Nursing Care)		6868	
		S12.	(*Nursing Assessment)		661	
		S13.	(*Nursing Audit)		68	
		S14.	(*Office Nursing)		19	
		S15.	(*Office Nursings)		19	
		S16.	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S13 OR S14 OR S15		64614	
		S17.	S4 AND S16		49	
		S18.	S17	År 2016 - 2021	14	1 (B)
<b>Inkluderte artikler:</b>						
B. Dayyani et al., 2019, A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. (2019). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 33(3), 621						

**Tabell 3 - Søketablell PubMed**

Database	Dato	Søk	Søkeord (MH: emneord *: keyword)	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	17.05.2021	S1.	(*Gestational Diabetes)	År 2016 - 2021	9253	
		S2.	(*Nursing)	År 2016 - 2021	176197	
		S3.	(*Norway)	År 2016-2021	53980	
		S3.	S1 AND S2	År 2016 - 2021	36	7 (C, D, E, F, G, H, I)

**Inkluderte artikler:**

- C. Behboudi-Gandevani et al., 2021, The Effect of Mild Gestational Diabetes Mellitus Treatment on Adverse Pregnancy Outcomes: A Systemic Review and Meta-Analysis. (2021). *Frontiers in Endocrinology*, 12(3)
- D. Helmersen et al., 2021, Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study. (2021). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(1), 44-50
- E. Almlı et al., 2020, Implementing a healthy postpartum lifestyle after gestational diabetes or preeclampsia: a qualitative study of the partner's role. (2020). *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 66
- F. Sandsæter et al., 2019, Preeclampsia, gestational diabetes and later risk of cardiovascular disease: Women's experiences and motivation for lifestyle changes explored in focus group interviews. (2019). *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 448
- G. Borgen et al., 2019, Effekt of the Pregnant+ smartphone application in women with gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial in Norway. (2019). *BMJ Open*, 11(9), 11
- H. Garnweidner-Holme et al., 2018, Health Care Professionals' Attitude Toward and Experiences of Using, a Culture-Sensitive Smartphone App for Women with Gestational Diabetes Mellitus: Qualitative Study. (2018). *JMIR mhealth and uhealth*, 6(5), 123
- I. Skar et al., 2018, Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial. (2018). *Midwifery*, 58, 102-108

## 2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler

Utvelgelse av forskningsartikler ble gjennomført etter funn i overnevnte databaser på bakgrunn av relevans for oppgaven, valg av kjernesporsmål og for å sikre et homogent datamateriale (Evans, 2003). Søkestrategien gav i alt 135 treff, derav 87 potensielle artikler hvor abstraktet ble lest, hvorav 14 ble identifisert til fulltekstlesing på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Med utgangspunkt i sjekklister (Nordtvedt et al., 2012), ble artiklene grundig og kritisk lest for å sikre metodiske kvalitet, og relevans og gyldighet opp mot problemstillingen.

Grunnet manglende oppdatert norsk forskning, foretok jeg senere et systematisk litteratursøk. Det resulterte i sju nye inkluderte artikler, og eksklusjon av fem av de først utvalgte artiklene på grunn av lavere overførbarhet. En artikkel ble ekskludert på grunn av manglende tilgjengelighet. Det resulterte i ni inkluderte forskningsartikler, basert på øvrige kriterier og relevans for problemstillingen.

Alle forskningsartiklene følger IMRAD-strukturen og er publisert i et vitenskapelig tidsskrift vurdert til Nivå 1 hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Alle artiklene har der det kreves redegjort for etisk forsvarlighet, og det er innhentet informert og skriftlig samtykke der det har vært foretatt intervjuer. En kvalitativ studie med et pårørendeperspektiv (E) er inkludert, da den var en viktig nyanse i belysningen av problemstillingen.

## 2.5. Analyse

Jeg har benyttet en induktiv tilnærming i analysen, med utgangspunkt i Evans (2003) analysemodell, hvor jeg gjennom en granskende og tolkende iterativ (gjentakende) prosess har analysert, reflektert over og beskrevet resultatene i de nøye utvalgte forskningsartiklene ut fra relevans til problemstilling (Thidemann, 2019). I det følgende vil modellens fire faser, datainnsamling, identifikasjon av hovedfunn, kategorisering av temaer, og beskrivelse av fenomen og nyanser på tvers av artiklene (Evans, 2003), presenteres systematisk.

### Fase 1

Den første fasen viser hvordan jeg har valgt ut og samlet de ni utvalgte studiene fra det systematiske søket jeg har foretatt. De ble løpende nummererte fra A til I, og prosessen beskrives under punkt 2.1-2.4 metodekapittelet.

### Fase 2.

I den andre fasen var målet å stå igjen med nøkkelkomponentene fra hver artikkel (Evans, 2003). Hver av artiklene ble lest nøye i sin helhet, og resultatene ble inngående gransket opp mot problemstillingen etter relevante hovedtema, undertema og tema som gjentok seg. Jeg noterte viktige funn, beskrivende sitat, og relevante begrep som ble brukt. Alt relevant materiale ble samlet i en tabell for hver artikkel, som ble utgangspunktet for presentasjon av hovedtema og undertema som vist i Figur 4 nedenfor.



**Figur 4 - Fase 2. Identifiserte hovedfunn**

<b>A.</b>	<i>Qualitative study on public health nurses' experience and assessment of nutritional and physical activity counseling of women with gestational diabetes</i>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u> Funn:	<b>Veiledningskompetanse</b> <u>Veiledningsferdigheter</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grunnleggende</li> <li>- Spesifikke</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Fagkunnskap</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferdigheter i grunnleggende kunnskap</li> <li>- Ferdigheter i spesifikk kunnskap</li> <li>- Tverrprofesjonell kompetanse</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Skreddersøm</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miljøfaktorer</li> <li>- Psykologiske faktorer</li> <li>- Pasientindividuelle faktorer</li> <li>- Informasjonsmateriell</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Positive erfaringer ved veiledning</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeid</li> <li>- Tverrfaglighet</li> <li>- Tydelige retningslinjer</li> </ul>
<b>Hovedtema:</b> Funn:	<b>Organisatoriske faktorer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tverrprofesjonelt samarbeid</li> <li>- Konsekvent veiledningspraksis</li> <li>- Tydelige retningslinjer</li> <li>- Gruppebasert</li> <li>- Ressurser</li> </ul>
<b>B.</b>	<i>A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes</i>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u> Funn:	<b>Veiledning svangerskapsdiabetes</b> <u>Kosthold</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuell tilpasning</li> <li>- Gruppeveiledning</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Fysisk aktivitet</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivasjon</li> <li>- Holdninger</li> <li>- Individuell tilpasning</li> </ul>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u> Funn:	<b>Pasientrelaterte faktorer ved livsstilsendring</b> <u>Helseinformasjonsforståelse</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reaksjoner ved diagnostisering</li> <li>- Etterlevelse</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Sosial støtte</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nettverk</li> <li>- Familie</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Informasjonsstøtte</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsearbeidere</li> <li>- Tilgjengelighet</li> <li>- Individuell tilpasning</li> </ul>
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Motivasjonsfaktorer</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Babyens helse</li> <li>- Egenhelse</li> <li>- Sosial støtte</li> </ul>

<b>C.</b>	<i>The Effect of Mild Gestational Diabetes Mellitus Treatment on Adverse Pregnancy Outcomes: A Systemic Review and Meta-Analysis</i>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u> Funn:	<b>Effekt veiledning mild svangerskapsdiabetes</b> <u>Maternelle komplikasjoner</u> - Statistisk signifikant reduksjon: keisersnitt, skulderdistoksi og preeklampsi. - Statistisk signifikant økning: igangsatt fødsel.
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Fetale komplikasjoner</u> - Statistisk signifikant reduksjon: makrosomi, stor for gestasjonsalder, forhøyet C-peptid og respiratorisk distress syndrom. - Ingen statistisk signifikant reduksjon: liten for gestasjonsalder, hypoglykemi, «birth trauma», hyperbilirubinemi, «admission to the neonatal intensive care unit (NICU)», prematur fødsel.
<b>D</b>	<i>Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study</i>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u> Funn:	<b>Pasientrelaterte faktorer ved livsstilsendring</b> <u>Reaksjoner med svangerskapsdiabetesdiagnose</u> - Umiddelbare reaksjoner - Aksept relater til risikofaktorer - Umiddelbart behov for informasjon - Bekymring for barnet
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Motivasjonsfaktorer</u> - Babyens helse
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Erfaringer ved kostholdsveiledning</u> - Informasjonskilder - Konsistent informasjon - Skriftlig materiell - Ønsket individuell tilpasning - Mangel på tid/kunnskap ved legekonsultasjon - God etterlevelse/forståelse hos kvinner med minoritetsbakgrunn
<b>Hovedtema:</b> Funn:	<b>Organisatoriske faktorer</b> - Tverrprofesjonelt samarbeid - Interprofesjonelt samarbeid - Primær oppfølging
<b>E</b>	<i>Implementing a healthy postpartum lifestyle after gestational diabetes or preeclampsia: a qualitative study of the partner's role</i>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u> Funn:	<b>Partnerstøtte, en potensiell ressurs</b> <u>Motivasjonsfaktorer</u> - Familiens helsegevinst - Mor og barn
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Egne behov</u> - Informasjon - Involvering
<u>Undertema:</u> Funn:	<u>Praktisk støtte</u> - Avlastning - Oppmuntring - Aktiv deltagelse
<b>F</b>	<i>Preeclampsia, gestational diabetes and later risk of cardiovascular disease: Women's experiences and motivation for lifestyle changes explored in focus group interviews</i>
<b>Hovedtema:</b> <u>Undertema:</u>	<b>Pasientrelaterte faktorer ved livsstilsendring</b> <u>Motivasjonsfaktorer</u>

Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidlig informasjon</li> <li>- Komplikasjoner</li> <li>- Konkrete resultater</li> <li>- Sosial støtte</li> </ul>
<u>Undertema:</u>	<u>Reaksjoner med svangerskapsdiabetesdiagnose</u>
Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sjokk</li> <li>- Informasjonsbehov</li> </ul>
<u>Undertema:</u>	<u>Partnerinvolvering</u>
Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partnerstøtte</li> <li>- Informasjon</li> </ul>
<b>Hovedtema:</b>	<b>Organisatoriske faktorer hos helsepersonell</b>
Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spesifikk kompetansemangel</li> <li>- Veiledningsmangel (kosthold og fysisk aktivitet)</li> <li>- Informasjon</li> <li>- Ønsket støtte</li> <li>- Manglende oppfølging av allmennlege</li> </ul>
<b>G</b>	<i>Effekt of the Pregnant+ smartphone application in women with gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial in Norway</i>
<b>Hovedtema:</b>	<b>Veiledning støttet av telemedisin</b>
	- Effekten av Pregnant+ appen
<b>H</b>	<i>Health Care Professionals' Attitude Toward and Experiences of Using, a Culture-Sensitive Smartphone App for Women with Gestational Diabetes Mellitus: Qualitative Study</i>
<b>Hovedtema:</b>	<b>Veiledning støttet av telemedisin</b>
Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effektivisering</li> <li>- Kultursensitivitet</li> <li>- Informasjon bygd på Nasjonale retningslinjer</li> <li>- Tekniske utfordringer</li> </ul>
<b>I</b>	<i>Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial</i>
<b>Hovedtema:</b>	<b>Veiledning støttet av telemedisin</b>
<u>Undertema:</u>	<u>Pasientrelaterte faktorer</u>
Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reaksjone ved SD</li> <li>- Motivasjonsfaktorer</li> <li>- Økt kunnskap, økte handlingsvalg</li> </ul>
<u>Undertema:</u>	<u>Organisatoriske faktorer</u>
Funn:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teknologien</li> <li>- Støtte fra helsepersonell</li> </ul>

### Fase 3.

Med utgangspunkt i identifiseringen av hovedtema og undertema fra fase to benyttet jeg fargekoder på hver av studiene, for å på tvers av studiene kunne strukturere eventuelle likheter og ulikheter og samtidig holde studiene fraskilt. De fargekodete hoved- og undertemaene ble kopiert inn i et nytt dokument. Der ble de gjennom en iterativ prosess syntetisert og koblet sammen under nye hovedtema og undertema med nyanser (Evans, 2003), som sikret at ingen tema gjentok seg. Temaene presentert i Figur 5. Representerte artikler markeres ved artikkelens bokstav.

**Figur 5 - Fase 3. Hovedtema, undertema og representerte artikler**

<b>Hovedtema, undertema:</b>	<b>Representerte artikler:</b>
<b>Pasientrelaterte faktorer ved livsstilsendring</b> <u>Reaksjoner ved diagnostisering:</u> <u>Helseinformasjonsforståelse:</u> <u>Motivasjonsfaktorer:</u>	<b>B, C, D, E, F, I</b> B, D, F, I, B, D B, C, D, E, F, I
<b>Sykepleiespesifikke faktorer ved veiledning i kosthold og fysisk aktivitet</b> <u>Veiledningsferdigheter</u> <u>Fagkunnskap</u> <u>Kommunikasjonsferdigheter</u> <u>Skreddersøm</u>	<b>A, B, D, F, I</b> A A, F A, B, D, F, I A, B, D
<b>Organisatoriske faktorer ved veiledning om livsstilsendring</b> <u>Tverrprofesjonelt samarbeid</u> <u>Konsultasjon hos helsepersonell</u>	<b>A, B, D, F, G, H, I</b> A, B, D, F A, D, F, G, H, I

Fase 4.

I fase fire var målet å lage en syntese av funnene og beskrive det syntetiserte materialet (Evans, 2003). Jeg kom frem til tre hovedtema og åtte undertema, som skissert over i Figur 5. Resultatene blir grundig presentert i kapittel tre.

## 3. Resultat

Artikkelmatrisen gir en oversikt over utvalgte forskningsartikler. I resultatdelen presenteres de syntetiserte funnene i hovedtemaer gjennom undertemaene og viktige nyanser belyses.

### 3.1. Presentasjon av forskningsartikler

**Figur 3.1 – Artikkelmatrise**

<b>Artikkel: A</b> <b>Referanse:</b> (Issakainen et al., 2020)	<b>Tittel:</b> <i>Qualitative study on public health nurses' experience and assessment of nutritional and physical activity counseling of women with gestational diabetes</i> <b>Tidsskrift:</b> European Journal of Midwifery <b>Land: Finland</b> <b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Kartlegge sykepleieres erfaringer og vurderinger ved veiledning av kvinner med svangerskapsdiabetes.
<b>Metode</b>	Deskriptiv (beskrivende) kvalitativ studie med temaintervju av elleve sykepleiere som jobbet innenfor svangerskapsomsorg. Materiale ble analysert ved hjelp av en induktiv tilnærming.
<b>Resultat</b>	Hovedområder: Kompetanse knyttet til veiledning om ernæring og fysisk aktivitet, mangel på spesifikke ferdigheter, veiledningspraksis, trykt materiale, positive erfaringer og utfordringer.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Sier noe om sykepleieres erfaringer og erfarte forbedringsområder knyttet til veiledning i kosthold og fysisk aktivitet hos kvinner med svangerskapsdiabetes.
<b>Artikkel: B</b> <b>Referanse:</b> (Dayyani et al., 2019)	<b>Tittel:</b> <i>A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes</i> <b>Tidsskrift:</b> Scandinavian Journal of Caring Sciences <b>Land: Danmark</b> <b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Utforske opplevelsen- og etterlevelsen av mottatt informasjon om svangerskapsdiabetes hos kvinner fra ikke-vestlige etniske minoriteter. Undersøke betydningen av helseinformasjonsforståelse.
<b>Metode</b>	Deskriptiv kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av 11 kvinner med svangerskapsdiabetes på dansk. Materiale ble analysert ved hjelp av tematisk analyse (induktiv og deduktiv koding) og iterativ operasjon (NVivi Software). Hoved- og

	undertema ble satt i sammenheng med teorien om helseinformasjonsforståelse.
<b>Resultat</b>	Kvinnernes opplevelse av veiledning om kosthold og fysisk aktivitet og deres vurdering av faktorer som fremmet og hemmet nødvendige livsstilsendringer.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Belyser komplekse dynamikker, som språk og kultur, som er av stor betydning ved veiledning av kvinner fra ikke-vestlige etniske minoriteter. Viser viktigheten av å lytte til den enkeltes erfaring og kartlegge den enkeltes helseinformasjonsforståelse.
<b>Artikkel: C</b>	<b>Tittel:</b> <i>The Effect of Mild Gestational Diabetes Mellitus Treatment on Adverse Pregnancy Outcomes: A Systemic Review and Meta-Analysis</i>
<b>Referanse:</b> (Behboudi-Gandevani et al., 2021)	<b>Tidsskrift:</b> Frontiers in Endocrinology <b>Land:</b> USA (6), Australia (1), Japan (1), Italia (2) (Samarbeid mellom to forfattere fra Nord Universitet, Bodø og to forfattere fra to universitet i Iran)
	<b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Undersøke maternelle og føtale utfall ved behandling av mild svangerskapsdiabetes (MSD – under diagnostisk behandlingsnivå).
<b>Metode</b>	Systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse av ti randomiserte kontrollerte studier (for land inkludert, se over), fra et omfattende litteratursøk i databasene: PubMed (inkl. Medline), Web of Science og Scopus med 455 potensielle artikler. Inkluderte i alt 3317 kvinner med MSD som mottok behandling, og 4407 med MSD som ikke mottok behandling. Grundige inklusjons- og eksklusjonskriterier.
<b>Resultat</b>	Presenterer effekten av intervensjonen gjennom økt, redusert og ikke redusert statistisk signifikans for uønskede utfall hos mor og barn.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Antyder viktigheten- og effekten av tidlig intervensjon hos kvinner med svangerskapsdiabetes. Belyser risikoaspektet. Begrensende: behandlingen inkluderte også medikamentell behandling, og bare én studie brukte den norske glukosebelastningstesten som diagnostiseringsgrunnlag.
<b>Artikkel: D</b>	<b>Tittel:</b> <i>Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study</i>
<b>Referanse:</b> (Helmersen et al., 2021)	<b>Tidsskrift:</b> Scandinavian journal of primary health care <b>Land:</b> Norge, Oslo
	<b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Utforske opplevelsen av veiledning om kosthold og egenmonitorering av blodglukose, og opplevelsen av koordinering og samarbeid helsepersonell i mellom hos kvinner med svangerskapsdiabetes i primær -og spesialisthelsetjenesten.

<b>Metode</b>	Deskriptiv kvalitativ studie med individuelle intervjuer av seks gravide etniske norske kvinner og seks gravide kvinner med innvandrerbakgrunn, alle med svangerskapsdiabetes. Materialet ble analysert ved hjelp av Braun og Clarkes seksstegsanalyse.
<b>Resultat</b>	Hovedtema og undertema som belyser kvinnenes erfaringer ved kostholdsveiledning, deres umiddelbare reaksjoner på å få diagnosen svangerskapsdiabetes og forbedringsmuligheter ved tverrfaglig samarbeid og primær oppfølging.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Etnisk norske kvinners- og norske minoritetskvinners egenopplevelse av veiledning om kosthold i primærhelsetjenesten er et viktig utgangspunkt for sykepleierens fagforståelse og kommunikasjon. Begrensende: Sykepleieperspektivet kommer ikke tydelig frem. Inkluderer spesialisthelsetjenesten og mediakamentell behandling.
<b>Artikkel: E</b> <b>Referanse:</b> (Almli et al., 2020)	<b>Tittel:</b> <i>Implementing a healthy postpartum lifestyle after gestational diabetes or preeclampsia: a qualitative study of the partner's role</i> <b>Tidsskrift:</b> BMC Pregnancy and Childbirth <b>Land:</b> Norge, Levanger <b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Undersøke partnerens erfaringer- og kunnskap om svangerskaps sykdommer, og eget ønske om å bidra til livsstilsendringer.
<b>Metode</b>	Deskriptiv kvalitativ studie med sju individuelle semistrukturerte intervjuer, og et fokusgruppeintervju av til sammen 11 partnere til kvinner med preeklampsi (5 stk.) og/eller svangerskapsdiabetes (7 stk.). Ti var etnisk norske, én hadde innvandrerbakgrunn. Det var tilnærmet lik fordeling mellom urbane og rurale strøk. Materialet ble analysert ved en induktiv tilnærming.
<b>Resultat</b>	Partneren er en viktig ressurs ved livsstilsendringer hos kvinner med svangerskapsdiabetes. Belyste mangel på både involvering og informasjon fra helsepersonells side. Informasjon var viktig, da partnerne hadde varierende generell kunnskap om sykdommen.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Sykepleiere er avhengig av å mobilisere pasientens ressurser ved endring av livsstil. Denne artikkelen viser at partneren både er og ser på seg selv som en betydelig ressurs, som dessverre ofte oversees av helsepersonell. Begrensning: Inkluderer insulinbehandling, men bare for halve gruppen. Inkluderer preeklampsi.
<b>Artikkel: F</b> <b>Referanse:</b> (Sandsæter et al., 2019)	<b>Tittel:</b> <i>Preeclampsia, gestational diabetes and later risk of cardiovascular disease: Women's experiences and motivation for lifestyle changes explored in focus group interviews</i> <b>Tidsskrift:</b> BMC Pregnancy and Childbirth <b>Land:</b> Norge, Levanger <b>NSD Nivå 1</b>

<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Undersøke kvinners erfaring med svangerskapsdiabetes og preeklampsi relatert til informasjonsbehov, motivasjon og ønsket støtte for å kunne gjennomføre livsstilsendringer.
<b>Metode</b>	Deskriptiv kvalitativ studie med fokusintervju av 9 kvinner med svangerskapsdiabetes, 7 kvinner med preeklampsi og 1 kvinne med svangerskapsdiabetes og preeklampsi. Intervjuet i diagnosespesifikke grupper, med påfølgende analyse (STC).
<b>Resultat</b>	Beskriver motivasjonsfaktorer, informasjonsbehov, behov for støtte, reaksjoner ved diagnostisering, partnerinvolvering og organisatoriske faktorer ved behandling.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Kvinnenes erfaringer relatert til informasjonsbehov, motivasjon og ønsket støtte for å kunne gjennomføre livsstilsendringer er et viktig utgangspunkt for sykepleieren for veiledning og i verdibasert helsearbeid. Begrensning: Inkluderer preeklampsi, men det kommer tydelig frem i resultatene når det snakkes om svangerskapsdiabetes. Inkluderer insulinbehandling, men grunnprinsippene er overførbare.
<b>Artikkel: G</b> <b>Referanse:</b> (Borgen et al., 2019)	<b>Tittel:</b> <i>Effekt of the Pregnant+ smartphone application in women with gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial in Norway</i> <b>Tidsskrift:</b> BMJ Open <b>Land:</b> Norge, Oslo <b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Se på effekten av Pregnant+ appen, utviklet for å gi informasjon om svangerskapsdiabetes, kosthold og fysisk aktivitet, på to timers blodglukosetest etter fødsel.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie. Randomisert kontrollert studie blant 238 deltagende kvinner med svangerskapsdiabetes. 158 kvinner fullførte studien.
<b>Resultat</b>	Pregnant+-appen hadde ingen signifikant påvirkning på to-timers blodglukosebelastningstest etter fødselen.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Sier noe om effekten av telemedisin, positivt at oppstart var før 33. svangerskapsuke. Begrensning: Beskriver bare effekten av den inkluderte appen. Rapporterte ikke kvinnenes kunnskap om diabetes, kosthold og fysisk aktivitet. Heller ikke blodglukosenivåene under graviditeten.
<b>Artikkel: H</b> <b>Referanse:</b> (Garnweidner-Holme et al., 2018)	<b>Tittel:</b> <i>Health Care Professionals' Attitudes Toward, and Experiences of Using, a Culture-Sensitive Smartphone app for Women with Gestational Diabetes Mellitus: Qualitative Study</i> <b>Tidsskrift:</b> JMIR mhealth and uhealth <b>Land:</b> Norge, Oslo <b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Undersøke helsepersonells oppfatning av bruken av Pregnant+-appen i oppfølging hos kvinner med svangerskapsdiabetes.
<b>Metode</b>	Kvalitativ deskriptiv studie. Intervjuer med ni helsepersonell som behandlet kvinnene under den randomiserte kontrollerte studien av



	Pregnant+-appen. Brukte Braun- og Clarcks metode for tematisk innholdsanalyse.
<b>Resultat</b>	Appen ble sett på som et nyttig, faglig trygt, kultursensitivt verktøy, som gjorde det lett å kontakte kvinnene og som gav kvinnene nyttig informasjon hjemme. Utfordringer lå i tekniske problemer.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Med økt bruk av telemedisinsk støtte under behandling er det relevant å vite noe om sykepleieres egen opplevelse. Kan belyse både viktige elementer og forbedringspotensial. Begrensninger: Vurderer bare erfaringene knyttet til én app. Inkluderer fem jordmødre og tre diabetessykepleiere, men tenker erfaringene er overførbare.
<b>Artikkel: I</b> <b>Referanse:</b> (Skar et al., 2018)	<b>Tittel:</b> <i>Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial</i> <b>Tidsskrift:</b> Midwifery <b>Land:</b> Norge, Oslo <b>NSD Nivå 1</b>
<b>Hensikt/ problemstilling</b>	Undersøke kvinner med svangerskapsdiabetes sin erfaring med bruk av Pregnant+-appen på kontroll av blodglukose og for informasjon om helse og ernæring.
<b>Metode</b>	Kvalitativ deskriptiv studie med semistrukturerte intervjuer av 17 deltakere fra intervensjonsgruppen i den randomiserte kontrollerte studien om Pregnant+-appen.
<b>Resultat</b>	Appen økte kunnskap og motivasjonen for livsstilsendringer, men kunne også øke frustrasjon blant noen av kvinnene. Begrenset bruk var knyttet til tekniske problemer og manglende støtte fra helsepersonell.
<b>Relevans og eventuelle begrensninger ovenfor problemstilling</b>	Kvinnenes erfaringer er viktige både i forhold til muligheten for telemedisinsk støtte, men også fordi erfaringene har stor overføringsverdi for skreddersøm ved sykepleieres veiledning. Begrensning: vurderer bare erfaring knyttet til én app.

## 3.2. Presentasjon av resultater

### 3.2.1. Pasientrelaterte faktorer ved livsstilsendring

#### 3.2.1.1. Reaksjoner, motivasjonsfatorer og helseinformasjonsforståelse

Fire studier viste at å bli diagnostisert med svangerskapsdiabetes var knyttet til en rekke umiddelbare reaksjoner og følelser (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Skar et al., 2018). Opplevelse av sjokk var et gjennomgående fenomen (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Sandsæter et al., 2019; Skar et al., 2018).

*«I know many people with diabetes, and I must say I was shocked ... I think that it has something to do with my lifestyle and my weight and my health. I didn't consider myself at risk of getting it [GDM]» (Skar et al., 2018, s. 104).*

Opplevelsen av sjokk kunne sees i sammenheng med egen helseinnsikt (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Skar et al., 2018). Bekymring sentrerte seg rundt barnets helse (Helmersen et al., 2021), frykt for spontanabort, mulig behov for medikamentell behandling og egenhelse (Dayyani et al., 2019). Flere kvinner bebreidet seg selv (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Skar et al., 2018).

Kvinner som ikke tilhørte risikogruppen fant det hardere å akseptere diagnosen (Helmersen et al., 2021), enn kvinner med spesifikke risikofaktorer (Skar et al., 2018). Kvinner med innvandrerbakgrunn som lå like over den diagnostiske grensen, med liten symptombelastning, lav helseinformasjonsforståelse, eller som hadde fått informasjon om at diagnosen var forbigående uttalte mindre bekymring (Dayyani et al., 2019).

Å bli diagnostisert gav et umiddelbart informasjonsbehov (Helmersen et al., 2021; Skar et al., 2018). Støtteinformasjon ble søkt fra venner, familie og internett når helsepersonell ikke dekte behovet (Helmersen et al., 2021). Dette utfordret spesielt kvinner med innvandrerbakgrunn, som ikke alltid kunne tolke gyldigheten av informasjonen, som ofte var hentet fra hjemmesider i hjemlandet (Dayyani et al., 2019). Kvinnene ønsket spesifikk informasjon om årsaken til diagnosen, konsekvenser, oppfølging og behandling. Etnisk norske kvinner ønsket spesifikke kostholdsråd (Helmersen et al., 2021).

Tidlig informasjon og kunnskap om komplikasjoner (Sandsæter et al., 2019), babyens helse (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021), egenhelse (Dayyani et al., 2019) og effekt av behandling (Behboudi-Gandevani et al., 2021; Sandsæter et al., 2019) var viktige motivasjonsfaktorer. Informasjon kunne øke kunnskap og muligheten for egne handlingsvalg (Skar et al. (2018).

Sosial støtte var en viktig motivasjonsfaktor (Dayyani et al., 2019; Sandsæter et al., 2019). Kvinner med innvandrerbakgrunn ønsket sosial støtte av familie og nettverk, men opplevde lite kunnskap om og tillit til diagnosen som barrierer, og opplevde i praksis liten sosial støtte utenfor deres mødre (Dayyani et al., 2019). Sykepleiere og kvinner beskrev manglende involvering av partneren som en barriere for etterlevelse av livsstilsendringer (Dayyani et al., 2019; Issakainen et al., 2020), men også som en potensiell ressurs

(Almli et al., 2020; Sandsæter et al., 2019), for avlastning, oppmuntring og aktiv deltakelse i kvinnens livsstilsendring (Almli et al., 2020).

### 3.2.2. Sykepleiefaglige faktorer ved veiledning i kosthold og fysisk aktivitet

#### 3.2.2.1. Fagkunnskap, veilednings- og kommunikasjonsferdigheter

Sykepleiere beskrev egne veiledningsferdigheter som mellom gode og moderate, og viste god oppmerksomhet rundt kvinnenes emosjonelle og fysiske utfordringer. Mer spesifikk veiledningspraksis og økt kunnskap vedrørende fysisk aktivitet og kosthold kunne gjøre det enklere å handle raskt i utfordrende veiledningssituasjoner (Issakainen et al., 2020). Kvinnene beskrev manglende spesifikke individuelle instruksjoner tilrettelagt deres livssituasjon, latskap, kaldt vær, holdninger og fordommer som barrierer, og inspirasjon som betydningsfullt ved veiledning i fysisk aktivitet (Dayyani et al., 2019).

Sykepleierne hadde gode ferdigheter i grunnleggende kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet, men manglet spesifikk kunnskap, spesielt vedrørende kosthold (Issakainen et al., 2020). En av sykepleierne beskrev det slik: «*It is not self-evident if you don't understand to read the information yourself from somewhere, you don't find the appropriate studies or you don't get training on the subject*» (Issakainen et al., 2020, s. 3). Sandsæter et al. (2019) bekrefter mangelen på spesifikk kunnskap fra et pasientperspektiv, som hos Issakainen et al. (2020) ble begrunnet ved temaets store bredde, korte og lite grundige fagsamlinger samt mangel på tverrprofesjonelt samarbeid. Sykepleiere opplevde tydelige retningslinjer for oppfølging og behandling av svangerskapsdiabetes (Issakainen et al., 2020).

Flere av kvinnen trakk frem betydningen av den støtten helsepersonell kunne gi (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Sandsæter et al., 2019; Skar et al., 2018). Sykepleierne beskrev samtidig utfordringen ved å forholde seg til overføringen av kvinnens negative følelser under veiledning. En sykepleiers utsagn var «*When you are trying to explain why it is important for you do these changes and the woman is just resisting*» (Issakainen et al., 2020, s. 3).

#### 3.2.2.2. Skreddersøm

Sykepleiere beskrev hvordan psykologiske faktorer, pasientindividuelle faktorer og faktorer i miljøet kunne utfordre under veiledning (Issakainen et al., 2020). Kvinner med innvandrerbakgrunn beskrev også holdninger, individuell tilpasning, motivasjon, tilgjengelighet og informasjonsstøtte som viktige faktorer, spesielt ved veiledning om fysisk aktivitet (Dayyani et al., 2019).

Både kvinnene og sykepleierne bekreftet behovet for informasjonsmateriell og -støtte (Helmersen et al., 2021; Issakainen et al., 2020). Kvinnene ønsket konsistent individuell tilpasset informasjon på skriftlig materiale (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021). Sykepleiere oppgav utdatert informasjon og materialmangel som utfordringer ved informasjonsstøtte, samt mangel på spesifikke råd knyttet til ernæring og materiale som omhandlet fysisk aktivitet (Issakainen et al., 2020).

### 3.2.3. Organisatoriske faktorer ved veiledning om livsstilsendringer

#### 3.2.3.1. *Tverrprofesjonelt samarbeid*

Både sykepleiere og kvinner beskrev tverrprofesjonelt samarbeid som viktig for veiledning (Helmersen et al., 2021; Issakainen et al., 2020). Kvinnene opplevde det som positivt, men savnet økt tverrprofesjonalitet innad i primærhelsetjenesten (Helmersen et al., 2021). Sykepleierne ønsket at fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og instruktører kunne ta del i en standardisert veiledningsmodell, som kunne øke veiledningskvaliteten, men var avhengige av organisatorisk tilrettelegging for å finne felles arenaer for samarbeid og veiledningstrening (Issakainen et al., 2020).

#### 3.2.3.2. *Konsultasjon med helsepersonell*

Kvinner beskrev allmennlegenes mangel på spesifikk kunnskap om svangerskapsdiabetes, tid under konsultasjonen, og mangel på primær oppfølging som barrierer for god veiledning (Helmersen et al., 2021). Sandsæter et al. (2019) bekrefter opplevelsen gjennom å peke på manglende oppfølging og manglende veiledning fra allmennlegenes side. Mangel på finansiering og ressurser og mange tema å gjennomgå var barrierer sykepleiere oppgav for mindre tid til veiledning (Issakainen et al., 2020).

sykepleierne fremmet muligheten for gruppebasert veiledning for å frigjøre ressurser, øke kvaliteten gjennom tverrprofesjonelt samarbeid og gi kvinnene mulighet til å oppleve støtte fra andre i samme situasjon (Issakainen et al., 2020). Sistnevnte opplevde også kvinnene som fordelaktig for den sosiale støtten. Utrfordringer lå i individuelle informasjonsbehov og mulig informasjonsmangel ved lave språkferdigheter. Muligheten for både individuell veiledning og gruppeveiledning kunne gi rom for individuell tilpasning (Dayyani et al., 2019).

Telemedisinsk støtte ved veiledning om livsstilsendringer blir både av kvinner med svangerskapsdiabetes og sykepleiere beskrevet som et nyttig hjelpemiddel ved behandling av svangerskapsdiabetes (Garnweidner-Holme et al., 2018; Skar et al., 2018), selv om effekten på fastende blodsukker ikke var statistisk signifikant (Borgen et al., 2019).

## 4. Diskusjon

I diskusjonskapitlet vil jeg drøfte problemstilling opp mot resultatene og relevant teori og bakgrunnskunnskap fra innledningen. Deretter vil jeg drøfte styrker og svakheter ved litteraturstudiet, før jeg avslutter kapitlet med en konklusjon.

### 4.1. Drøfting

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere på legekantor veilede kvinner med svangerskapsdiabetes om kosthold og fysisk aktivitet?

I introduksjon diskuteres temaets sykepleieraktualitet og -relevans opp mot problemstillingen. Deretter drøftes problemstillingen opp mot sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon, betydningen av sosial støtte, viktige veiledningsfaktorer å kartlegge, tverrprofesjonalitet, veiledningspraksis og fagkunnskap og avslutningsvis utgangspunkt for skreddersøm.

#### 4.1.1. Introduksjon med implikasjoner for sykepleie

Bildet som tegnes av den fremtidige utbredelsen av svangerskapsdiabetes med de komplikasjonene det medfører for kvinner og barn (Behboudi-Gandevani et al., 2021; HAPO, 2008), er alt annet enn positivt hvis vi skal tro forskning.

Norge ligger allerede på topp i Europa (Zhu & Zhang, 2016), og det ser ut som om vi kan komme til å fortsette å følge den globale trenden. Det skyldes langt på vei en tilsvarende norsk trend med økning i risikofaktorer, som økt prevalens av diabetes, overvekt og fedme, høyere alder for førstegangsfødende og økt innvandring fra plasser med høyere prevalens (Behboudi-Gandevani, Parajuli, et al., 2021; Hansen et al., 2015; Helsedirektoratet, 2018a; Meyer & Vollrath, 2017; Statistisk Sentralbyrå, 2021; WHO, 2016)

Dette viser viktigheten av å fortsette diskusjonen rundt årsaker og tiltak for å redusere forekomsten av svangerskapsdiabetes. For selv om svangerskapsdiabetes i dag sees på som en forbigående tilstand under graviditeten (Helsedirektoratet, 2018), viser den lineære sammenhengen mellom glukosenivå og komplikasjoner - også for de med verdier under diagnostisk nivå - viktigheten av tidlige intervensjoner og å forebygge alvorlige komplikasjoner på både kort og lang sikt, som fremtidig diabetes type 2 (Behboudi-Gandevani et al., 2021; HAPO, 2008; WHO 2016).

Sykepleiere er en nåværende og fremtidig ressurs for veiledning om kosthold og fysisk aktivitet hos kvinner med svangerskapsdiabetes.

De nyimplementerte retningslinjene for svangerskapsdiabetes ble estimert til å kunne affisere 70 % av alle gravide kvinner. Oppfølgingsansvaret ble samtidig i større grad overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Meyer & Jenum, 2017). Der spiller sykepleiere ansatt i fastlegens praksis en viktig funksjon ved veiledning i

kosthold og fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2018). Flere studier har vist sykepleieres egnethet til arbeid med livsstilsendringer i kommunehelsetjenesten, hvor det er langt flere sykepleiere enn fastleger (Kristoffersen et al., 2016).

To av studiene beskrev hvordan flere av kvinnene opplevde fastlegenes mangel på tid, oppfølging og spesifikk kunnskap om svangerskapsdiabetes som barrierer for god veiledning (Helmersen et al., 2021; Sandsæter et al., 2019), til tross retningslinjenes vektlegging av tid i veiledningssammenheng (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleiere med spesifikk fag- og pedagogisk kompetanse vil kunne avlaste fastlegene med veiledning knyttet til mestring og læring (Kristoffersen et al., 2016). Studier nevnt av Kristoffersen et al. (2016) beskriver hvordan sykepleiere ofte har bedre tid til pasienten, de gir mer kontinuerlig oppfølging og bidrar med mer konkret veiledning. De har i tillegg gode forutsetninger for å utvikle samtaleferdigheter, kompetanse og strategier om bruk av egnede modeller ved intervensjoner og innehar grunnleggende kompetanse om kosthold og fysisk aktivitet. I Issakainen et al. (2020) bekreftet sykepleiernes generelle kompetanse om kosthold og fysisk aktivitet, men hentydet at økte ressurser og mer tid til veiledning kunne tilrettelegge for større utnyttelse av sykepleiernes ressurser og egenskaper.

Sykepleierne beskrev at det forelå tydelige retningslinjer for både oppfølging og behandling av svangerskapsdiabetes, men opplevde at disse manglet spesifikke råd knyttet til ernæring og fysisk aktivitet (Issakainen et al., 2020). Oversiktsartikkelen *Guidelines for the nursing management of gestational diabetes mellitus* viste derimot både manglende evidens og spesifikke retningslinjer for sykepleieres oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes, da eksisterende retningslinjer først og fremst var tilpasset leger (Mensah et al., 2019).

#### 4.1.2. Helsefremming og forebygging

Det vil i klinisk praksis være vanskelig å forebygge komplikasjoner hos kvinner med svangerskapsdiabetes uten å samtidig benytte en helsefremmende tilnærming. Fire av studiene viste hvordan diagnosen var forbundet med fenomen som sjokk og tap, og krav om endring (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Sandsæter et al., 2019; Skar et al., 2018). Benner og Wrubel (2014) beskriver dette som en endring av ens egen verden, hvor opplevelsen av sammenheng blir avgjørende for videre livsstilsendringer og et viktig utgangspunkt for å endre på og tilegne seg nye holdninger, ferdigheter og vaner. Valg av helseveiledning som metode er relevant fordi behandling av svangerskapsdiabetes fordrer livsstilsendringer, som er en dynamisk prosess, hvor sykepleieren alltid må være pålogget kvinnens helseprosjekt (Kristoffersen et al., 2016; Helsedirektoratet, 2018d). I lys av verdibasert helsearbeid vil sykepleierens helsefremmende funksjon i møte med kvinnene i praksis bestå i å stimulere til refleksjon og avklaring rund de nyoppståtte endringene. Gjennom aktiv lytting, personorientert kommunikasjon og muligheten for reelle samvalg, vil de kunne styrke kvinnenes indre motivasjon ved å tilrettelegge for mestring, tilknytning og selvbestemmelse (Eide & Eide, 2019). Det vil kunne styrke kvinnenes mestringsevne, øke kunnskap om og forståelsen av alternative handlingsvalg og slik styrke deres handlingskompetanse. (Eide & Eide, 2019; Kristoffersen et al., 2016).

### 4.1.3. Sosial Støtte

Livsstilsendringer med fravær av eller lite sosial støtte er svært vanskelig (Benner & Wrubel, 2014) Det bekreftes gjennom selvbestemmelsesteorien, som viser hvordan menneskets evne til å lære og mestre nye livsutfordringer styrkes eller svekkes i møte med andre (Eide & Eide, 2019). Kvinnene beskrev behov for sosial støtte av familie og nettverk (Almli et al., 2020; Dayyani et al., 2019; Sandsæter et al., 2019), som sees som viktige sosiale korrelater og en potensiell ressurs ved emosjonell støtte (Eide & Eide, 2019; Hansen et al., 2015; Kristoffersen et al., 2016) Manglende sosial støtte kan bidra til usunt kosthold og mindre mosjon (Folkehelseinstituttet, 2015). Noen forutsetninger virker likevel å ligge til grunn for at den sosiale støtten skal gjøre seg gjeldende, som kunnskap om og tillit til diagnosen (Dayyani et al., 2019) og involvering av partneren (Almli et al., 2020; Sandsæter et al., 2019).

Det kommer også frem i ulike studier at flere av kvinnene opplevde den sosiale støtten sykepleiere kunne gi som svært betydningsfull (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Sandsæter et al., 2019; Skar et al., 2018.). Litteraturen bekrefter sykepleierens mulige sentrale funksjon ved både emosjonell og instrumentell støtte, men også som limet mellom pasient, familie og nettverk (Kristoffersen et al. 2016). Det kan se ut som om i hvilken grad familie og nettverk i praksis fungerer som en ressurs avhenger av i hvilken grad sykepleiere identifiserer dem som det og inkluderer dem som viktige samarbeidspartnere (Almli et al., 2020; Dayyani et al., 2019; Issakainen et al., 2020; Kristoffersen et al., 2016; Sandsæter et al., 2019). Tid ble beskrevet som en forutsetning for at sosial støtte fra sykepleier kunne gjøre seg gjeldende (Eide & Eide, Helsedirektoratet, 2018; 2019, Kristoffersen et al., 2016).

Aktiv bruk av informasjonsstøtte kan øke kunnskap og motivasjon til å ta helsefremmende valg (Dayyani et al., 2019;; Kristoffersen et al., 2016; Sandsæter et al., 2019; Skar et al., 2018). Både kvinnene og sykepleierne bekreftet behovet for informasjonsmateriell og informasjonsstøtte (Helmersen et al., 2021; Issakainen et al., 2020). To studier viste hvordan diagnosen gav et umiddelbart informasjonsbehov (Helmersen et al., 2021; Skar et al., 2018). Kvinnene ønsket konsistent, individuell informasjon om årsaken til diagnosen, konsekvenser, oppfølging og behandling, gjerne også skriftlig materiale (Helmersen et al., 2021). Retningslinjer og lovverk bekrefter hvordan kvinner ved diagnostidspunkt skal tilbys individuell tilrettelagt skriftlig og muntlig informasjon (Helsedirektoratet, 2018; Helsepersonelloven, 1999, §10; NSF, 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-2) Det umiddelbare informasjonsbehovet bekreftes også i endringsprosessens første to faser, hvor sykepleieren kan fylle funksjonen som instrumentell støtte gjennom informasjon og undervisning (Kristoffersen et al., 2016). Et eksempel på betydningen av informasjonsstøtte er at det kan tenkes at informasjon om de fysiologiske disposisjonsfaktorene, som forskjellen på betacellenes reservekapasitet (Helsedirektoratet, 2018a), kunne være av betydning for kvinnene som ikke tilhørte risikogruppen og derfor fant det hardere å akseptere diagnosen (Helmersen et al., 2021). Sykepleiere beskrev motstridende retningslinjer, utdatert informasjon og materialmangel som barrierer mot informasjonsstøtte (Issakainen et al., 2020).

Studier viser at der sykepleiere ikke dekte informasjonsbehovet søkte kvinne i større grad etter informasjon fra andre kilder (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021). På den ene siden kunne det spesielt hos kvinner med innvandrerbakgrunn øke usikkerhet,

hvor informasjon ble innhentet på eget språk fra hjemmesider i hjemlandet (Dayyani et al., 2019). På den andre siden beskriver kvinner familie og nettverk som en viktig funksjon ved instrumentell støtte. (Helmersen et al., 2021), som bekreftes i Kristoffersen et al., 2016. Studier viser i tillegg at gruppeveiledning, under de rette forutsetningene, også kan fungere som instrumentell og emosjonell støtte og øke kvaliteten av veiledningen (Dayyani et al., 2019; Issakainen et al., 2020).

#### 4.1.4. Viktige kartleggingsområder

Å veilede ut fra den andres helseprosjekt krever at sykepleieren tar utgangspunkt i den andres opplevelse av sammenheng (Christiansen, 2020; Eide & Eide, 2019, Benner & Wrubel, 2014). Barrierer mot endring har i HBM vist seg som det viktigste forholdet å kartlegge ved livsstilsendringer (Kristoffersen et al., 2016). Flere studier viste hvordan mangel på sosial støtte opplevdes som en barriere mot endring for både kvinnene og sykepleierne (Almli et al., 2020; Sandsæter et al., 2019; Issakainen et al., 2020). Viktigheten av kartlegging av barrierer, som ambivalens, bekreftes gjennom integreringsprosessen (fase D). For høy grad av opplevde barrierer ville kunne gi for lav opplevelse av belønning, og stagnere endringsprosessen (Kristoffersen et al., 2016). En studie viste hvordan kvinner med minoritetsbakgrunn opplevde kravene knyttet til kostholdet som en barriere mot etterlevelse, fordi det i for stor grad utfordret deltagelsen i deres sosiale miljø (Dayyani et al., 2019). For fysisk aktivitet kan det tilsvare å finne et nivå der opplevelsen av velvære overskygger eventuelle negative erfaringer (Hansen et al., 2015).

Opplevelsen av risiko har vist seg som det nest viktigste kartleggingsområdet (Kristoffersen et al., 2016). Å ligge rett over den diagnostiske grensen, liten symptombelastning, informasjon om at diagnosen var forbigående, og lav helseinformasjonsforståelse ble av kvinner med innvandrerbakgrunn knyttet til redusert opplevelse av risiko (Dayyani et al., 2019) Opplevelse av risiko ble knyttet til egen og barnets helse, mulighet for spontanabort og medikamentell behandling, og ble beskrevet gjennom følelsen bekymring. Å føle seg utsatt kan øke motivasjonen for mer kunnskap, som kan bedre graden av etterlevelse (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021). Derfor er opplevd risiko et viktig utgangspunkt for sykepleieres informasjon og undervisning i endringshjulets første to faser (Kristoffersen et al., 2016).

Issakainen et al. (2020) viser på den ene siden hvordan sykepleierne under veiledning overordnet var gode til å møte kvinnenens emosjonelle utfordringer, og på den andre siden hvordan sykepleierne samtidig ble utfordret av negative motoverføringer, som fornektelse og selvforsvar. Eide og Eide (2019) poengterer viktigheten av å «rulle med motstand» for at integreringsprosessen ikke stopper opp. Det impliserer at sykepleiere må anerkjenne både fortrenge og undertrykte følelser - kvinnenens forskjellige mestringsstrategier - og tilrettelegge så kvinnene kan bearbeide egen sårbarhet, som beskrevet i fase A. (Kristoffersen et al., 2016). Kvinnene beskrev mange av de samme følelsene (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021; Skar et al., 2018). Kartlegging av kvinnenens opplevelse vil derfor være viktig under hele integreringsprosessen (Kristoffersen et al., 2016).



#### 4.1.5. Tverrprofesjonalitet, veiledningspraksis og fagkunnskap

Det er mangel på studier som sier noe om effekten av, og erfaringer med, oppfølgings- og kommunikasjons tiltak hos helsepersonell som følger opp gravide kvinner med svangerskapsdiabetes i Norge (Dahm et al., 2019).

Issakainen et al. (2020) viste at sykepleierne etterspurte spesifikk veiledningspraksis og en økt tverrprofesjonell tilnærming, som kunne styrket handlingskompetansen og øke kunnskap vedrørende fysisk aktivitet og kosthold hos sykepleiere. Kvinnene tilkjennegav også ønsket om økt tverrprofesjonalitet innad i kommunehelsetjenesten, og poengterte betydningen av tverrprofesjonalitet for hvordan de opplevde veiledningen (Helmersen et al., 2021). Kristoffersen et al (2016) bekrefter viktigheten av tverrprofesjonalitet ved helseveiledning, og viktigheten av å inkludere ekspertpasienten. Dette er også et helsepolitisk mål i Samhandlingsreformen (2009). Det kan se ut som om tilrettelegging fra organisatorisk side, felles arenaer for samarbeid og veiledningstrening (Vedlegg 5), kan øke mengde og kvaliteten av tverrprofesjonelt samarbeid (Issakainen et al., 2020).

*En sykepleiers utsagn var «When you are trying to explain why it is important for you to do these changes and the woman is just resisting» (Issakainen et al., 2020, s. 3).*

Utsagnet kan hentyde et sykepleiefaglig maktperspektiv (Eide og Eide, 2019), som kan være vanskelig å forene med god veiledningspraksis, fordi det blir vanskeligere å skjelne når man skal motivere, prosessvurdere, råde, støtte, undervise, informere, lytte eller spørre (Christiansen, 2020), og mindre rom for grunnleggende verdier som integritet og autonomi (NSF, 2020). Spesifikk veiledningspraksis må bygge på faglig fundert pedagogisk kompetanse og kommunikasjon i den spesifikke konteksten til kvinner med svangerskapsdiabetes (Christiansen, 2020).

En viktig sykepleieroppgave er å imøtekomme behovet for kunnskap rundt kosthold og fysisk aktivitet (Kristoffersen et al., 2016, Helsedirektoratet, 2018b), som kan øke handlingskompetansen i utfordrende veiledningssituasjoner (Issakainen et al., 2020). Likevel viste flere studier hvordan sykepleierne ikke strakk til, og hvordan kvinnene heller ikke opplevde at behovet for spesifikk kunnskap ble imøtekommet (Dayyani et al., 2019) Kvinnene ønsket spesifikk kunnskap og individuell tilrettelegging ved kosthold og fysisk aktivitet. Tilgjengelighet og inspirasjon var også viktige korrelater. (Dayyani et al., 2019; Helmersen et al., 2021). Betydningen av individuelle modifiserbare korrelater bekreftes i Hansen et al. (2015). Økt prevalensen blant ikke-etniske norske kvinner (Behboudi-Gandevani, Parajuli, et al., 2021), og store kulturelle preferanser i etterlevelse av anbefalt kosthold (Garnweidner-Holme, 2018), impliserer viktigheten av kultursensitiv sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, Helsedirektoratet, 2018b).

En komplementære strategier for å imøtekomme behovet for spesifikk kunnskap er bruk av telemedisin. Både kvinner og sykepleiere beskrev Pregnant+-appen som et nyttig hjelpemiddel ved veiledning (Garnweidner-Holme et al., 2018; Skar et al., 2018). Forskning viste likevel ingen statistisk signifikans på appens effekten på fastende blodsukker (Borgen et al., 2019) Ut fra det kan det tenkes at appen hadde betydning for kunnskap men ikke etterlevelse, som igjen kan tyde på at kvinnene er i en av de første tre fasene av endringshjulet (Kristoffersen et al. 2016).

#### 4.1.6. Skreddersøm

Medbestemmelse er en lovfestet rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Likevel viser flere av studiene hvordan kvinnene opplevde manglende mulighet for medvirkning som en barriere for etterlevelse (Dayyani et al., 2019, Helmersen et al., 2021 +). Ved å kartlegge viktige forhold i HBM kan sykepleiere identifisere personlige korrelater og barrierer innen kosthold og fysisk aktivitet, som sammen med individuelle rammefaktorer og verdier kan danne grunnlaget for skreddersydde tiltak (Hansen et al., 2015; Kristoffersen et al., 2016) Sykepleierne beskrev psykologiske, pasientindividuelle og miljømessige faktorer betydning for veiledning (Issakainen et al., 2020) Dette bekreftes gjennom IBM. Det kan se ut som om en kombinasjon av komponenter fra IBM og HBM med den konkrete fasen kvinnen befinner seg i integreringsprosessen og endringshjulet, kan være et virkningsfullt utgangspunkt for skreddersøm, når det samtidig tilrettelegges for akkomodative læringsprosesser (Kristoffersen et al., 2016).

Skreddersøm er viktig for å øke motivasjon, som er en viktig drivkraft ved voksnes læring (Kristoffersen et al., 2016) Studiene beskrev flere ytre motivasjonsfaktorer (Behboudi-Gandevani et al., 2021; Dayyani et al., 2019; Helmersen et al. 2021; Sandsæter et al., 2019), men Eide og Eide (2019) poengterer at ytre motivasjonen må omgjøres til indre motivasjon for at endringsarbeid skal være bærekraftig. Skreddersøm krever derfor pedagogisk kompetanse og både avklarende, fokuserende og relasjonsskapende ferdigheter. Motiverende intervju har vist seg som et effektivt hjelpemiddel, som kan hjelpe med å avklare konkrete pedagogiske mål (Vedlegg 5) (Kristoffersen et al., 2016).

#### 4.2. *Styrker og svakheter med litteraturstudiet*

Utgangspunktet for litteraturstudiet har vært sykepleieutøvelsen ved veiledning til kvinner med svangerskapsdiabetes. Å knytte sykepleierens og kvinnens perspektiv (ekspertpasienten i denne konteksten), opp mot fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon gir et bredt bilde av realiteten og impliserer viktige fokusområder for veiledningen. Fokusområdene kan ha stor overføringsverdi ved livsstilsendringer hos andre pasientgrupper.

En svakhet med det brede perspektivet er mindre rom til å gå i dybden på praktiske enkeltelementer i veiledningen, grunnet begrensningen på antall ord, som gruppeveiledning vs. individuell veiledning opp mot fasene i endringshjulet og integreringsprosessen. Jeg diskuterer heller ikke styrker og svakheter med ulike modeller, bare i hvilken grad de svarer til problemstillingen.

En styrke er mengden av oppdatert og norsk forskning, som øker overføringsverdien til dagens forhold, selv om jeg mangler spesifikk forskning fra legekantor i Norge. Det er bevisst brukt primærkilder, med unntak av der hvor forskning står henviset via pensumlitteratur.

Der eldre forskning er benyttet har det vært begrunnet i relevans og overførbarhet, som ved manglende oppdaterte nasjonale tall for prevalens av overvekt og fedme. Jeg har nøye vurdert diagnostiske kriterier i forskningsartiklene, for å sikre overførbarhet, og bare hentet resultat fra der det var spesifisert at det omhandlet svangerskapsdiabetes (artikkel F).

Svakheter er manglende vurdering av gyldigheten av forskningen fra pensumlitteratur og om de norske Nasjonale faglige retningslinjene følger AGREE-kriteriene eller har høy skår på metodisk kvalitet (Nordtvedt et al., 2012, s. 47). Studienes innhold kan også ha blitt feiltolket i oversettelsesarbeidet.

Søkeprosessens styrke er stor grundighet i det systematiske søket. En svakhet var at søke ble foretatt før teoridelen var ferdigstilt, hvor jeg muligens ville brukt litt andre (og færre) søkeord hvis rekkefølgen var utført motsatt. Eksempler på søkeord jeg ville benytte er relevante begrep fra modeller og teori. Søkeprosessen var likevel en viktig læringsprosess som resulterte i et senere systematisk søk, med treff på mange viktige artikler for litteraturstudiet.

Sidetall er bevisst brukt på alle direkte sitat i oppgaven, og på all litteratur med unntak av litteratur i drøftingsdelen, hvor kildene finnes henvist i teorien. Metodekapittelet er bygd på relevant litteratur og det er bevisst brukt sitater i resultatdelen, som både styrker troverdigheten og tolkningen av studiene (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 152).

### 4.3. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse kvinners og sykepleieres erfaringer med veiledning ved svangerskapsdiabetes, og utforske hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan spille en helsefremmende og forebyggende funksjon ved oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes. I oppgaven har jeg drøftet problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleiere på legekontor veilede kvinner med svangerskapsdiabetes om kosthold og fysisk aktivitet?*

Det ble funnet manglende norsk forskning på studier som omtaler effekten av og erfaringer med dagens oppfølgings- og kommunikasjonstiltak. Både nasjonalt og internasjonalt var det manglende evidens og manglende retningslinjer for sykepleieres oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes.

Litteraturstudiet viser den store kompleksiteten rundt livsstilsendringer som er nødvendige ved behandling av svangerskapsdiabetes. For å kunne støtte kvinne i deres helseprosjekt, må sykepleiere evne å kombinere veiledning som pedagogisk metode med relevante teorier og modeller. Både kvinnene og sykepleierne beskrev tid, sosial støtte, tilstrekkelig kompetanse og tverrprofesjonalitet som viktige forutsetninger for god veiledning, momenter som bekreftes gjennom litteraturen og nasjonale retningslinjer. Sykepleierne savnet mer spesifikk veiledningspraksis og økt kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet for å styrke handlingskompetansen i konkrete veiledningssituasjoner. Kvinnene etterspurte spesifikk kunnskap om kosthold og beskrev individuell tilrettelegging, tilgjengelighet og inspirasjon som viktige korrelater ved fysisk aktivitet. Organisatorisk tilrettelegging av felles arenaer for samarbeid, kompetanseøkning og veiledningstrening vil kunne øke kvaliteten og bedre utnytte sykepleiefaglige ressurser.

Å kartlegge opplevelsen av barrierer ved livsstilsendringer kan bidra til at endringsprosessen ikke stopper opp. Videre kan kartlegging av opplevd risiko gi

informasjon om kvinnenes motivasjon for mer kunnskap, som er et viktig utgangspunkt for veiledning i endringsprosessens første faser. Kvinnenes opplevelse av risiko var koblet til opplevelsen av konsekvensene av svangerskapsdiabetes, og hadde betydning for grad av etterlevelse. Kvinner som enten hadde lav symptombelastning, lav helseinformasjonsforståelse, som hadde fått informasjon om at diagnosen var forbigående, eller som lå rett over den diagnostiske grensen, forbandt diagnosen med lavere risiko, og viste mindre grad av motivasjon for kunnskap og etterlevelse. En hyppig nevnt barriere for endring var kvinnenes opplevelse av manglende sosial støtte, spesielt fra ektefelle/partner. Kvinnene ønsket emosjonell støtte fra familie og nettverk, fra kvinner i samme situasjon og sykepleiere, og instrumentell støtte primært fra sykepleiere, gjerne gjennom individuell tilpasset muntlig og skriftlig informasjon. Sykepleiere vil kunne spille en viktig funksjon som bindeledd mellom kvinnen, familien og nettverket. Individuell tilpasning, sykepleieres medvirkning, tid, oppdatert informasjon og tilgjengelig materiale var viktige forutsetninger for god sosiale støtte.

Studiene viser hvordan kvinnene i all hovedsak beskrev ytre motivasjonsfaktorer. Sykepleiere kan gjennom personorientert kommunikasjon, aktiv lytting og tilrettelegging for reelle samvalg, styrke den indre motivasjonen, som spiller en avgjørende rolle ved livsstilsendringer. Kvinnene beskrev hvordan det å få diagnosen svangerskapsdiabetes utløste en rekke følelser. Sykepleiere kan spille en viktig rolle ved å tilrettelegge for akkomodative læringsprosesser og stimulere til refleksjon og avklaring rundt de nyoppståtte endringene. Kartlegging av individuelle rammefaktorer, kulturelle vaner, personlige verdier, korrelater og barrierer kan danne grunnlaget for skreddersøm, som sikrer medbestemmelse og veiledning basert på verdibasert helsearbeid.

Litteraturstudiet viser hvordan sykepleiere på legekontor gjennom faglig fundert pedagogisk kompetanse, og ved et bevisst forhold til sin rolle, kan spille en helsefremmende og forebyggende funksjon ved veiledning av kvinner med svangerskapsdiabetes. Litteraturstudiet viser også behovet for tydeligere retningslinjer for sykepleiepraksis ved veiledning av kvinner med svangerskaps. En vei videre er å utarbeide og teste ut et bedre sett av slike retningslinjer.

# Referanseliste

- Almli, I., Haugdahl, H. S., Sandsæter, H. L., Rich-Edwards, J. W., & Horn, J. (2020). Implementing a healthy postpartum lifestyle after gestational diabetes or preeclampsia: A qualitative study of the partner's role. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2769-6>
- Behboudi-Gandevani, S., Bidhendi-Yarandi, R., Panahi, M. H., & Vaismoradi, M. (2021). The Effect of Mild Gestational Diabetes Mellitus Treatment on Adverse Pregnancy Outcomes: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology*, *12*(3). <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.640004>
- Behboudi-Gandevani, S., Parajuli, R., & Vaismoradi, M. (2021). A Systematic Review of the Prevalence of Gestational Diabetes in Norway. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 1423. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041423>
- Benner, P., & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sykepleie—Stress og mestring ved sunnhet og sykdom* (2. utg.). Munksgaard.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Akribe.
- Borgen, I., Småstuen, M. C., Jacobsen, A. F., Garnweidner-Holme, L. M., Fayyad, S., Noll, J., & Lukasse, M. (2019). Effect of the Pregnant+ smartphone application in women with gestational diabetes mellitus: A randomised controlled trial in Norway. *BMJ Open*, *11*(9), 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030884>
- Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Christiansen, B. (Red.). (2020). *Helseveiledning* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahm, K. T., Pirnat, A., Straumann, G. H., Næss, G. E., Steiro, A., & Vist, G. E. (2019). *Oppfølgings- og kommunikasjons tiltak til gravide med svangerskapsdiabetes* (Nr. RL029; s. 68).
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dayyani, I., Maindal, H. T., Rowlands, G., & Lou, S. (2019). A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(3), 621–631. <https://doi.org/10.1111/scs.12655>
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjoner i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2003). Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *20*(2), 5.  
DOI
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Garnweidner-Holme, L., Hoel Andersen, T., Sando, M. W., Noll, J., & Lukasse, M. (2018). Health Care Professionals' Attitudes Toward, and Experiences of Using, a Culture-Sensitive Smartphone App for Women with Gestational Diabetes Mellitus: Qualitative Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(5), 123. <https://doi.org/10.2196/mhealth.9686>

Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Dalene, K. E., & Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge Nasjonal kartlegging 2014-2015* (: IS-2367). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/\\_/attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)

Helmersen, M., Sørensen, M., Lukasse, M., Laine, H. K., & Garnweidner-Holme, L. (2021). Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(1), 44–50. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882077>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, desember 13). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021* [Plan]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2021-05-07-34 ) Lovdata . <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

*Motiverende intervju som metode.* (2017). Helsedirektoratet. Hentet 10. juni 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2018). *Gode levevaner før og i svangerskapet.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/gode-levevaner-for-og-i-svangerskapet>

Helsedirektoratet. (2018a). *2.1 Tilby informasjon, kostråd, og opplæring i egenmåling av glukose ved diagnosetidspunkt.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/behandling-av-svangerskapsdiabetes/tilby-informasjon-kostrad-og-opplaering-i-egenmaling-av-glukose-ved-diagnosetidspunkt>

Helsedirektoratet. (2018b). *2.2 Kost og fysisk aktivitet ved svangerskapsdiabetes.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/behandling-av-svangerskapsdiabetes/kost-og-fysisk-aktivitet-ved-svangerskapsdiabetes>

Helsedirektoratet. (2018c). *Nasjonall faglig retningslinje for behandling av svangerskapsdiabetes.* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/behandling-av-svangerskapsdiabetes/tilby-informasjon-kostrad-og-opplaering-i-egenmaling-av-glukose-ved->

diagnosetidspunkt#kvinner-med-fastende-glukose-53-69-mmoll-ogeller-2-timers-glukose-90-110-mmoll-etter-glukosebelastning-har-svangerskapsdiabetes-og-bor-fa-oppstart-av-behandling-praktisk

Helsedirektoratet (2018d), *Oversiktsalgoritme svangerskapsdiabetes*. Hentet 24. mai 2021, fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/dokumenter-svangerskapsdiabetes/Oversiktsalgoritme%20svangerskapsdiabetes.pdf/\\_/attachment/inline/46c25cdb-8f70-4a35-ae19-5512cc35c6b5:e29810371c92d81c41fbc5456a54f1d0d19eb116/Oversiktsalgoritme%20svangerskapsdiabetes.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/dokumenter-svangerskapsdiabetes/Oversiktsalgoritme%20svangerskapsdiabetes.pdf/_/attachment/inline/46c25cdb-8f70-4a35-ae19-5512cc35c6b5:e29810371c92d81c41fbc5456a54f1d0d19eb116/Oversiktsalgoritme%20svangerskapsdiabetes.pdf)

Helsedirektoratet. (2021). *Svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/levevaner-hos-gravide-tidlig-samtale-og-radgiving/gravide-bor-bli-informert-om-fordelene-ved-daglig-fysisk-aktivitet-og-muskelstyrkende-trening-av-bekkenbunnen-langvarig-stillesitting-bor-begrenses>

Helsepersonelloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2021-05-07-34)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Issakainen, M., Schwab, U., & Lamminpää, R. (2020). Qualitative study on public health nurses' experience and assessment of nutritional and physical activity counseling of women with gestational diabetes. *European Journal of Midwifery*, 4(9), 37. <https://doi.org/10.18332/ejm/127123>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende Sykepleie 3* (G. H. Grimsbø, Red.; 3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-10-23-1405)*. Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Mensah, G. P., Ham-Baloyi, W. ten, Rooyen, D. (R. M. ) van, & Jardien-Baboo, S. (2019). Guidelines for the nursing management of gestational diabetes mellitus: An integrative literature review. *Nursing Open*, 7(1), 78–90. <https://doi.org/10.1002/nop2.324>

Meyer, H. E., & Vollrath, M. E. M. T. (2017, 4. oktober). *Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Meyer, I. F., & Jenum, A. K. (2017). Svangerskapsdiabetes. *Utposten*, 6. <https://www.utposten.no/journal/2017/6/utposten-6-2017b-381/Svangerskapsdiabetes>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe.

Norges Sykepleierforbund (NSF). (2020). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norges Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-05-07-34) Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Sandsæter, H. L., Horn, J., Rich-Edwards, J. W., & Haugdahl, H. S. (2019). Preeclampsia, gestational diabetes and later risk of cardiovascular disease: Women's experiences and motivation for lifestyle changes explored in focus group interviews. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 448. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2591-1>

Skar, J. B., Garnweidner-Holme, L. M., Lukasse, M., & Terragni, L. (2018). Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomised controlled trial. *Midwifery*, 58, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.021>

Statistisk Sentralbyrå. (2021, juni 1). 07872: *Foreldrenes gjennomsnittlige fødealder ved første barns fødsel*. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/07872/tableViewLayout1/>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen—Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

The HAPO Study Cooperative Research Group. (2008). Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 358(19). <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707943>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.

World Health Organization (WHO) (Red.). (2016). *Global report on diabetes*. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=id=87B0BCA0CBD924FCD2E6C34E791C2FDF?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=id=87B0BCA0CBD924FCD2E6C34E791C2FDF?sequence=1)

Zhu, Y., & Zhang, C. (2016). Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: A Global Perspective. *Current Diabetes Reports*, 16(1), 7. <https://doi.org/10.1007/s11892-015-0699-x>



# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Oversiktsalgoritme svangerskapsdiabetes

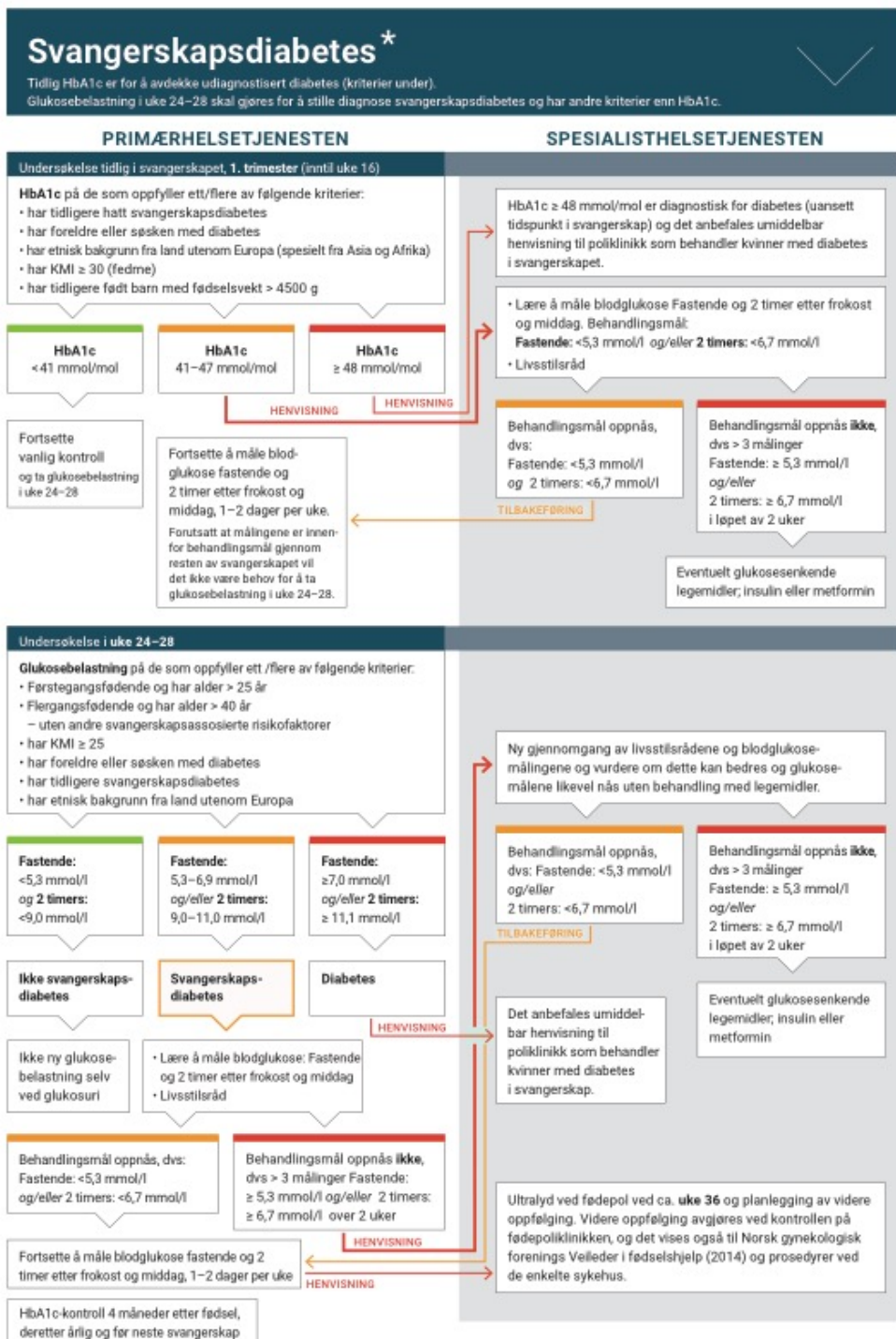
**Vedlegg 2:** Teoretiske modeller: HBM, IBM, endringshjulet og integreringsprosessen

**Vedlegg 3:** Motiverende intervju

**Vedlegg 4:** PICO

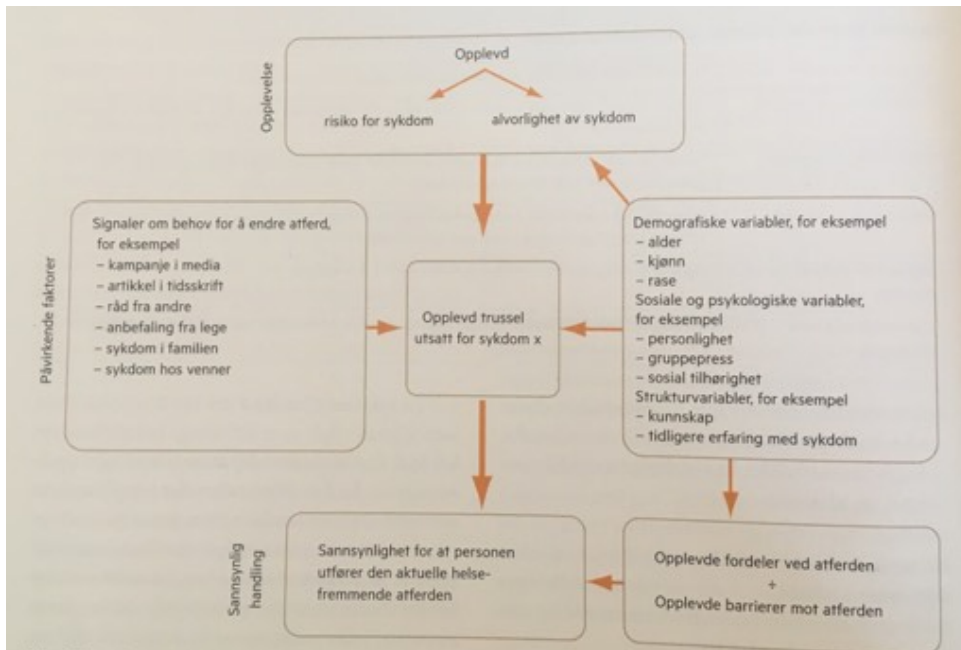
**Vedlegg 5:** Ressurser for individuell veiledning og gruppeveiledning.

## Vedlegg 1 (Helsedirektoratet, 2018d)

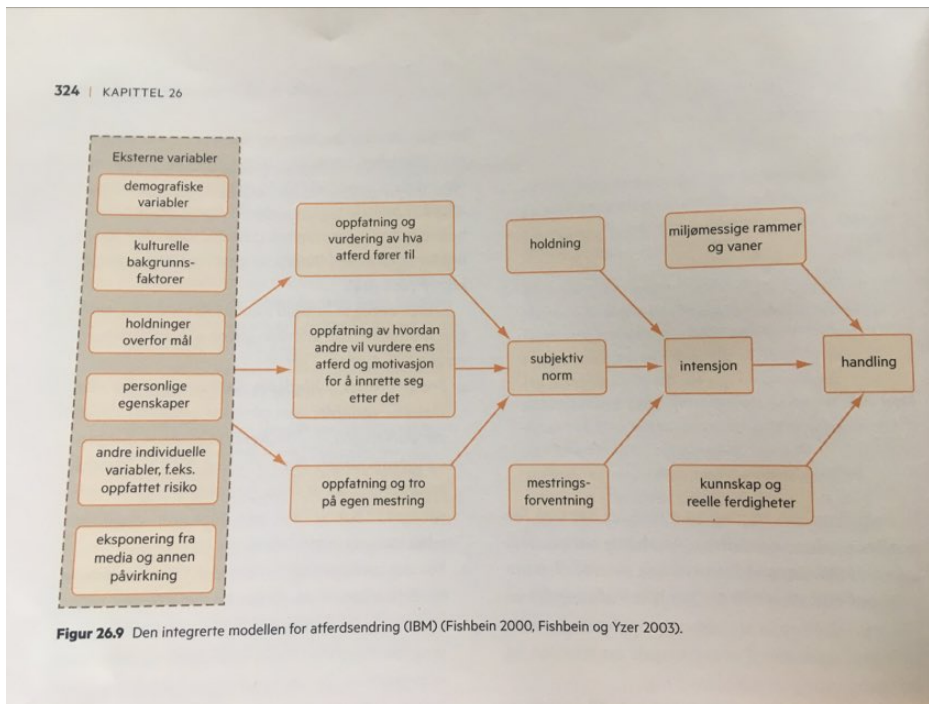


www.helsedirektoratet.no

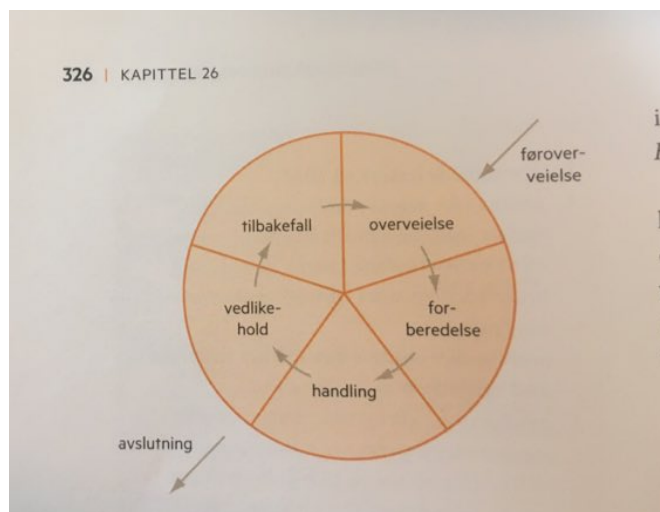
## Vedlegg 2



Bilde 1. Helseoppfatningsmodellen (Kristoffersen et al., 2016, s. 318).



Bilde 2. Den integrerte modellen for atferdsendring (Kristoffersen et al., 2016, s. 324)

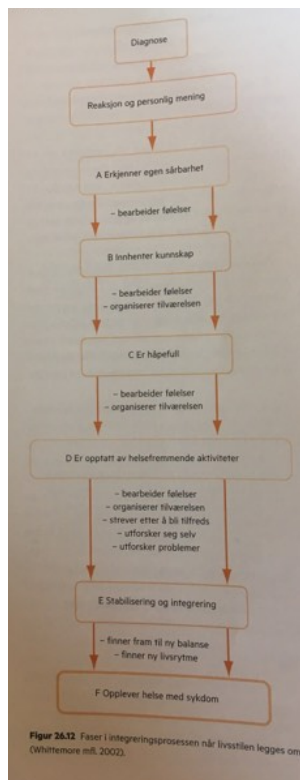


Bilde 3. Endringshjulet (Kristoffersen et al., 2016, s. 326).

**Kjennetegn ved fasene i endringshjulet**

1 Føroverveielse (precontemplation)	I denne fasen overveier ikke personen å skulle endre sin atferd, i hvert fall ikke i løpet av de nærmeste 6 månedene.
2 Overveielse (contemplation)	I denne fasen grubler personen over å endre sin atferd i løpet av de neste 6 månedene.
3 Forberedelse (preparation)	I denne fasen forbereder personen seg aktivt på å endre atferden i løpet av en måneds tid.
4 Handling (action)	Denne perioden omfatter tiden fra den aktuelle forandringen er påbegynt, inntil 6 måneder etterpå.
5 Vedlikehold (maintenance)	Vedlikeholdsperioden begynner omkring 6 måneder etter at forandringen er påbegynt, og varer så lenge den nye atferden opprettholdes.

Bilde 4. Kjennetegn ved fasene i endringshjulet (Kristoffersen et al., 2016, s. 326).



Bilde 5. Integreringsprosessen (Kristoffersen et al., 2016, s. 326).

## Vedlegg 3

### Motiverende intervju som metode

Motiverende intervju (MI) er en anbefalt samtalemetode for å motivere til atferdsendring.

Et vanlig problem for profesjonelle hjelpere, som helsepersonell, er at de gir informasjon med velmente råd som ikke blir fulgt. Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til.

#### **MI påvirker helsereelatert atferd**

MI er en klinisk ferdighet som ser ut til å fungere godt i møte med personer med ulike utfordringer. MI kan brukes overfor risikofylt og helsereelatert atferd, for eksempel som en del av behandling av spiseforstyrrelser og angstlidelser, rusbehandling, spillavhengighet og røykeslutt, endring av kosthold og fysisk aktivitet og håndtering av kroniske lidelser.

MI ble utviklet for behandling av alkoholisme og den første artikkelen publisert om MI het «Motivational Interviewing with Problem Drinkers» (Miller 1983). Nå har prosessene og utfallet av det å bruke MI blitt studert og testet ut i møte med en rekke problemstillinger.

#### **MI kan brukes av mer enn helsepersonell**

God bruk av MI bidrar til å skape et samarbeidende partnerskap mellom den som skal endre noen og en helper. MI kan brukes av helpere med ulik faglig bakgrunn, i ethvert møte hvor en endring er et ønsket utfall.

Hjelperen kan være en tannpleier som ønsker at pasienten skal bruke tannråd, en saksbehandler hos NAV som er bekymret for klientens alkoholbruk, eller en ungdomsarbeider som ønsker å hjelpe en elev med å redusere fraværet. Frisklivssentraler bruker MI i sitt arbeid med hjelp til endring av levevaner og noen fengselsbetjenter bruker MI for å hjelpe innsatte å unngå kriminalitet i fremtiden.

MI kan også brukes av helpere som av forskjellige grunner ønsker å forholde seg nøytrale til hva personen skal gjøre, for eksempel ved vurdering av abort eller organdonasjon. Da styres MI-samtalen i retning av det å ta en beslutning istedenfor i retning av en bestemt endring.

#### **"MI-ånden"**

MI-ånden er en underliggende tankegang og innstilling som MI praktiseres ut i fra:

«Å ha en MI-samtale er som å komme på besøk hjem til noen. Du bør gå inn med respekt, interesse og vennlighet, bekrefte det som er fint, og la være å komme med uoppfordrede råd eller å begynne å ommøblere.» - Sitat fra ukjent kvinne på kurs

Å oppleve at en person gjør noe som ikke er bra for han selv, eller unnlater å gjøre noe som ville gjort han godt, vekker gjerne korrigeringsrefleksjonen. Helsepersonell sitter med faglig kunnskap og ønsker å hjelpe. Det er naturlig å ta på seg ansvaret for pasienten.

Tradisjonelt har det vært slik at pasienten kommer til helsevesenet hvor hans problem diagnostiseres og behandling foreskrives av en ekspert. I noen tilfeller vil det fortsatt være riktig og nyttig at pasientmøter foregår slik, men da brukes ikke MI.

MI er gjennomsyret av aksept, nysgjerrighet, medfølelse og partnerskap. Hjelper møter personer med en antakelse om at det er de som vet best hva de trenger, fordi de er eksperter på seg selv. Hun søker å hente ut personens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser for å lykkes med endring.

### **Grunnverdiene i MI er:**

#### **Partnerskap**

Hjelper og person skal sammen finne ut hva som er problemet og hva som er målet. Selv om hjelper styrer samtalen skal det ikke være en manipulerende relasjon.

#### **Aksept**

Man vil ha vanskeligere for å endre seg når man føler seg uakseptert enn om man blir møtt med aksept for det man gjør. Å lære dette paradokset er et viktig og samtidig krevende arbeid for helsepersonell. Til tross for anbefalinger har pasienten alltid et valg og dette må anerkjennes i samtaler om endring. **Medfølelse**

#### **Nysgjerrighet/fremkallelse**

Hjelper gjør en aktiv innsats for å forstå hvordan personen har det. Hjelper lytter, og viser at hun lytter gjennom å speile det som blir sagt.

#### **Teorigrunnlag bak MI**

MI har ikke utspring i en bestemt teori, men baserer seg på erfaring og forskning om hvordan en persons motivasjon for å endre seg kan økes gjennom samtale. Å si noe høyt til et annet menneske er noe annet enn å tenke det. Det vi sier selv er det vi lytter mest til og oppfatter som mest viktig og sant. Analyser av MI-samtaler har vist at forholdet mellom endringsutsagn og status-quo-utsagn predikerer endring.

MI er utviklet og beskrevet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick gjennom tre årtier. Deres siste oppsummering av metoden ble utgitt i 2013 med tittelen «Motivational Interviewing: helping people change».

MI ble introdusert rundt samme tid som Prochaska og DiClementes modell om atferdsendring «The Transtheoretical modell of Change» («endringshjulet»). Teorien beskriver atferdsendring som en sirkulær prosess hvor man går gjennom ulike stadier.

Å ha kjennskap til endringshjulet kan være nyttig for hjelpere som jobber med endring, men det er ikke nødvendig for å kunne praktisere MI. Endringshjulet er ikke en del av MI, men beslektet, kompatibelt og komplementært til MI.

#### **Prinsipper i MI**

I motiverende intervju beskrives noen grunnleggende prinsipper, sammenfattet under akronymet **EDRAS**, som står for:

**E – Uttrykke Empati:** Hjelper bruker refleksjoner for å vise at hun forstår personens opplevelse av seg selv, sin situasjon og andre mennesker.

**D – Utvikle Diskrepans:** Hjelper styrer personens oppmerksomhet mot områder i livet

der man kan vente å finne diskrepans, dvs. uoverensstemmelse mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det. Det vil skape motivasjon for å redusere diskrepansen.

**R – Rulle med motstand:** Motstand er en forventet og naturlig del av endringsprosessen. Motstand gir også hjelper informasjon om at det hun sier eller gjør ikke virker veiledende på personen; han befinner seg på et annet stadium i endringsprosessen. Hjelper bør møte motstanden ved å reflektere tilbake personens ytring. Hun viser da at hun anstrenger seg for å forsøke å forstå personens perspektiv, uten å dømme. Ved å i tillegg være aktivt lyttende, bruke åpne spørsmål og understreke personens kontroll og frihet til selv å bestemme over endring, vil hun kunne dempe motstanden.

**A – Unngå argumentering:** Hjelper skal unngå å argumentere eller motargumentere med personen eller å forsøke å overtale personen til å gjøre endringer. Hjelperen skal i stedet tilby informasjon eller forslag som personen kan ta til seg, eller velge å la være.

**S – Støtte mestringskompetanse:** Motivasjon avhenger av personens tro på at han vil klare å endre atferden. Hjelper bør utforske grad av viktighet og tiltro til å klare å gjennomføre handlingen/mestringsevne. Det kan gjøre ved selektiv og målrettet bruk av åpne spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner.

### **Endringsnakk - selvmotiverende ytringer**

Det er viktig at det er personen som sier at han ønsker endring, og når dette skal skje. Dette kalles endringsnakk.

Dersom personen får undersøke egne motstridende tanker, følelser og ideer til den problematiske atferden, og egne argumenter for hvorfor endring er ønskelig, og samtidig bestemme når endring skal skje, øker sannsynligheten for endring.

Endringsnakk er markører i samtalen som viser at man er på rett spor, og hjelper må da utdype utsagnet, kommentere uttalelsene positivt, reflektere på utsagnet og oppsummere endringsytringene til personen.

### **Eksempler på endringsnakk**

Jeg ønsker jeg kunne klare å slutte  
Jeg tror jeg klarer å redusere bruken litt Jeg ville få det bedre  
Jeg trenger å slutte  
Jeg vil.../Jeg planlegger å...

### **Å lokke frem endringsnakk**

Det finnes flere strategier som kan lokke frem endringsnakk:

Spør personen direkte om problemopplevelse, planer om endring eller tro på egen mestringsevne Utbroder utsagnet (fortell litt mer om det...)

Utforsking av verste bekymringer

Utforsk andre personers synspunkt eller bekymring

Se tilbake til tider før det var et problem Se framover. Fokuser på håp og bedring Utforsk mål og verdier

Underdrivende refleksjon



For å stimulere til endringsnakk skal man ikke:

Ha en forurettet holdning overfor personen  
Gi ordre, dirigere eller kommandere  
Gi råd, forslag eller løsninger uten å ha fått lov  
Overtale med logikk, argumentere eller dosere  
Dømme, kritisere eller klandre  
Gjøre narr, gi skam eller sette merkelapp  
Tolke eller analysere  
Forsikre, sympatisere eller trøste  
Stille mange lukkede spørsmål

### **Ambivalens - en dobbeltholdning til atferden**

En av hovedantakelsene i motiverende samtale er at personer som søker hjelp som regel ikke er helt klar for endring. De er ofte preget av motstridende tanker og følelser omkring problematferden sin.

Denne dobbeltholdningen kalles ambivalens og viser seg når personen blir trukket i forskjellige retninger av ønsker som ikke lar seg forene samtidig. Ambivalens er en normal og nødvendig del av en endringsprosess og finnes hos de fleste som har utviklet problematferd eller som tenker på endring.

### **Utforske ambivalens**

Ambivalens vil ha en direkte innflytelse på motivasjonen, og kan sees på som en motivasjonskonflikt. Det er en konflikt mellom å ville endre problematferd (f.eks. slutte å drikke alkohol) og samtidig beholde situasjonen som den er (fortsette å drikke alkohol).

Håndtering av ambivalens er viktig for å motivere til endring av atferd. Hjelper skal bistå personen med å utforske og løse sin ambivalens ved å bygge opp en trygg atmosfære. Hun inntar en balansert posisjon og ser på både gode og mindre gode sider av problematferden. Konfrontasjon har liten virkning. Det er personen som skal konfrontere seg selv og bli kjent med innholdet i sin egen ambivalens. Det vil gjøre beslutningstaking lettere.

Å fortsette som nå representerer noe kjent og trygt og gir visse gleder. For at balansen skal vippe i favør av endring, må grunnene for å skulle endre være sterkere enn grunnene for å opprettholde status quo.

Det er ikke alltid hjelper bør utforske ambivalens. Hvis personen er i en alvorlig krise, opplever en «årlig fase» ved en kronisk lidelse, er svært resignert eller har blitt alvorlig syk pga. sin problematferd, er det viktigere å stabilisere situasjonen, gi trøst, oppmuntring og hjelp, fremfor å utforske ambivalens.

### **MI påvirker indre motivasjon**

Motivasjon er faktorer som igangsetter, gir retning til og opprettholder atferd, og er av betydning når man skal vurdere hjelpetilbud. All atferd, også problematisk atferd, kan sees på som motivert.

Motivasjon kan deles opp i «indre motivasjon», som planlegging, beslutning, følelser og tanker, og «ytre motivasjon», for eksempel belønning og straff.

I MI er det den indre motivasjonen man prøver å påvirke. Det gjøres gjennom å øke bevisstheten rundt atferdens negative konsekvenser, arbeide med diskrepansen mellom nåværende og ønsket tilstand, arbeide med ambivalens, ved å lage en forandringsplan når personen er klar for endring, og ved å stille spørsmål som forsterker atferden («Hva vil du gjøre nå?», «Hva er neste steg for deg?»).

### **Opplevelse av mestring**

Mestringsforventning er viktig for å forstå personens valg om endring av atferd. For at man skal endre atferd, må man tro at man kan klare det, og forvente at endringen vil føre til ønsket utfall. Tidligere erfaringer er av betydning, og hjelper må styre samtalen slik at fokus er på personens positive mestringserfaringer.

Ved å bruke åpne spørsmål og refleksjoner legger hjelper forholdene til rette for at personen kan komme med motiverende utsagn, og gi uttrykk for motiver, ønsker og planer for endring.

### **Meny - agenda**

Innledningsvis kan hjelper sette opp en meny over viktige områder i livet til personen, som så prioriterer rekkefølgen på områdene som skal tas opp i samtalen. Slik får man satt en agenda sammen. Når ett tema er avklart, oppsummeres det klienten har sagt, og hjelper går videre til neste tema.

En agenda vil bidra til å begrense og strukturere samtalen. Samtidig blir samtalen klientstyrt. Han deltar aktivt gjennom å påvirke og kontrollere samtalen. Hjelper viser klienten at hans syn blir respektert.

### **Plan for endring**

En plan kan være til hjelp når en person skal i gang med en endring av atferd. Hjelper kan bistå med en struktur for hva som skal inngå i planen og hva som er målet for endringen, samt å sørge for at planen er SMART: spesifikk (konkret i forhold til hva endringen innebærer) målbar (hvordan bekrefter man at målet er oppnådd) akseptabel (klienten aksepterer planen og har vetorett) realistisk (om endringen er oppnåelig) tidsbestemt (sette et tidspunkt der man skal evaluere endringen)

I planen bør det også inngå hva som behøves for å oppnå målet, hva neste steg skal være, og hvilke metoder som finnes for å nå målet.

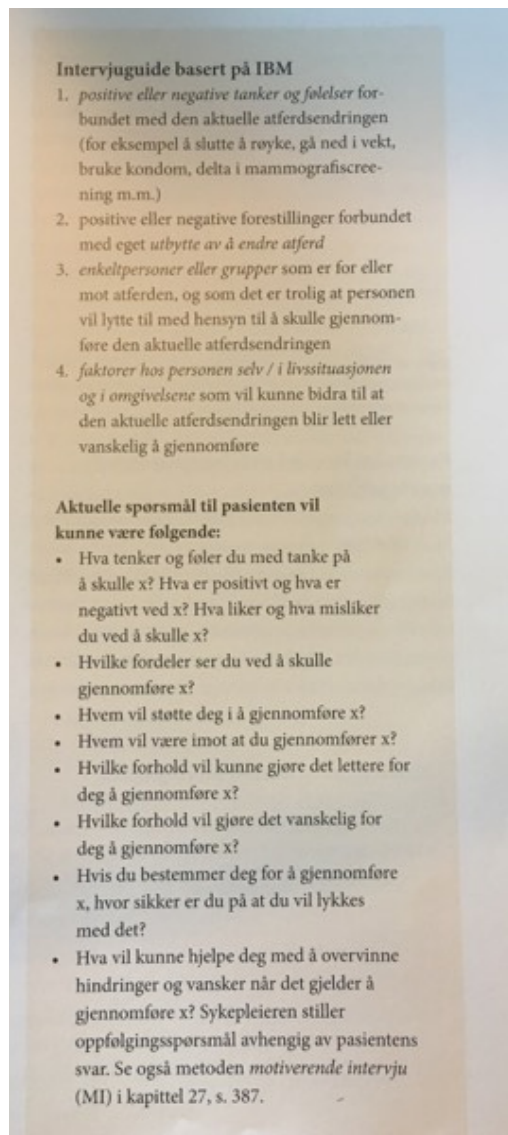
Kilde Vedlegg 3: (Helsedirektoratet, 2017)

## Vedlegg 4

PICO/Norske Søkeord	Engelske Søkeord	Alternative Engelske Søkeord
<b>Patient:</b> Svangerskapsdiabetes  Gestasjonsdiabetes  Graviditetsdiabetes	Diabetes, Gestational  Gestational Diabetes Gestational Diabetes Mellitus  Pregnancy Induced Diabetes	
<b>Intervention:</b> Veiledning  Aktiv veiledning  Kostholdsveiledning Dietetikertjenester Kostråd Kostrådgivning	*Professional Guidance *Counseling *Counselling  Directive Counseling Prescriptive Counseling  Dietary Servic*  <u>Dietetic Intervention</u>	Dietary Service Dietary Services
<b>Comparison:</b> Primærhelsetjenesten  Førstelinjetjeneste  Sykepleie i primærhelsetjenesten Førstelinjesykepleie  Sykepleie på legekantor  Sykepleie	Primary Health Care Primary Healthcare Primary Care  Primary Care Nursing  Public Health  (ME) Office nursing Office nursings  Nursing Nursing care Nursing assessment Nursing audit	
<b>Outcome:</b>  Kosthold Diett  Glykemisk indeks  Ernæring  Diabetikerdiett	Diet Diets  Glycemic Index Glycemic Indices Glycemic Index Number Glycemic Index Numbers  Nutrition  Diabetic Diet*	Diabetic Diets



## Vedlegg 5



Bilde 6: Intervjuguide med IBM (Kristoffersen et al., 2016, s. 325).

**Tabell 26.3** Utfordringer i integreringsprosessen og konkrete sykepleiestrategier.

Utfordringer i integreringsprosessen	Konkrete sykepleiestrategier
Erkjenne og bearbeide følelser	Kartlegge hva det betyr å få diabetes Kartlegge kunnskap om diabetes
Organisere tilværelsen	Tilby kunnskap og oppklaring av misforståelser Gi hjelp med å tilpasse anbefalinger til livssituasjonen Forenkle anbefalinger om nødvendig Oppmuntre til handling for å etablere vaner Oppmuntre pasienten til innsats i denne viktige fasen Være en motvekt i arbeidet med å finne fram til balanse Understreke at denne arbeidskrevende fasen er forbigående
Streve etter å oppnå tilfredshet	Kartlegge tilfredshet med måltidene og måltidsplanen Kartlegge toleranse for trening
Utforske sine egne reaksjoner og vanskelige situasjoner	Kartlegge personlige konflikter og vansker Veilede og oppmuntre til refleksjon og økt selvinnsikt Oppmuntre til utforskning av personlige grenser og strategier for å støtte utvikling av mønstre Gi hjelp til å finne fram til matvarer som oppfyller krav og er akseptable
Oppnå balanse	Vurdere tilfredshet og toleranse for fysisk aktivitet Vurdere endringer i livsstil Identifisere og vurdere faktorer som virker inn på helsefremmende livsmønstre
Finne fram til en ny livsrytme	Veilede for å vedlikeholde helsefremmende atferd

Bilde 7: Konkrete sykepleiestrategier ved utfordringer i integreringsprosessen (Kristoffersen et al., 2016, s. 339).

**Tabell 26.2** Spørsmål med utgangspunkt i nøkkelkomponenter i helseoppfatningsmodellen.

Komponent	Spør pasienten
1. Opplevd sårbarhet	Hvilken helseisiko mener du din vekt innebærer for deg?
2. Opplevd alvor	Hva tror du vil skje dersom du ikke går ned i vekt?
3. Opplevd fordel av handling	Hvilke fordeler tror du at du vil oppnå ved å gå ned i vekt?
4. Barrierer mot handling	Hva hindrer deg fra å gå ned i vekt?
5. Signaler for handling	Hva vil motivere deg for å gå ned i vekt?

Bilde 8: Spørsmål med utgangspunkt i helseoppfatningsmodellen (Kristoffersen et al., 2016, s. 329).

**Tabell 27.1** En skjematisk oversikt over forholdet mellom fase i endringsprosessen, pasientens uttrykk og valg av pedagogisk metode.

Fase i endringsprosessen	Pasientens uttrykk	Sykepleierens kommunikasjon
Føroverveielsesfasen	Jeg vil ikke ...	undervise og informere
Overveielsesfasen	Jeg vurderer ...	undervise og informere
Forberedelsesfasen	Jeg ønsker	veilede og ansvarliggjøre
Handlingsfasen	Jeg er ...	veilede og støtte
Vedlikeholdsfasen	Jeg har ...	veilede og støtte

Bilde 9: Fase i endringsprosessen, pasientens uttrykk og valg av veiledningsmetode (Kristoffersen et al., 2016, s. 371).

