

Tiltak for å forebygge svangerskapsdiabetes må være kulturelt tilpasset

Det er særlig høy forekomst av svangerskapsdiabetes blant kvinner fra enkelte innvandrergupper. Rådgivning og støtte må tilpasses hver enkelt kvinne.

Ragnhild Strandberg

Postdoktor

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Anne Karen Jenum

Professor

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Marjolein Memelink Iversen

Professor

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Innvandrer

Diabetes

svangerskapsdiabetes

Sykepleien 2022;110(87985):e-87985

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.87985

Hovedbudskap

Svangerskapsdiabetes kan medføre komplikasjoner for mor og barn på kort og lang sikt. Nyere populasjonsbaserte registerstudier fra Norden viser at det er stor variasjon i forekomsten av svangerskapsdiabetes blant kvinner fra ulike land. Det er særlig høy forekomst i enkelte innvandrergrupper. Med denne kunnskapen kan vi utvikle kulturelt tilpassede tiltak som skal forebygge svangerskapsdiabetes og komplikasjoner. Den er også viktig for å sikre en god oppfølging før, underveis og i etterkant av svangerskap.

Svangerskapsdiabetes har tidligere blitt definert som nedsatt glukosetoleranse som manifesterer seg eller oppdages første gang i svangerskapet (1). I Verdens helseorganisasjons definisjon fra 2013 er det et skille mellom diabetes i svangerskapet (glukoseverdier som ved diabetes) og den egentlige svangerskapsdiabetesen som vanligvis går over etter svangerskapet (2).

Svangerskapsdiabetes skyldes en kombinasjon av den fysiologiske insulinresistensen som starter i andre trimester, og redusert evne til økt insulinproduksjon fra betacellene i pankreas (3). Tilstanden øker risikoen for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner.

Kvinner med svangerskapsdiabetes kan være mer utsatt for å måtte bli forløst med keisersnitt, komplikasjoner som fastsittende skuldre underveis i fødselen, makrosomi og høyere fødselsvekt i forhold til svangerskapsalderen hos barnet (4).

Videre er det betydelig økt risiko for å utvikle diabetes type 2 senere i livet hos kvinner som har svangerskapsdiabetes, og også barna har økt risiko for tidlig utvikling av diabetes (3, 5).

Svangerskapsdiabetes

- fastende glukose målt i plasma er 5,3–6,9 mmol/L og/eller
- to timers glukose målt i plasma er 9,0–11,0 mmol/L

Sterk mistanke om diabetes mellitus i svangerskapet foreligger når (uansett tidspunkt i svangerskapet):

- fastende glukose målt i plasma er $\geq 7,0$ mmol/L og/eller
- to timers glukose $\geq 11,1$ mmol/L

Kilde: Veileder i fødselshjelp. Svangerskapsdiabetes. Norsk gynekologisk forening (10)

Det er mange risikofaktorer

Noen av de viktigste risikofaktorene for svangerskapsdiabetes er overvekt, høyere alder, diabetes i familien, å ha hatt svangerskapsdiabetes tidligere samt ugunstig kosthold og fysisk inaktivitet før og underveis i svangerskapet (3).

Forekomsten av svangerskapsdiabetes varierer verden over (3), og ikke-europeiske innvandrerkvinner hadde høyere forekomst enn de europeiske kvinnene i en norsk studie for perioden 2002–2013 (6).

Videre har Gagnon og medarbeidere (7) utført en litteraturstudie og metaanalyse og rapporterer at majoriteten av innvandrerkvinner hadde høyere risiko for svangerskapsdiabetes enn de andre kvinnene.

«For de fleste vil det være tilstrekkelig å endre kostholdet og være noe mer fysisk aktiv.»

Fra Danmark rapporterte Kragelund Nielsen og medarbeidere (8) at ulike grupper av innvandrerkvinner hadde høyere risiko for ulike typer komplikasjoner relatert til svangerskapsdiabetes. Forfatterne påpekte at det er viktig med økt oppmerksomhet på både svangerskapsdiabetes og kvinners innvandrerbakgrunn i svangerskapsoppfølging.

Metaanalyser av randomiserte studier har tydelig vist at å behandle svangerskapsdiabetes reduserer forekomsten av preeklampsi, fastsittende skuldre og makrosomi (fødselsvekt > 4000 g) (9). Å identifisere kvinner som vil ha nytte av behandlingstiltak, er derfor svært viktig.

For de fleste vil det være tilstrekkelig å endre kostholdet og være noe mer fysisk aktiv, men noen trenger også medikamentell behandling, i hovedsak insulin (3). Kvinnene må få opplæring i å måle blodsukker selv for å følge med på at behandlingsmålene nås (10).

Svangerskapsdiabetes kan forebygges

Forebyggende tiltak vil i stor grad dreie seg om å støtte helsefremmende livsstil gjennom rådgivning i svangerskapskonsultasjoner (3). I veileder for fødselshjelp anbefales det sterkt å ha en strukturert samtale om levevaner, inkludert kosthold og fysisk aktivitet, i starten av svangerskapet (10).

Overvekt hos moren før svangerskapet og stor vektøkning under svangerskapet øker også risikoen for de samme komplikasjonene som svangerskapsdiabetes.

«Det er viktig å unngå stor vektøppgang i svangerskapet samt å fremme gunstig vekt over tid.»

Det er viktig å unngå stor vektøppgang i svangerskapet samt å fremme gunstig vekt over tid, og det er nyanserte anbefalinger om mest gunstig vektøkning i svangerskapet for henholdsvis grupper normalvektige, undervektige, overvektige og svært overvektige kvinner (11).

Hos kvinner med diabetes er det svært viktig å få god rådgivning før graviditeten for å normalisere blodsukkernivået mest mulig før befruktning, noe som er avgjørende for å redusere komplikasjoner. Kvinner med risiko for svangerskapsdiabetes bør også planlegge senere svangerskap før hun blir gravid.

Kostendringer kan forebygge utvikling av svangerskapsdiabetes

En metaanalyse av randomiserte studier viser at spesielt kostendringer kan forebygge utvikling av svangerskapsdiabetes. Fysiske aktivitetsintervensjoner har noe mindre effekt (12).

I veileder for fødselshjelp anbefales det også at kvinner med svangerskapsdiabetes får målt HbA_{1c} cirka fire måneder etter fødselen, og deretter årlig og før planlegging av eventuelt neste graviditet.

Videre er det viktig å tilby samtale og livsstilsråd innen kosthold, fysisk aktivitet og vekt ved behov i forkant av nytt svangerskap (10).

Screeningkriterier har blitt endret

Kriterier for hvem som skal tilbys glukosebelastning i uke 24–28 i svangerskapet for å finne de som har diabetes, har blitt endret i siste versjon av nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen.

I kapittel 9 (11) er det en sterk anbefaling om å tilby glukosebelastning til gravide i uke 24–28 som har ett av følgende kriterier:

- førstegangsfødende eldre enn 25 år
- etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika
- førstegangsslektninger med diabetes (mor, far, søsken)
- førgravid kroppsmasseindeks (KMI) høyere enn 25 kg/m²

Ved tidligere svangerskap:

- alder over 40 år uten andre risikofaktorer
- barn med fødselsvekt over 4500 gram
- nedsatt glukosetoleranse
- svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes (fastsittende skuldre og preeklampsi)
- tidligere påvist svangerskapsdiabetes

En populasjonsbasert registerstudie ga nyansert kunnskap

For å tilrettelegge helseoppfølging på en god måte for kvinner med innvandringsbakgrunn er det viktig med nyansert kunnskap om helse i denne heterogene gruppen. For å undersøke risikoen for svangerskapsdiabetes blant ulike grupper innvandrerkvinner utførte vi i samarbeid med prosjektgruppen en nasjonal registerstudie (13).

Hensikten med studien var å beskrive forekomsten av svangerskapsdiabetes blant norskfødte kvinner og innvandrerkvinner med ulik landbakgrunn og om det var en sammenheng mellom forekomsten av svangerskapsdiabetes og botid i Norge blant innvandrerkvinner (13).

I studien anvendte vi data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Statistisk sentralbyrå (SSB) for norskfødte kvinner og førstegenerasjons innvandrerkvinner som hadde født ett eller flere barn i Norge i perioden 1990–2013 (13).

Til sammen inkluderte vi 192 892 svangerskap blant innvandrerkvinner og 1 116 954 svangerskap blant norskfødte kvinner (13).

Registerstudien viste stor variasjon i forekomsten av svangeskapsdiabetes

Ved å bruke logistiske regresjonsanalyser kunne vi rapportere *odds ratio* med tilhørende 95 prosent konfidensintervall for svangerskapsdiabetes blant kvinner fra en rekke fødeland sammenliknet med norskfødte kvinner.

I tillegg undersøkte vi sammenhengen mellom forekomst av svangerskapsdiabetes og økt botid i Norge i gruppen innvandrerkvinner totalt samt blant innvandrerkvinner med bakgrunn fra ulike verdensregioner, basert på en oppdeling av regioner i henhold til *Global Disease Burden* (14).

«Studien viste at forekomsten av svangerskapsdiabetes økte med lengre botid i Norge, noe som var spesielt fremtredende blant kvinner fra Sør-Asia.»

Resultatene fra studien viste at det var stor variasjon i forekomsten av svangerskapsdiabetes blant kvinner fra de ulike landene som var inkludert i studien.

Kvinner fra Bangladesh, Sri Lanka, Pakistan, India og Marokko hadde spesielt høye odds for svangerskapsdiabetes sammenliknet med norskfødte kvinner (13). Studien viste også at forekomsten av svangerskapsdiabetes økte med lengre botid i Norge, noe som var spesielt fremtredende blant kvinner fra Sør-Asia.

Nordiske studier viser høyere risiko hos innvandrerkvinner

Flere studier har undersøkt svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner i Norden. Kragelund Nielsen og medarbeidere (15) har brukt populasjonsbasert data fra Det Medicinske Fødselsregister i Danmark fra 2004–2015 (15).

Den studien viser klart høyere forekomst av svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner enn blant danskfødte kvinner, og i likhet med studien vår (13) varierte forekomsten av svangerskapsdiabetes blant kvinner med ulik landbakgrunn. Kvinner fra land i Sør- og Øst-Asia hadde spesielt høy risiko (15).

En finsk studie av Bastola og medarbeidere (16) inkluderte kvinner som hadde født barn i Finland i perioden 2004–2014, og viser en stor variasjon i forekomsten av svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner fra ulike land.

Studien viser at kvinner med innvandringsbakgrunn fra flere land i Sør-Asia, Øst-Asia, Midtøsten og Nord-Afrika samt Russland / tidligere Sovjetunionen hadde høyere risiko for svangerskapsdiabetes enn kvinner fra Finland i justerte analyser (16).

Noen forskningsstudier mangler relevant informasjon

Gagnon og medarbeidere (7) problematiserte at flere tidligere forskningsstudier på feltet svangerskapsdiabetes og migrasjon mangler informasjon om spesifikke faktorer som kan være assosiert med migrasjon, for eksempel språk, immigrasjonsstatus og immigrantens botid i det nye landet.

Kompleksiteten i forskningsfeltet innen svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner over tid i det nye landet har likevel fått økt oppmerksomhet de siste årene. For eksempel rapporterte Chen og medarbeidere (17) at faktorer relatert til akkulturasjon, som tilvenning til språket i det nye landet og botid, hadde en beskyttende effekt mot svangerskapsdiabetes blant asiatiske kvinner som var bosatt i USA.

Hawking og medarbeidere (18) rapporterte derimot at mødres helseatferd, som røykestatus, alkoholforbruk og amming, forverret seg med økt botid blant immigrantkvinner i Storbritannia.

Både i Norge og Danmark har vi populasjonsbaserte studier som indikerer en økning i svangerskapsdiabetes hos enkelte grupper innvandrerkvinner med lengre botid i det nye landet (13, 15). Kragelund Nielsen og medarbeidere (15) rapporterte at denne sammenhengen var delvis forklart av forskjeller i alder og KMI.

Svangerskapsoppfølging av kvinner i risikogrupper er viktig

Å forebygge svangerskapskomplikasjoner hos risikogrupper er svært viktig i oppfølgingen av gravide. At det er høyere forekomst av svangerskapsdiabetes blant innvandrerkvinner (13, 15, 16), tilsier at det er et stort behov for en forsterket og mer tilpasset oppfølging av innvandrerkvinner i svangerskapet.

Resultatene fra en kvalitativ intervjustudie om innvandrerkvinner fra Sør-Asia som var bosatt i Australia (19), viser at kvinnene erfarte en forskjell mellom deres opprinnelige kultur og den kulturen de nå var en del av når det gjaldt kosthold i svangerskapet.

Forfatterne understreket at informasjon og kulturelt tilpassede forebyggende tiltak er viktig i svangerskapsoppfølging for innvandrerkvinner (19). Kvinnenes eget perspektiv og oppfatning av sin situasjon må inkluderes i oppfølgingen av svangerskapet og etter fødselen (20).

«Det er viktig at kvinnene får delta i en strukturert samtale om levevaner i starten av svangerskapet.»

Det er også viktig at helsepersonell har innsikt i at det kan være store forskjeller mellom ulike innvandrerkvinnens kulturer, slik at de unngår å ha én tilnærming som skal passe for alle (19).

I oppfølging av kvinner med innvandringsbakgrunn er det svært viktig å tilrettelegge for å bruke kvalifisert tolk ved behov (11). Å endre kostholdet viste seg å være det mest effektive tiltaket i en metaanalyse av studier innen kosthold og fysisk aktivitet (21). Det er viktig at kvinnene får delta i en strukturert samtale om levevaner i starten av svangerskapet i henhold til retningslinjenes anbefaling (11).

Kvinnene må følges opp også etter fødselen

I sin intervjustudie blant innvandrerkvinner fra Midtøsten som bodde i Sverige, rapporterte Hjelm og medarbeidere (20) at oppfølging også må foregå i etterkant av fødselen, da kvinnene uttrykte behov for informasjon om svangerskapsdiabetes og kosthold og ønsket oppfølging.

Bagger og medarbeideres (22) kvalitative studie blant innvandrerkvinner som har hatt svangerskapsdiabetes, viser at de hadde en sterk motivasjon til atferdsendring relatert til kosthold.

Kvinnene opplevde likevel dette som utfordrende i tiden etter fødselen da den nyfødte babyen var i fokus, og at sosiale og helserelaterte aspekter kunne gjøre det vanskelig å etterleve råd om helsefremmende atferd (22).

Tilpassede kost- og mosjonsråd kan ha god effekt

Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes, har betydelig forhøyet risiko for å utvikle diabetes type 2 (5). For å forebygge svangerskapsdiabetes i fremtidige svangerskap samt redusere risiko for å utvikle diabetes type 2 er det svært viktig at kvinner følges opp i etterkant av fødselen og i forkant av et nytt svangerskap.

Dette er spesielt med tanke på HbA_{1c}-målinger samt at helsepersonell, som sykepleiere, jordmødre og leger, tilbyr livsstilsråd innen kost og fysisk aktivitet ved behov (10). Det er særlig viktig å finne de kvinnene med tidligere svangerskapsdiabetes som har utviklet diabetes type 2, før de blir gravide neste gang, da de har stor risiko for komplikasjoner.

I tillegg vil tilpassede kostholds- og mosjonsråd før kvinnen blir gravid, kunne ha større effekt på å forebygge komplikasjoner, også svangerskapsdiabetes.

Konklusjon

Forebyggende tiltak mot svangerskaps- og fødselskomplikasjoner er svært viktig for å fremme mor og barns helse på kort og lang sikt. Det er stor variasjon i forekomsten av svangerskapsdiabetes blant kvinner med ulik geografisk bakgrunn, og det er viktig å forebygge svangerskapsdiabetes i disse risikogrupperne.

Rådgivning og støtte må tilpasses den enkelte og den kulturelle bakgrunnen. Å identifisere høyrisikogrupper for svangerskapsdiabetes er viktig for å kunne tilby persontilpasset oppfølging.

Det er behov for ytterligere forskningsstudier om forebyggende tiltak innen ulike grupper innvandrerkvinner i reproduktiv alder.

Referanser

1. Buchanan TA, Xiang A, Kjos SL, Watanabe R. What is gestational diabetes? *Diabetes Care*. 2007;30 Suppl 2:S105–11.
2. Report of a World Health Organization Consultation. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;103(3):341–63.
3. McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, Desoye G, Mathiesen ER, Damm P. Gestational diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):47.
4. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L. Diagnostic thresholds for gestational diabetes and their impact on pregnancy outcomes: a systematic review. *Diabet Med*. 2014;31(3):319–31.
5. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373(9677):1773–9.
6. Rai AS, Sletner L, Jennum AK, Øverby NC, Stafne SN, Lekva T, et al. Identifying women with gestational diabetes based on maternal characteristics: an analysis of four Norwegian prospective studies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):615.
7. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, Bandyopadhyay M, Stray-Pedersen B, Stewart D. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2011;25(6):575–92.
8. Nielsen KK, Andersen GS, Damm P, Andersen AN. Migration, gestational diabetes and adverse pregnancy outcomes: a nationwide study of singleton deliveries in Denmark. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Nov 19;106(12):e5075–e5087.
9. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L. Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. *Ann Intern Med*. 2013;159(2):123–9.

10. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. Svangerskapsdiabetes. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2020. Tilgjengelig fra: www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/svangerskapsdiabetes/ (nedlastet 21.12.2021).
11. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen (nedlastet 21.12.2021).
12. Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW, et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *BMJ*. 2012;344:e2088.
13. Strandberg RB, Iversen MM, Jenum AK, Sørbye LM, Vik ES, Schytt E, et al. Gestational diabetes mellitus by maternal country of birth and length of residence in immigrant women in Norway. *Diabet Med*. 2021;38(6):e14493.
14. Global Burden of Disease (GBD). GBD Compare. Tilgjengelig fra: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (nedlastet 01.08.2019).
15. Nielsen KK, Andersen GS, Damm P, Andersen AN. Gestational diabetes risk in migrants. A nationwide, register-based study of all births in Denmark 2004 to 2015. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(3):dgaa024.
16. Bastola K, Koponen P, Skogberg N, Gissler M, Kinnunen TI. Gestational diabetes among women of migrant origin in Finland: a population-based study. *Eur J Public Health*. 2021 August;31(4):784-9.
17. Chen L, Shi L, Zhang D, Chao SM. Influence of acculturation on risk for gestational diabetes among Asian women. *Prev Chronic Dis*. 2019;16:E158.
18. Hawkins SS, Lamb K, Cole TJ, Law C. Influence of moving to the UK on maternal health behaviours: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7652):1052-5.
19. Bandyopadhyay M. Gestational diabetes mellitus: a qualitative study of lived experiences of South Asian immigrant women and perspectives of their health care providers in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):500.
20. Hjelm K, Bard K, Apelqvist J. Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3244-56.

21. The International Weight Management in Pregnancy (i-WIP) Collaborative Group. Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ*. 2017;358:j3119.

22. Bagger S, Maindal HT, Nielsen KK, Vrå AG, Aagaard-Hansen J. Perceptions of risk and motivation for healthy living among immigrants from non-western countries with prior gestational diabetes mellitus living in Denmark. *Health Psychol Behav Med*. 2021;9(1):761-77.