

Problem Areas In Diabetes som et arbeids- og kartleggingsverktøy for å redusere diabetes distress

Kandidatnummer: 555
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie
BSY-500

Antall ord: 7438
Dato: 3/1/23



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
Tittel Problem Areas In Diabetes som et arbeids- og kartleggingsverktøy for å redusere diabetes distress	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Tema for oppgaven er diabetes distress hos voksne med diabetes type 1 og bruken av arbeids- og kartleggingsverktøyet Problem Areas In Diabetes (PAID). Det stilles høye krav til egenbehandling hos personer med diabetes type 1. Hvis dette kravet og stresset ved å leve med diabetes blir for stort, kan det føre til diabetes distress. Som sykepleier har man en sentral rolle i å informere og veilede personer med diabetes under konsultasjoner på diabetespoliklinikk. Hensikten med denne bacheloroppgaven er å se på hvordan PAID kan bidra til å redusere diabetes distress hos voksne med diabetes type 1 i diabeteskonsultasjoner.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Litteratursøket er gjennomført som et strukturert søk i de to vitenskapelige databasene CINAHL og PubMed. Søket ble gjennomført med følgende søkeord: «Diabetes type 1», «stress, psychological og «PAID». Ut ifra treffene jeg fikk, har jeg valgt ut fire relevante artikler for å belyse min problemstilling.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>PAID kan bidra til å stimulere til egen refleksjon hos pasientene. Han/hun blir mer klar over de psykososiale aspektene ved diabetessykdommen. På den måten kan pasienten bli en mer aktiv deltaker i diabeteskonsultasjonene og veiledningen blir personsentrert. PAID oppfattes som et nyttig verktøy for sykepleierne, da det bidrar til at diabetes distress blir lettere fanget opp.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Funn fra analysen av de inkluderte artiklene viser at PAID bidrar til at personer med diabetes blir mer oppmerksomme på sine psykososiale utfordringer, og lettere klarer å sette ord på dem. For sykepleier bidrar PAID til at konsultasjonene blir mer målrettet inn mot det pasienten sliter med. På den måten får man økt fokus på diabetes distress. PAID sammen med gruppeveiledning bidrar til at pasienten ikke føler seg like alene og kan se situasjonen fra et annet perspektiv. Det å dele erfaringer og tanker med hverandre kan stimulere til en endring og bedring i diabetes distress.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	1
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning av problemstilling	2
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Diabetes mellitus type 1	4
2.2	Diabetes distress	4
2.3	Personsentrert sykepleie.....	5
2.4	Sykepleierens funksjon og lovverk	5
2.5	Veiledning og kommunikasjon	7
2.6	Sykepleier-pasient relasjon	8
2.7	PAID.....	8
3	Metode	10
3.1	Litteraturstudie	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	10
3.3	Øvrige fag- og forskningslitteratur	13
4	Resultater	14
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	14
4.2	Syntese av resultatene.....	15
5	Diskusjon.....	17
5.1	Resultatdiskusjon	17
5.1.1	PAID og sykepleie-pasient relasjon	17
5.1.2	PAID og personsentrert sykepleie	18
5.1.3	PAID og gruppeveiledning	19
5.2	Metodediskusjon	21
6	Konklusjon	25
	Referanseliste	26
	Vedlegg	29

1 Innledning

Tema for min bacheloroppgave er diabetes distress hos voksne med diabetes type 1 og hvordan man som sykepleier kan bidra til å redusere dette. Videre i dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn og hensikt med oppgaven, avgrensinger som er gjort samt problemstillingen for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes er en utbredt sykdom som rammer 5% av befolkningen hvor ca. 23 000 har diabetes type 1 (Folkehelseinstituttet, 2021). I motsetning til mange andre alvorlige sykdommer er diabetes en sykdom der personen med diabetes selv er ansvarlig for behandlingen.

Egenbehandlingen skal utføres riktig slik at man opprettholder et stabilt blodglukosenivå. Personer med diabetes type 1 må hele døgnet, 365 dager i året, vurdere behovet for insulin, noe som påvirkes av blant annet mat, trening og følelsesmessige reaksjoner. Setter man for lite insulin, kan det føre til hyperglykemi og senkomplikasjoner, setter man for mye, kan man få hypoglykemi. Personer med diabetes type 1 er på jobb hele tiden, uten unntak. For mange kan dette ansvaret gi uro og usikkerhet, og hvis disse følelsene tar overhånd, kan det føre til diabetes distress. Diabetes distress vil igjen påvirke blodglukosen og gjøre egenbehandlingen vanskeligere (Abrahamsen, 2005; Johansen, 2019).

I utgaven av tidsskriftet Sykepleien fra februar 2022 trekker Hernar og Haugstvedt (2022, avsnitt 1) frem at «Diabetes type 1 er en krevende sykdom å leve med». Diabetes distress kan være en barriere for å oppnå god egenbehandling, og være en grunn til at bare 20-30% av unge voksne med diabetes type 1 klarer å holde seg innenfor kroppens anbefalte mål for glukoseregulering. Ca. 20-40 % av voksne med diabetes type 1 sliter med diabetes distress, og i artikkelen kommer det fram at det er et ønske og anbefaling om økt søkelys på det psykososiale i diabeteskonsultasjoner (Hernar & Haugstvedt, 2022).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier vil man med svært stor sannsynlighet møte pasienter med diabetes grunnet den store utbredelsen det har (Folkehelseinstituttet, 2021). På en diabetes poliklinikk vil

sykepleier ha en vesentlig rolle i å veilede pasienter i egenbehandling av sykdommen (Smith-Strøm & Waardal, 2009). Derfor er det behov for kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å redusere diabetes distress hos pasienter med diabetes type 1. For mange personer med diabetes type 1 vil den psykiske påkjenningen ved sykdommen være en like viktig og sentral del som det somatiske, og det er derfor viktig at sykepleieren jobber personsentrert. Personsentrert omsorg går ut på å ta hensyn til og å ivareta pasientens egen opplevelse og eget perspektiv på sin situasjon (Aldring og helse, u.å.). Sykepleier skal ikke bare fokusere på det somatiske, men se pasienten som en helhet og ta hensyn til hva sykdommen innebærer for akkurat denne pasienten (Johansen, 2020).

1.3 Presentasjon av problemstilling

Overordnet hensikt med denne bacheloroppgaven er å se på hvordan sykepleier kan bidra til å redusere diabetes distress hos voksne med diabetes type 1 ved årlige kontroller på diabetes poliklinikk. Fokuset vil ligge på veiledning og hvordan bruken av kartleggings- og arbeidsverktøyet Problem Areas In Diabetes (PAID), kan bidra til en mer personsentrert og målrettet veiledning. Med bakgrunn i dette er følgende problemstilling formulert:

«Hvilken betydning har PAID som arbeids- kartleggingsverktøy for å redusere diabetes distress hos voksne med diabetes type 1 i diabeteskonsultasjoner?».

1.4 Avgrensing av problemstilling

Jeg ønsket å avgrense bacheloroppgaven til å handle om diabetes type 1, da dette er en insulinavhengig sykdom som krever mye av egenbehandlingen og derfor kan føre til diabetes distress (Johansen, 2019). Oppgaven er videre avgrenset til å handle om voksne fra 18 år og oppover. Dette er den aldergruppen det er forsket mest på og hvor man ser at diabetes distress er utbredt (Hernar & Haugstvedt, 2022). Fokuset i denne bacheloroppgaven skal ligge på sykepleier-pasient relasjon, og vil derfor ikke vektlegge pårørendes rolle i stor grad. Konteksten vil være diabetespoliklinikk hvor personer med diabetes kommer inn for årlige kontroller (Diabetesforbundet, 2022). Her vil veiledning og informasjon være en vesentlig del av konsultasjonen der sykepleier kan bruke PAID som et arbeids- og kartleggingsverktøy i møte med pasientene (Carlsen et al., 2015; Smith-Strøm & Waardal, 2009).

1.5 Begrepsavklaring

Diabetes Mellitus:

Diabetes mellitus (diabetes) er en sykdom som fører til at insulinproduksjonen i kroppen er nedsatt eller har stoppet helt opp. Når insulinproduksjonen er nedsatt vil ikke cellene i kroppen klare å ta opp næring fra maten og blodglukosen stiger. Man skiller mellom diabetes type 1 og type 2. Jeg vil i denne oppgaven fokusere på diabetes type 1 (Åsvold, 2022).

Diabetes distress:

«Den emosjonelle belastningen ved å leve med og håndtere diabetes» (Hernar & Haugstvedt, 2022, avsnitt 1). Det kan komme av frykt for å ikke klare å holde et stabilt blodglukosenivå, insulinbehandling og bekymringer for senkomplikasjoner (Hernar & Haugstvedt, 2022).

Diabeteskonsultasjoner:

I en diabeteskonsultasjon møtes helsepersonell og personer med diabetes, ofte på poliklinikk. Man går igjennom blant annet behandlingsplan, hvordan personen synes det går med egenbehandlingen og kartlegging av risiko for senkomplikasjoner (Diabetesforbundet, 2022).

PAID:

Problem Area In Diabetes (PAID) er et arbeids- og kartleggingsverktøy bestående av 20 påstander som omhandler de psykososiale forholdene rundt det å leve med diabetes. Svarene som gis av personen med diabetes danner grunnlaget for veiledningen med helsepersonell (Carlsen et al., 2015).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I teoridelen presenteres teoretisk kunnskapsgrunnlag som er relevant for å belyse min problemstilling.

2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes type 1 er en insulinavhengig sykdom der en autoimmun reaksjon gradvis ødelegger de insulinproduserende cellene i pankreas. Insulinproduksjonen avtar mer og mer helt til de insulinproduserende cellene til slutt ikke produserer insulin. Den rammede vil være avhengig av å få tilført insulin for å overleve (Iversen et al., 2022, s. 531-532). Da diabetes type 1 er en kronisk sykdom som pasienten må lære seg å leve med, følger det med både fysiske og psykiske påkjenninger. Disse vil i stor grad prege hverdagen til pasienten. Sykdommen er kompleks å leve med og involverer ulike egenbehandlingstiltak som blodglukose takning og medisiner opp mot blant annet trening og kosthold (Dennick et al., 2017). Hvor godt pasienten klarer å følge opp og mestre sykdommen og de psykologiske og fysiologiske påkjenningene som følger med, vil være avgjørende for blodglukosenivået (Iversen et al., 2022, s. 533). Hvis den psykiske påkjenningen ved egenbehandlingen blir for vanskelig å håndtere, kan det føre til diabetes distress (Centers of disease control and prevention, 2020).

2.2 Diabetes distress

Diabetes distress er den negative emosjonelle byrden som kan følge med det å leve med diabetes. Årsaken kan være belastningen ved egenbehandling, frykten for senkomplikasjoner og hvordan man skal kontrollere blodglukosen i ukjente og sosiale settinger (Dennick et al., 2017). Mange med diabetessykdom oppgir at de er redde for senkomplikasjoner, noe som kan øke stressnivået. Dermed kan blodglukosen stige og behovet for insulin øke (Helsedirektoratet, 2022).

Risikoen for senkomplikasjoner øker ved en dårlig regulert blodglukose som er forhøyet over tid (Norsk helseinformatikk, 2019). Det blir en ond sirkel hvor man ønsker å oppnå god blodglukosekontroll, men alle faktorene man skal tenke over i sin egenbehandling, fører til stress. Det igjen gjør at blodglukosen stiger og egenbehandlingen blir vanskeligere. Ifølge artikkelen til Dennick et al. (2017) opplever en av fire med diabetes type 1 alvorlig diabetes distress. I løpet av en 18-månedersperiode vil ca. 50% oppleve diabetes distress i en eller

annen grad (Dennick et al., 2017, s. 898). Blir ikke diabetes distress fanget opp og behandlet, vil det kunne utvikle seg til en depresjon. Begrepene diabetes distress og depresjon kan overlape hverandre, og det ene kan innebære en risiko for det andre. Mens depresjon handler om hvordan en person opplever livet generelt, er diabetes distress rettet mot det å leve med diabetes og de emosjonelle negative konsekvensene som kan følge av dette (Iversen et al., 2022, s. 545). Sykepleier må se hele pasienten og derfor jobbe personsentrert (Johansen, 2020).

2.3 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie handler om å sette pasienten i sentrum. Sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, verdier og behov. På den måten ivaretar og respekterer man pasientens integritet og verdighet (Skovdahl, 2022, s. 95). Florence Nightingale var den første av sykepleieteoretikerne som snakket om personsentrert sykepleie. Hun satte søkelys på at man ikke bare skal se sykdommen til pasienten, men hele mennesket med de ressursene og livserfaringene vedkommende besitter. Ressursene og livserfaringene vil være med på å prege hvilket syn personen har på egen helse og sin sykdomssituasjon. Man går fra et sykdomsperspektiv til et helseperspektiv og betrakter mennesket som et unikt individ og en ressurs i samtaler om egen sykdom. Dette er grunnleggende for all utøvelse av sykepleie (Eriksen, 2019, s. 896; Skovdahl, 2022, s. 97). Det er likevel viktig og fortsatt huske på at man som sykepleier også skal ha fokus på det fysiologiske. Faglig tyngde om anatomi og fysiologi må alltid ligge i bunn for de vurderingene som gjøres. Det er både og, framfor enten eller (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 4-5).

Ved å jobbe personsentrert sikrer man at pasienten blir hørt og ikke føler seg neglisjert eller overkjørt. Pasienten kjenner seg selv og sine behov best og har sitt eget syn på hva det vil si å være syk (Eriksen, 2019, s. 899). Her kan informasjon og veiledning være viktige fenomener for å bidra til en helhetlig pleie (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9).

2.4 Sykepleierens funksjon og lovverk

Som sykepleier har man et ansvar for å informere, veilede og undervise pasienter, pårørende og medarbeidere. Dette inngår i sykepleierens *undervisende og veiledende funksjon*. Målet er å gi økt helsekompetanse, i dette tilfelle, til pasienter med diabetes type 1 som sliter med

diabetes distress (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). Helsekompetanse kan forklares som “Personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse” (Helsedirektoratet, 2021, avsnitt 2). Man ønsker at pasienten skal tilegne seg nok kunnskap til å forstå og mestre de utfordringene og konsekvensene som følger med sykdommen (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9).

Det er sykepleier sitt ansvar å ta initiativ til undervisning og veiledning. Pasienter med kronisk belastende sykdom, som diabetes, er ofte preget av sykdommen, og en del bruker mye tid og energi på å gruble på den. Det kan gå utover pasientens evne til å ta vare på sine rettigheter, noe som stiller ekstra krav til sykepleier (Kristoffersen, 2021, s. 268). Presset rundt egenbehandlingen gjør at denne problematikken er svært aktuell for pasienter som allerede sliter med diabetes distress og hvor sykdommen kan føre til at pasienten helt slutter å ta vare på seg selv (Centers of disease control and prevention, 2020). Ved en poliklinikk er det sykepleieren som har ansvaret og skal legge til rette for veiledning og sørge for at pasienten har den informasjonen han/hun trenger (Iversen et al., 2022, s. 542-543). Det krever blant annet at sykepleier overfører myndighet til pasienten, og da med utgangspunkt i hans/hennes egne ønsker og behov (Kristoffersen, 2021, s. 268). Pasienten skal være en aktiv deltager både i utredning av behandling og i den videre oppfølgingen av sykdommen. Med dette sikrer man samtidig en personsentrert tilnærming (Skovdahl, 2022, s. 95).

For at pasienten skal kunne gi sitt samtykke og medvirke i spørsmål om egen helse, og på den måten være en aktiv deltaker i sitt sykdomsforløp, er det avgjørende at personen får den informasjonen han/hun har rett på (Helsedirektoratet, 2018). Rett på informasjon står nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Rett på informasjon kommer også tydelig frem i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5. Sykepleier skal gi tilstrekkelig med informasjon og samtidig sørge for at den blir forstått (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Å gi riktig informasjon er en plikt helsepersonell har (Helsepersonelloven, 1999, § 10). For at sykepleier skal kunne møte den lovfestede plikten til å gi pasienter den informasjonen han eller hun har rett på, må de selv sikre at de har den nødvendige kompetansen. Dette forutsetter kunnskap om helsepedagogikk og hvordan fremme læring og mestring (Kristoffersen, 2021, s. 267). Som sykepleier har man en plikt til å holde seg faglig oppdatert og sikre at utøvelsen er

etisk, juridisk og faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Dette støttes også oppunder helsepersonellovens avsnitt om forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

2.5 Veiledning og kommunikasjon

For at PAID skal kunne bli brukt i diabeteskonsultasjoner på en god måte er det nødvendig at sykepleier har kunnskap om god veiledning og kommunikasjon. Veiledning er en sentral del i diabeteskonsultasjonen hvor PAID blir brukt som utgangspunkt for veiledningen. Mangel på god veiledning vil kunne føre til at psykososiale problemer ikke blir tatt opp (Carlsen et al., 2015).

Begrepet veiledning brukes i mange ulike situasjoner og kontekster (Tveiten, 2019, s. 19). I et helseperspektiv snakker man om *helseveiledning*. Det er en prosess der man ønsker å utvikle og bidra til læring og mestring samt endre uønsket atferd - i dette tilfelle relatert til hvordan håndtere og leve med diabetes type 1 (Christiansen, 2020, s. 13; Hårberg et al., 2020).

Veiledning kan også gjøres i grupper. Da får deltakerne mulighet til å reflektere sammen med andre i lik situasjon. Det å være i et felleskap med andre og kunne dra nytte av hverandres kunnskaper, ideer og erfaringer, viser seg å være nyttig (Dovland, 2013, s. 20-21).

Kvaliteten på veiledningen vil påvirke resultatet for pasienten (Tveiten, 2019, s. 48).

Sykepleier har derfor et etisk ansvar for å unngå at veiledningen blir tilfeldig. Sykepleier må vite hva som skal gjøres, og hvordan og hvorfor handlingen skal gjennomføres. Samtidig må sykepleier være bevisst maktforskjellen mellom veileder og mottaker. Førstnevnte vil ha en høyere kompetanse enn den som mottar veiledning, og det kan påvirke maktbalansen. Derfor er det viktig gjennom god informasjon å overføre makt til pasienten (Kristoffersen, 2021, s. 268). Veiledningen må skje på pasientens premisser, så han/hun ikke føler seg manipulert eller overkjørt (Tveiten, 2019, s. 19). I hovedsak er det ønskelig at den som mottar veiledning skal være den aktive og selv bidra til å komme fram til nye løsninger og ideer. Sykepleier skal være en støtte og aktiv lytter i prosessen og komme med innspill og råd, når det er nødvendig (Hårberg et al., 2020). Det krever tålmodighet og evne hos sykepleier for å legge til rette slik at pasienten kan begynne en tankeprosess rundt sin egen situasjon. Sykepleier som veileder må i denne prosessen også tåle taushet og ikke forhaste seg med å gi informasjon (Kristoffersen, 2021, s. 286).

God veiledning forutsetter at man tar utgangspunkt i pasientens egne behov og forståelse, og skaper en dialog utfra det. Dette stiller krav til god kommunikasjon (Christiansen, 2020, s. 14). I helseveiledning har man som sykepleier en profesjonell kommunikasjon. Den hører til yrket og skal være hjelpende, faglig forankret og personorientert (Eide & Eide, 2017, s. 16, 32). Man må se mennesket som et helt individ, og være bevisst at hver pasient vil ha sine unike ønsker, behov og mål for veiledningen. Ved personorientert kommunikasjon tar man høyde for dette og anerkjenner pasientens perspektiver (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). God kommunikasjon betyr at budskapet man ønsker å formidle, samsvarer med det mottaker oppfatter. Kommunikasjonen som skapes under veiledning bygger på ulike verdier som å skape trygghet og tillit. Man ønsker å styrke pasients mestring og læring i å leve med diabetes type 1 (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241).

2.6 Sykepleier-pasient relasjon

Alle med diabetes type 1 har rett på oppfølging og veiledning i spesialisthelsetjenesten. Målet er at egenbehandlingen skal bli best mulig (Diabetesforbundet, 2022). Siden diabetes type 1 innebærer behov for oppfølging, støtte og veiledning, blir pasientene henvist til en diabetespoliklinikk (Kristoffersen, 2021, s. 263). Her er det sykepleier som er ansvarlig for opplæring, veiledning og oppfølging. I dette ligger å utarbeide en plan for hvordan pasienten skal nå målet om å holde et stabilt blodglukosenivå, og på best mulig måte leve med diabetessykdommen (Iversen et al., 2022, s. 542-543). I konsultasjoner på diabetespoliklinikk vil helsepersonell fungere mer som veiledere enn behandlere (Diabetesforbundet, 2022). Sykepleier skal oppmuntre til endring og fremme læring. Det å skape tillitt og en god sykepleier-pasient relasjon er avgjørende for å oppnå god behandling og oppfølging. Relasjonskompetansen hos sykepleier kan bidra til dette. Det handler om å forstå og samhandle med pasienten på han/hennes premisser og behov (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10, 19). I kommunikasjon med andre er den nonverbale kommunikasjonen like viktig som det som blir sagt med ord, og kan prege relasjonen mellom de som kommuniserer. Gjennom blant annet øyekontakt og kroppsspråk kan sykepleier bidra til å skape tillit og trygghet. På den måten kan nonverbal kommunikasjon være et viktig verktøy når man skal skape en god relasjon der pasienten tør å åpne seg (Eide & Eide, 2017, s. 136-137).

2.7 PAID

Tiden en sykepleier har med pasienten er ofte knapp. I en hektisk hverdag er det derfor risiko for at konsultasjonen først og fremst fokuserer på det fysiske ved diabetessykdommen og at det psykososiale aspektet kommer i annen rekke. Sykepleiere oppdager ikke de psykiske utfordringene til pasienten. Det kan skyldes at sykepleier kvier seg for å stille spørsmål om hvordan pasienten håndterer sykdommen psykisk. De har ikke tid, de mangler kunnskap eller det kan være at de ikke kommuniserer godt nok med pasienten (Carlsen et al., 2015). I helsedirektoratet sine retningslinjer for diabetesoppfølging står det klart og tydelig at psykisk helse- og diabetesrelaterte psykososiale problemer skal kartlegges (Helsedirektoratet, 2016). Det er her PAID kommer inn i bildet.

PAID er et kartleggings- og arbeidsverktøy utviklet på slutten av 90-tallet ved Joslin Diabetes Center i USA. Siden den gang har det blitt oversatt til 20 språk og er anbefalt brukt i klinisk praksis. PAID består av 20 påstander som dekker ulike psykososiale aspekter ved det å leve med diabetes. Engstelse, bekymring, frykt og skyldfølelse knyttet til sykdommen generelt og til egenbehandlingen, er noen eksempler. Pasienten gir sine svar ut fra en skala fra 0-4, hvor 0 er «ikke et problem» og 4 er «et alvorlig problem». Totalsummen vil kunne si noe om graden av diabetes distress (Carlsen et al., 2015). Pasienten fyller ut skjemaet før hver diabeteskonsultasjon, og svarene vil avdekke aktuelle problemområder. PAID danner grunnlaget for konsultasjonen og bidra til en mer målrettet og terapeutisk dialog mellom helsepersonell og personen med diabetes. Bruk av PAID vil ikke bare bidra til økt fokus på det psykososiale, men også gjøre konsultasjonen mer personsentrert. Verktøyet fanger opp at utfordringene og behovet for veiledning og støtte er forskjellig fra person til person. Det gjør at hver konsultasjon i større grad kan rettes mot hva akkurat denne personen trenger hjelp til (Iversen et al., 2022, s. 545).

3 Metode

I metodedelen presenteres søkeprosessen og relevant litteratur jeg har brukt for å kunne belyse og svare på min problemstilling.

3.1 Litteraturstudie

Metoden som er brukt i denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie tar utgangspunkt i et etablert forskningsspørsmål. Ved hjelp av allerede publisert forskning og kunnskap skal man analysere og diskutere temaer som er relevant for å svare på forskningsspørsmålet (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Jeg har gjennomført et strukturert søk i databasene CINAHL og PubMed.

I CINAHL utførte jeg et søk med søkeordene «PAID», «stress, psychological», «adults» og «diabetes type 1» og kombinerte alle med AND. Da fikk jeg kun opp 10 treff og måtte endre søke for å få treff på flere artikler. Jeg valgte derfor og heller stryke noen av emneordene i søket og heller bruke de som inklusjonskriterier for oppgaven. «Adults» ble strøket som et emneord og heller lagt inn som et inklusjonskriterie da oppgaven min fokuserer på voksne. Grunnen til at jeg ikke brukte diabetes distress som et emneord, var at dette ikke dukket opp som et emneord, men som et keyword i CINAHL. Jeg valgte derfor i stedet å bruke emneordet «stress, psychological», som jeg fant var benyttet i mange av forskningsartiklene som major eller minor subjects.

Et søk hvor jeg kombinerte emneordene «PAID», «stress, psychological», og «diabetes type 1» med AND, ga 13 treff. Ved å fjerne «stress, psychological» og bare søkte på «diabetes type 1» AND «PAID», ble antall treff 100. Jeg avgrenset søket på artiklene ut ifra mine inklusjon- og eksklusjonskriterier og satt igjen med 91 artikler. Av de 91 artiklene var det 10 som hadde titler jeg fant relevante ut ifra mine kriterier. Etter at jeg hadde lest abstraktet til de 10 artiklene, satt jeg igjen med tre artikler som jeg mener er relevante for å belyse min problemstilling. De syv andre artiklene ble ekskludert da de ikke møtte inklusjonskriteriene på grunn av et annet fokus og vinkling.

For å finne min fjerde artikkel gjorde jeg et søk i PubMed. Jeg brukte søkeordene «diabetes type 1», «counselling» og «stress, psychological» kombinert med AND. Jeg benyttet samme avgrensinger som i CINAHL og satt da igjen med 10 treff. Etter å ha lest titlene til alle artiklene var det én artikkel som skilte seg ut, ut ifra mine inklusjons- og eksklusjonskriterier, og som jeg valgte å bruke. Presentasjon av søkene og de fire forskningsartiklene er presentert i tabellen under (Tabell 1).

Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier ble anvendt i denne bacheloroppgaven: voksne pasienter med diabetes type 1, artiklene må være fagfellevurdert og diskutere tema rundt PAID og diabetes distress i poliklinisk setting. Jeg avgrenset søket til kun artikler publisert de siste 22 årene. Dette for å sikre at jeg fikk relativt ny forskning samtidig som jeg ikke gikk glipp av artikler som kunne være relevante for oppgaven. Jeg har ekskludert artikler som omhandler barn og ungdom og hvor fokuset var på pårørende. Jeg har også sett bort ifra artikler som handler om pasienter inneliggende på sykehus, da det ikke møter kravet for min kontekst.

Tabell 1. Presentasjon av søkene og de fire forskningsartiklene

Database og dato for søk	CINAHL 1/11/22	PubMed 4/11/22
Søkeord og kombinasjoner	«Diabetes type 1» AND «PAID»	«Diabetes type 1» AND «Counselling» AND «Stress, psychological»
Avgrensninger i søket	Språk på enten engelsk, dans, norsk og svensk, fagfellevurdert og publisert de siste 22 årene	Språk på enten engelsk, dans, norsk og svensk, fagfellevurdert og publisert de siste 22 årene
Antall treff totalt	91	10
Antall gjennomleste titler	91	10
Antall gjennomleste abstrakter	10	10
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6	1
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons og eksklusjonskriterier	3	1
Ytterligere	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt

inklusions og eksklusjonskriterier		
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3	1
Inkludert artikkel 1	<p>Due-Christensen, M., Hommel, E. & Ridderstråle, M. (2016). Potential positive impact of group-based diabetes dialogue meetings on diabetes distress and glucose control in people with type 1 diabetes. <i>Patient Education & Counseling</i>, 99(12), 1978-1983.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.023</p>	
Inkludert artikkel 2	<p>Haugstvedt, A., Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Stangeland Lie, S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. & Kolltveit, B. H. (2021). Nurses' and physicians' experiences with diabetes consultations and the use of dialogue tools in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study. <i>Diabet Med</i>, 38(6), e14419.</p> <p>https://doi.org/10.1111/dme.14419</p>	
Inkludert artikkel 3	<p>Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Lie, S. S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. A., Kolltveit, B. H. & Haugstvedt, A. (2021). Young adults with type 1 diabetes and their experiences with diabetes follow-up and participation in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study. <i>Diabet Med</i>, 38(6), e14535.</p> <p>https://doi.org/10.1111/dme.14535</p>	
Inkludert artikkel 4		Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Rokne Hanestad, B. & Bru,

		<p>E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. <i>Patient Educ Couns</i>, 53(3), 299-308. https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.10.008</p>
--	--	---

3.3 Øvrige fag- og forskningslitteratur

For å belyse tematikken i min bacheloroppgave, har jeg hentet ut fagkunnskap fra ulike fagbøker, artikler og nettsider, i tillegg til de fire forskningsartiklene jeg har funnet i strukturert søk. Fagbøkene som er brukt er tidligere pensumbøker og annen litteratur med aktuelle titler. Bøkene fant jeg på skolens bibliotek gjennom søk i oria.no. Aktuelle søkeord var diabetes type 1, veiledning og kommunikasjon, sykepleierens funksjon og personsentrert sykepleie. Jeg har også gjort flere søk på Google med mange av de samme søkeordene, i tillegg til diabetes distress og PAID. All øvrig litteratur er brukt for å bidra til å besvare min problemstilling. Bøker som var aktuelle var blant annet Grunnleggende sykepleie 3, Klinisk sykepleie 1, og Veiledning, mer enn bare ord. Aktuelle nettressurser var blant annet Diabetesforbundet, Norsk sykepleieforbund og Lovdata.

4 Resultater

I resultatdelen presenteres artiklene jeg har valgt ut i en artikkelmatrise (tabell 2), samt i en samlet syntese.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 2. Artikkelmatrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Due-Christensen, M., Hommel, E. & Ridderstråle, M. (2016)	Potential positive impact of group-based diabetes dialogue meetings on diabetes distress and glucose control in people with type 1 diabetes.	Hensikten var å evaluere effekten av gruppe-baserte dialog møter på diabetes distress, og opplevd kompetanse. PAID ble både brukt som måleverktøy for graden av diabetes distress og for at pasienten skulle få tid til å reflektere og forberede seg på de psykososiale aspektene.	Studien bruker mixed-methods med både kvalitative og kvantitative data. Studien gikk over ett år hvor man sammenlignet data tatt før studien og ett år senere. Totalt 55 pasienter gjennomførte hele studien ut fra 120 pasienter.	Resultater fra studien viste at PAID-scoren til deltakerne hadde forbedret seg etter ett år. Samtidig satt deltakerne igjen med en positiv opplevelse. De følte de fikk delt erfaringer og sett at man ikke er alene. Samtidig viste studien hvordan gruppe-baserte dialogmøter er tidsbesparende og krever mindre resurser.	Studien brukte mixed-methods, og siden jeg bruker både de kvalitative og kvantitative dataene har jeg brukt både kvalitativ sjekkliste og sjekkliste for tverrsnittstudier. Kvalitativ: Poeng: 8/9 Tverrsnitt: Poeng: 6/8
CINAHL	Haugstvedt, A., Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Stangeland Lie, S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. & Kolltveit, B. H. (2021) Norge	Nurses' and physicians' experiences with diabetes consultations and the use of dialogue tools in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study	Utforske sykepleierens og legenes erfaringer etter en tidligere pilotstudie med bruken av PAID som et arbeids- og kartleggingsverktøy i diabetes-konsultasjoner.	Kvalitativ metode med semistrukturert intervju av 5 sykepleiere og 9 leger	Sykepleierne ser nytten av å fokusere på det psykososiale ved diabetes, og de opplever at pasienten blir en mye mer aktiv deltaker i veiledningen da de møter mer forberedt. Men store utfordringer knyttet til tid og	Jeg har brukt sjekkliste for kvalitative studier. Poeng: 9/9

					ressurser på poliklinikk, hemmer en god bruk av verktøyet.	
CINAHL	Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Lie, S. S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. A., Kolltveit, B. H. & Haugstvedt, A. (2021)	Young adults with type 1 diabetes and their experiences with diabetes follow-up and participation in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study.	Utforske pasientenes erfaringer etter en tidligere pilotstudie hvor PAID ble brukt som arbeids- og kartleggings-verktøy i diabetes-konsultasjoner på poliklinikk.	Kvalitativ metode med semi-strukturert intervju over telefon med 19 unge voksne i alder mellom 22-39 år med diabetes type 1.	Resultatet viste at ved å bruke PAID i diabetes konsultasjoner ble konsultasjonene mer målrettet og personsentrert. Pasientene fikk satt ord på de psykososiale følelsene og tenkt over dem før møte med sykepleier.	Jeg brukte sjekklisten for kvalitativ studie. Poeng: 9/9
PubMed	Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Rokne Hanestad, B. & Bru, E. (2004) Norge	Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes	Vurdere hvordan deltakelse i gruppe basert veiledning, med hjelp fra PAID som utgangspunkt, vil resultere i redusert diabetes distress.	RCT studie med 63 voksne med diabetes type 1 og 2 i alder 25-70, ble stratifisert randomisert med 31 i intervensjonsgruppen og 32 i kontrollgruppen	Resultatet viste at ved bruk av PAID før gruppebasert veiledning, ble deltakerne flinkere til å identifisere problemområder. PAID bidro til at det ble en mer aktiv deltakelse i veiledningen, hvor deltakerne kunne dele tanker og erfaringer. Dette bidro til en endring i tidligere negativt tankesett og væremåte som preget diabetes-sykdommen.	Jeg brukte sjekklisten for RCT studier. Poeng: 9/13

4.2 Syntese av resultatene

Samlet sett fokuserer de fire forskningsartiklene på bruk av PAID i ulike settinger og hvordan det kan bidra til å redusere diabetes distress. PAID kan bidra til å stimulere til egen refleksjon og tenkning hos pasienten og han/hun blir mer klar over de psykososiale aspektene ved diabetessykdommen. På den måten blir personen med diabetes type 1 en mer aktiv deltaker, og veiledningen blir personsentrert. I forskningen til Hernar et al. (2021) og Haugstvedt et al.

(2021) ser man på hvordan bruken av PAID i seg selv bidrar til å redusere diabetes distress. Forskingen til Due-Christensen et al. (2016) og Karlsen et al. (2004) fokuserer på hvordan gruppeveiledning kan bidra til å redusere diabetes distress. PAID blir brukt som et verktøy for å måle grad av diabetes distress og gi et utgangspunkt til gruppesamtalen.

5 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil jeg ta for meg de fire forskningsartiklene og diskutere resultatene opp mot presentert teori og problemstilling. Videre vil jeg diskutere valg av metode og trekke frem fordeler og ulemper ved både metoden og forskningsartiklene.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 PAID og sykepleie-pasient relasjon

Som det kommer til uttrykk tidligere i teksten, er det å bygge en god sykepleier-pasient relasjon og at sykepleier har en sterk relasjonskompetanse avgjørende for god veiledning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10, 19). Denne relasjonen betyr mye for hvor godt pasienten tar imot behandling. I en god relasjon vil konstruktiv kritikk bli sett på som hjelp og omtanke fra sykepleier, noe som kan bidra til en adferdsendring. Der relasjonen er dårlig, vil konstruktiv kritikk kunne oppleves som en avvising og støtende, og være et hinder for endring (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178).

I artikkelen til Hernar et al. (2021, s. 5) uttrykte pasientene i studien at de ønsket å bli møtt som «(...)en person som har diabetes og ikke som diabetespasient». Mange formidlet at de følte at de møtte til konsultasjonene for sykepleierne sin skyld, slik at de kunne krysse av i de riktige boksene i sine sjekklister. Problemstillinger som pasienten selv ønsket å ta opp, ble ikke tatt opp (Hernar et al., 2021, s. 4). Sykepleier klarte dermed ikke å skape en god kommunikasjon som bygde på trygghet og pasientene sine ønsker og behov (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241). Pasientene trakk frem god sykepleier-pasientrelasjon som viktig i møtet med sykepleier for å våge å åpne seg opp. Det var enklere å være åpen om utfordringer og bekymringer til en sykepleier man har et godt forhold til og som man har blitt kjent med (Hernar et al., 2021, s. 5). Ofte kan en god relasjon være viktigere enn det som blir sagt og gjort av sykepleieren (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178).

Sykepleierne uttrykte at det ligger et stressende dilemma i det å skulle balansere det fysiologiske og psykiske aspektet ved diabetesbehandlingen. Personer med diabetes type 1 har i større grad enn tidligere tilgang til elektroniske hjelpemidler som insulinpumper og glukosemålere, som skal leses av og justeres (Haugstvedt et al., 2021, s. 5). Dette spiser mye av tiden, og studien til både Hernar et al. (2021) og Haugstvedt et al. (2021) trekker fram at fokus på det emosjonelle aspektet ved diabetes går på bekostning av det biomedisinske. Ved

bruk av PAID ble konsultasjonen, gjennom å samle data fra både det fysiologiske og det psykososiale, mer spisset inn mot pasientens behov og ønsker. PAID fungerte som en øyeåpner både for pasientene og for sykepleierne, og ga mer innsikt om hva diabetes distress faktisk er og hva som utløser tilstanden (Hernar et al., 2021, s. 5, 7). Helseperspektivet hos sykepleier kommer fram, i motsetning til sykdomsperspektivet (Skovdahl, 2022, s. 97).

5.1.2 PAID og personsentrert sykepleie

Skal veiledningen i diabeteskonsultasjoner være personsentrert, må den ta utgangspunkt i et helseperspektiv som omfatter både det fysiske og psykiske aspektet ved diabetes (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 4-5). I artikkelen til Hernar et al. (2021) påpeker pasientene i studien at de tidligere konsultasjonene manglet akkurat dette. De ønsket at kompleksiteten rundt det å leve med diabetes type 1 skulle bli tatt opp i enda større grad, også fordi det psykososiale er en så stor del av det å leve med diabetes type 1. For mange innebærer en diabetessykdom å måtte endre på allerede etablerte levevaner (Iversen et al., 2022, s. 537). Sykepleierne var ærlige på at dette aspektet ikke blir lagt nok vekt på, i hvert fall hvis pasienten selv ikke adresserer problemet (Haugstvedt et al., 2021, s. 5-6).

Studien til Hernar et al. (2021, s.5) viser at når PAID blir brukt før en diabeteskonsultasjon, må pasienten ta stilling til og reflektere rundt de psykososiale utfordringene før møtet med sykepleieren. Denne bevisstgjøringen gjør konsultasjonen enklere og mer forutsigbar, og pasienten kan ikke utsette og snakke om det psykososiale aspektet. En av deltakerne i studien beskriver PAID som en ventil for å kommunisere frustrasjonen, og en hjelp til å starte en mer konstruktiv dialog uten at de selv måtte ta initiativ (Hernar et al., 2021, s. 7). Ved tidligere konsultasjoner unngikk mange pasienter å ta opp de psykiske utfordringene, selv når sykepleier spurte direkte. Sykepleier ser at PAID bidrar til at pasienten er mer forberedt og at det blir enklere å sette ord på de psykososiale følelsene. Det bidrar til at man kommer raskere til kilden av problemet. Sykepleier opplever en mer dynamisk kommunikasjon der pasienten er en mer aktiv deltaker enn uten PAID (Haugstvedt et al., 2021, s. 6-8).

I en god relasjon er både empati, væremåte og anerkjennelse viktig (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Personsentrert sykepleie er sentralt, og man ønsker å respektere pasientens integritet og verdighet (Skovdahl, 2022, s. 95.). PAID bidrar til dette ved å få frem aspekter

ved diabetes sykdommen som ikke kommer frem gjennom fysiske målinger. En person med diabetes som tilsynelatende ser ut til å håndtere sykdommen sin på en god måte og har fine målinger, kan likevel score høyt på diabetes distress. Forskning viser at sykepleier bare oppdager ¼ av de pasientene som sliter med diabetes distress under «vanlige» konsultasjoner (Haugstvedt et al., 2021, s. 6, 8). Dette er et problem da diabetes distress kan føre til økt blodglukose og vil kreve mer av egenbehandlingen til personen som må regulere insulinmengden. Ved diabetes distress reduseres også evnen til egenbehandling, og personen med diabetes vil ikke klare å nå målet for ønsket blodglukose. Blodglukosen vil stige og hvis dette går over lengere tid er det større fare for senkomplikasjoner (Centers of disease control and prevention, 2020; Johansen, 2019; Norsk helseinformatikk, 2019).

I studien til Haugstvedt et al. (2021, s. 7) kommer det frem at sykepleiere ser den positive effekten PAID har, men at de føler frustrasjon over mangel på tid og ressurser som bruken av PAID krever. Dette er også noe pasientene kjenner på. Under konsultasjonene opplevde mange at sykepleier ikke virket forberedt på å motta og diskutere problemene (Hernar et al., 2021, s. 6-7). Det hjelper ikke at pasienten har tatt seg tid til å fylle ut PAID og åpnet opp om sin diabetes distress, hvis sykepleierne ikke har tid og ressurser til å adressere problemene på en ordentlig måte (Haugstvedt et al., 2021, s. 8). Det å be pasienter fylle ut og tenke over vanskelig psykososiale faktorer, for så og ikke ta tak i dem eller ikke anerkjenne disse i konsultasjoner, vil ikke være god etisk praksis. Som sykepleier har du et ansvar for å sørge for at yrkesutøvelsen er etisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Sykepleierne uttrykker at det ikke står på ønsket om å adressere de psykososiale utfordringene, men på kapasiteten og rammene de jobber innenfor. Teamet på en diabetespoliklinikk snakker ikke godt nok sammen, og ansvar blir ikke fordelt på en klar og tydelig måte. Alle deltakerne i studien oppga at de så fordelene ved å implementere PAID, men at det forutsetter at nødvendig tid, ressurser og struktur er på plass (Haugstvedt et al., 2021, s. 7-8).

5.1.3 PAID og gruppeveiledning

For å løse utfordringene knyttet til tid og ressurser på poliklinikkene (Haugstvedt et al., 2021) kan man legge opp til gruppebaserte dialogmøter og veiledning. Dette vil være mindre

ressurskrevende enn individuelle konsultasjoner (Dovland, 2013, s. 20; Due-Christensen et al., 2016).

I en gruppeveiledningstime deler deltakerne følelser og erfaringer med hverandre (Tveiten, 2019, s. 129). Dette kan ha en motiverende effekt. Opplevelsen av sosial støtte og at man ikke er alene om å føle ting på en bestemt måte, bidrar positivt i prosessen – også for dem med diabetes distress (Karlsen et al., 2004, s. 301; Tveiten, 2019, s. 130). Dette er grunnen til at Karlsen et al. (2004) valgte å bruke gruppeveiledning i sin studie. Også studien til Due-Christensen et al. (2016) tar for seg effekten av gruppebaserte dialogmøter.

Studien til Karlsen et al. (2004, s. 301) ønsker å fremme konsekvent refleksjon rundt egen diabetes sykdom og endre de dysfunksjonelle handlingsmønstrene og tankene deltakerne hadde rundt sin diabetessykdom. Gruppeterapien ble lagt opp for å skape refleksjon, ønske om at deltakerne skulle tenke selv og sammen komme fram til nye ideer og løsninger. Forskerne ønsket at deltagerne skulle være så aktive som mulig og selv identifisere problemområder rundt sin diabetessykdom, og gjennom gruppediskusjon komme frem til løsninger (Karlsen et al., 2004, s. 301-302). Det å sammenkoble brukerkunnskap og faglig kunnskap har vist seg å gi godt utbytte. Veiledning trenger ikke alltid å fokusere direkte på diabetes i seg selv, men fokuset kan være på å tilegne seg kunnskap og identifisere negative mønstre, for så å skape en endring. Innspill fra en gruppedeltaker kan få frem sider som andre deltakere og fagpersoner ikke har tenkt på. På den måten kan man tilpasse innholdet til at veiledningen fokuserer på det deltakeren faktisk ønsker å ta opp og sliter med (Christiansen, 2020, s. 212-213).

I studien til Karlsen et al. (2004) ble PAID brukt for å hjelpe deltakerne til å identifisere problemområder. Som vi ser fra studien til både Hernar et al. (2021) og Haugstvedt et al. (2021) bidrar PAID til at deltakerne bli mer forberedt. PAID bidrar også til en mer aktiv gruppediskusjon fordi deltakerne har reflektert rundt ulike problemstillinger på forhånd. PAID fungerte også som et verktøy for forskerne, til å måle graden av diabetes distress i gruppene over tid. Samtidig ble skjemaet brukt som utgangspunkt for gruppediskusjonen (Karlsen et al., 2004). Studien til Karlsen et al. (2004) konkluderer med at gruppebasert veiledning med bruk av PAID for å identifisere og klargjøre problemområder, har en positiv effekt. Deltakerne føler på større håp og tro, og er generelt mer optimistiske rundt det å leve med og klare å kontrollere sin diabetessykdom (Karlsen et al., 2004, s. 304). Dette samsvarer

med de dataene Due-Christensen et al. (2016) fikk fra sin forskning. Kvantitative data viser at PAID scoren til deltakerne var betydelige bedret ett år etter gjennomført gruppebasert dialogmøte, sammenlignet med scoren de fikk før møtene. Samtidig ga deltakerne uttrykk for at de satt igjen med en positiv følelse. Det å kunne dele erfaringer, lære av hverandre og ikke føle seg alene var viktige elementer de trakk frem (Due-Christensen et al., 2016, s. 1980-1981).

5.2 Metodediskusjon

Styrker ved en litteraturstudie er at den nettopp bygger på allerede etablert kunnskap, og man trenger ikke bruke tid på å forske selv eller lage egne studier. Man skal drøfte, analysere og oppsummere den informasjonen som allerede er publisert. Samtidig kan det skape utfordringer hvis man skal ta for seg et tema som det er lite forskning og litteratur på. Derfor er det viktig når man skal skrive en litteraturstudie, at man sikrer seg at det er nok litteratur og forskning innenfor det temaet man skal skrive om (Forsberg & Wengström, 2014, s. 30). I litteraturstudier innenfor sykepleiefeltet kan det være en fordel og bruke artikler med kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitative artikler får frem pasientenes eller helsepersonellens erfaringer, og kvantitative som for eksempel randomiserte kontrollerte studier (RCT) er fine for å kunne evaluere effekten av et tiltak opp mot en kontrollgruppe (Forsberg & Wengström, 2014, s. 30). I denne bacheloroppgaven er det brukt både artikler med kvalitativ metode og RCT design.

Like viktig er det å utarbeide gode søkeord og søkestrategi (Forsberg & Wengström, 2014, s. 32). I denne bacheloroppgaven er det brukt strukturert søk for å finne relevante forskningsartikler. Styrker ved et strukturert søk er at søkene skal dokumenteres og på den måten være etterprøvbare og lette å finne tilbake til. For å kunne søke strukturert må det gode søkeord til. Søkeordene skal samsvare med problemstillingen. Gjennom å bruke tid på å finne gode søkeord og måter og sette disse sammen på, sikrer man at man finner artikler som er spisset inn mot den problemstillingen man har formulert. Samtidig kan treffene man får være med på å gi en indikasjon på hva slag type forskning som er tilgjengelig. Ut ifra hva som kommer opp av forskning, kan man justere på problemstillingen til å passe disse resultatene (Søk og skriv, 2022). Med et strukturert søk i anerkjente databaser sikrer man samtidig at man ikke drukner i informasjon og artikler (Dalland, 2013, s. 70; Forsberg & Wengström, 2014, s. 75).

Svakheter ved strukturerte søk er at man blir bundet til det antall artikler man finner ut ifra de søkeordene og kombinasjoner man lager. Artikler man kommer over andre steder gjennom annen litteratur, kan ikke brukes, selv om de besvarer problemstillingen like godt. Relevant forskning kan gå tapt hvis man ikke klarer å finne det fram i det ene søket man gjør. En annen svakhet er at kvaliteten på litteraturstudien ikke blir bedre enn kvaliteten på studiene man har inkludert. Hvis det er metodiske svakheter ved originalstudiene, vil de også påvirke hvordan man kan konkludere i litteraturstudien. Derfor er det viktig at man vurderer hver enkelt artikkels relevans og kvalitet opp mot problemstillingen (Søk og skriv, 2022). Beskrivelse av utvelgelsen av mine artikler er blitt presentert i tabell 1. Svakheter ved utvelgelsen var at det var utfordrende å finne gode artikler som alle hadde samme tema, men som allikevel tok for seg ulike sider og problemstillinger. Altså at det var nok spredning i studiene. Var redd for at jeg gikk glipp av artikler som kunne vært brukt, da alle artiklene måtte komme frem i et strukturert søk.

Alt i alt var litteratursøket og utvelgelsen av artikler utfordrende i starten, men jeg fikk spisset det inn og sitter igjen med fire artikler som alle er relevante og svarer på problemstillingen. Alle artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter og fagfelleurdert (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Dette styrker troverdigheten til artiklene. De har gått igjennom en streng kvalitetssikring og er vurdert og godkjent av eksperter innen det gitte fagområdet (Forsberg & Wengström, 2014, s. 78). Det kommer frem i alle artiklene at helsepersonellet som utførte studien har god faglig tyngde innenfor diabetes og gruppeveiledning. Hvordan de har gått frem for å analysere resultatene, og bakgrunnen for forskernes kompetanse innen analyse, kommer spesielt frem i artikkelen til Hernar et al. (2021) og Haugstvedt et al. (2021). Der understrekes det at nettopp forskerteamets faglige tyngde innenfor diabetes og erfaring fra kvalitativ forskning og analyse, styrker troverdigheten av resultatene (Hernar et al., 2021, s.7-8). Alle de fire forskningsartiklene er fra Skandinavia, tre fra Norge og en fra Danmark. Min vurdering er at dette kan være en styrke for videre implikasjon for praksis, da det vil foregå under de samme rammene og den samme kulturen som på en poliklinikk i Norge.

I gode forskingsartikler skal metodevalg alltid diskuteres (Dalland, 2013, s. 78). Bakgrunnen for valg av metode kommer frem i alle artiklene og blir begrunnet grundig i artiklene til Hernar et al. (2021) og Due-Christensen et al (2016). Som nevnt er det en styrke i

litteraturstudier at forskningsartiklene bruker kvalitativt design eller er en RCT studie (Forsberg & Wengström, 2014, s. 30). Artikkelen til Due-Christensen et al. (2016) benytter mixed-methods for å få frem både de kvalitative dataene fra deltakerne, samt kvantitative data dirkete på nivå av diabetes distress. Dette bidrar til at resultatene spisses inn mot problemstillingen i artikkelen. I artikkelen til Hernar et al. (2021, s. 8) argumenteres det for at den kvalitative metoden ga forskerne mulighet til å utforske pasienterfaringer som er relevant for å kunne svare på deres problemstilling.

I artikkelen til Haugstvedt et al. (2021) og Karlsen et al. (2004) blir valget av metode nevnt, men uten å utdype og begrunne hvorfor valgte metode ble brukt. Men som i artikkelen til Hernar et al. (2021), vil også Haugstvedt et al. (2021) fokusere på erfaringer fremfor tall og statistikk og derfor vil en kvalitativ metode være hensiktsmessig (Forsberg & Wengström, 2014, s. 54). Karlsen et al. (2004) ønsker å se på effekten av gruppeveiledning framfor vanlig konsultasjoner. Man kan derfor tenke seg at det å velge RCT studie styrker artikkelen og bidrar til å besvare problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2014, s. 86-87). Svakheten ved studien til Karlsen et al. (2004) er at det ikke kommer tydelig fram med tanke på blindenhet til de som foretok studien. Men siden intervensjonen var i form av gruppebaserte møter, blir det vanskelig å ikke gjøre det klart for deltakerne og de som utførte møtene hvilket tiltak som ble utført.

Når en tekst bygger på allerede etablert og publisert forskning og litteratur, er det viktig med god kildeføring for å overholde etisk perspektiv og unngå fusk (Forsberg & Wengström, 2014, s. 69-70). Et annet viktig etisk aspekt er at de utvalgte artiklene man har med i litteraturstudien også har tatt hensyn til etiske vurderinger (Forsberg & Wengström, 2014, s. 70). Styrker ved de artiklene jeg har valgt å ta for meg, er at etiske vurderinger er inkludert i studien, og at alle artiklene har blitt godkjent av etiske komiteer.

At funn og resultater blir godt presentert er viktig i vitenskapelig artikler (Dalland, 2013, s. 78). Alle de fire artiklene i denne oppgaven presenterer funn og resultater på en tilfredsstillende måte. Artikkelen til Hernar et al. (2021) og Haugstvedt et al. (2021) presenterer funn på en ryddig og oversiktlig måte, delt inn i temaer med gjennomtenkte overskrifter. Artikkelen til Haugstvedt et al. (2021) tar for seg både sykepleier og leger sine erfaringer. Siden bacheloroppgaven skal ha et sykepleiefaglig perspektiv, har jeg kun hentet ut data fra sykepleierens sine synspunkter. Det kom tydelig fram i artikkelen hva som var

legene og sykepleierne sine synpunkter. Resultater i artiklene til Karlsen et al. (2004) og Due-Christensen et al. (2016) kommer også frem, men resultatdelen er noe kortere og en del av resultatene blir presentert i tabeller. De har alle en positiv konklusjon på at studien svarer på problemstillingen, samtidig som de tar høyde for ulike faktorer som kan påvirke resultatene.

Av de valgte studiene er tre av fire artikler pilotstudier. Selv om artikkelen til Karlsen et al. (2016) ikke sier at det er en pilotstudie, er studien utført på en relativt liten gruppe, noe som vil påvirke resultatene. En pilotstudie tar for seg en liten gruppe og har som hensikt å teste ut blant annet metode og forskings spørsmål, før man setter i gang med en større studie (Braut, 2020). Dette kommer tydelig frem i artikkelen til Due-Christiansen et al. (2016, s. 1979) hvor målet med pilotstudien var å skaffe seg så mye erfaring og kunnskap som mulig, for senere å utvikle en RCT studie.

En pilotstudie gir forskerne mulighet til å presentere foreløpige resultater og bruke disse til å få støtte til videre forskning (Braut, 2020). Ulempen ved en pilotstudie, som også artiklene trekker frem, er at forskningen er gjort på en såpass liten gruppe, som gjør at man må være forsiktig med å trekke fullstendig konklusjoner og sammenheng til praksis. Dette har jeg vært bevisst på når jeg har lest og diskutert resultatene. I artikkelen til Due-Christensen et al. (2016, s. 9181) kommer det frem at tiltakene enkelt kan overføres i annen praksis hvis samme resultat også kommer frem i en RCT studie. Jeg mener at til tross for at studien har blitt gjennomført på en liten gruppe mennesker, er resultatene relevante, artiklene er blitt godkjent og publisert i anerkjente tidsskrifter og kan brukes til å belyse min problemstilling.

6 Konklusjon

I denne oppgaven jeg har jeg sett på hvordan bruken av PAID kan bidra til å redusere diabetes distress hos voksne med diabetes type 1 i diabeteskonsultasjoner på poliklinikk.

Sykepleier sin informerende og veiledende funksjon, samt å skape en god sykepleier-pasient relasjon, er viktig for å bidra til at pasienten føler seg trygg og sett. Når pasientene føler seg trygge blir det letter for dem å tørre og bidra og åpne seg mer opp i konsultasjoner.

Resultatene fra artiklene viser at bruk av PAID i diabeteskonsultasjoner har en positiv effekt på å redusere diabetes distress. Arbeids- og kartleggingsverktøyet bidrar til at pasienten får mer tid til å tenke igjennom de psykososiale aspektene ved å leve med diabetes type 1. De møter mer forberedt og blir på den måten mer delaktig i konsultasjonene. PAID får pasienten til å tenke over aspekter ved diabetesykdommen sin de før ikke var klar over. Like viktig kan PAID være for sykepleier som kan bruke scoren som et mål for graden av diabetes distress hos pasientene. Det gir en pekepinn på hva pasientene sliter med, hvor man skal sette inn tiltak og hva det skal brukes tid på i konsultasjonen. Dette skaper også en mer personsentrert tilnærming. Samtidig ser man utfordringer ved bruk av PAID da tid og ressurser på en poliklinikk ofte ikke strekker til.

For å spare tid og ressurser kan gruppeveiledning være til hjelp. I samtaler med likesinnede opplever pasientene at de ikke er like alene om å føle som man gjør. Man kan dele og lære av hverandre og se ting fra et annet perspektiv, og på den måten skape en endring. PAID bidrar også her til å sette utgangspunkt for gruppediskusjon.

Disse resultatene er basert på de fire forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i min bacheloroppgave. Det er likevel viktig å huske på at det ikke er gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen og man kan derfor ikke trekke fullstendige konklusjoner. Som det kommer frem i artiklene kan man ikke trekke fullstendige konklusjoner, da de er basert på pilotstudier med en relativt liten populasjon. Når det er sagt bidrar artiklene med nyttige funn og data som kan tas med videre inn i større forskning og videre utvikling av diabetespraksis på poliklinikker.

Referanseliste

- Abrahamsen, R. (2005). Diabetes og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(5), 393-394. <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2005/05/diabetes-og-psykisk-helse>
- Aldring og helse. (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Hentet 10. november 2022 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
- Braut, G. S. (2020, 12. mars). *Pilotstudie*. Store norske leksikon. Hentet 17. november 2022 fra <https://snl.no/pilotstudie>
- Carlsen, K., Graue, M. & Haugstvedt, A. (2015). Bruk av kartleggings- og arbeidsverktøyet PAID i diabeteskonsultasjoner. *Sykepleien Forskning* 10(3), 228-237. <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/bruk-av-kartleggings-og-arbeidsverktoyet-paid-i-diabeteskonsultasjoner>
- Centers of disease control and prevention. (2020, 30. september). *Diabetes and mental health*. Hentet 1. november 2022 fra <https://www.cdc.gov/diabetes/managing/mental-health.html>
- Christiansen, B. (2020). Helseveiledning- hva menes med det? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 13-30). Gyldendal.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk
- Dennick, K., Sturt, J. & Speight, J. (2017). What is diabetes distress and how can we measure it? A narrative review and conceptual model. *J Diabetes Complications*, 31(5), 898-911. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.12.018>
- Diabetesforbundet. (2022, 25. mai). *Kontroller og oppfølging i spesialisthelsetjenesten*. Hentet 10. november fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/oppfolging-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publikasjonskanaler*. Kanalregisteret. Hentet 22. november 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Dovland, K. (2013). *Veiledning i grupper*. Fagbokforlaget.
- Due-Christensen, M., Hommel, E. & Ridderstråle, M. (2016). Potential positive impact of group-based diabetes dialogue meetings on diabetes distress and glucose control in people with type 1 diabetes. *Patient Education & Counseling*, 99(12), 1978-1983. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.023>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eriksen, S. (2019). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-905). Cappelen Damm akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. Hentet 10. november 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys, och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Natur og kultur.
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-19). Gyldendal.
- Haugstvedt, A., Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Stangeland Lie, S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. & Kolltveit, B. H. (2021). Nurses' and physicians' experiences with diabetes consultations and the use of dialogue tools in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study. *Diabet Med*, 38(6), e14419. <https://doi.org/10.1111/dme.14419>

- Helsedirektoratet. (2016, 14. september). *National faglig retningslinjer for diabetes. Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen*. Hentet 9. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen#arskontroll-og-bruk-av-noklus-diabetesskjema>
- Helsedirektoratet. (2018, 1. januar). § 3-2 *Pasientens og brukerens rett til informasjon*. Hentet 4. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-og-brukerens-rett-til-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2021, 16. februar). *Helsekompetanse- kunnskap og tiltak*. Hentet 2. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2022, 17. juni). *Diabetes når du er syk eller stresset*. Helsenorge. Hentet 2. november 2022 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-og-andre-sykdommer/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Lie, S. S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. A., Kolltveit, B. H. & Haugstvedt, A. (2021). Young adults with type 1 diabetes and their experiences with diabetes follow-up and participation in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study. *Diabet Med*, 38(6), e14535. <https://doi.org/10.1111/dme.14535>
- Hernar, I. & Haugstvedt, A. (2022). Spørreskjema gir bedre oppfølging av unge voksne med diabetes type 1. *Sykepleien* 1110(87981), e-87981. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87981>
- Hårberg, G. B., Paulsen, T. M. & Grønli, G. N. (2020). *Veiledning*. NDLA. Hentet 9. november 2022 fra <https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1/topic:2:183732/topic:2:184713/resource:1:17472>
- Iversen, M. M., Hernar, I. & Mosand, R. D. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar i diabetespoliklinikk. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 531-563). Gyldendal.
- Johansen, H. (2020). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien*, 108(80196), e-80196. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>
- Johansen, K. B. (2019, 26. juni). *Psykologiske utfordringer ved diabetes*. Diabetesforbundet. Hentet 10. november 2022 fra <https://www.diabetes.no/felles/diabetes-og-psykisk-helse/psykologiske-utfordringer/>
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Rokne Hanestad, B. & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*, 53(3), 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.10.008>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjoner og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 257-308). Gyldendal.
- Norsk helseinformatikk. (2019). *Senkomplikasjoner ved diabetes*. Hentet 2. november 2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-generelt/senkomplikasjoner-diabetes/>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 10. november 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41, 205715852199194. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Briste eller bære: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Skovdahl, K. (2022). Personsentrert sykepleie. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: sykepleierens fundament* (6. utg., s. 94-114). Cappelen Damm akademisk
- Smith-Strøm, H. & Waardal, P. (2009). Sykepleierroller i poliklinikker. *Sykepleien* 92(5), 50-53. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0026>
- Søk og skriv. (2022, 23. september). *Hvordan søke systematisk* Hentet 17. november 2022 fra <https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html>
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning: - Mer enn bare ord* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Åsvold, B. O. (2022, 7. oktober). *diabetes*. Store norske leksikon. Hentet 23. november 2022 fra <https://sml.sn.no/diabetes>

Vedlegg

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Due-Christensen, M., Hommel, E. & Ridderstråle, M. (2016). Potential positive impact of group-based diabetes dialogue meetings on diabetes distress and glucose control in people with type 1 diabetes. *Patient Education & Counseling*, 99(12), 1978-1983. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.023>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studien var å evaluere hvilken effekt gruppebaserte dialog møter kan ha på diabetes distress og bedret egenbehandling. PAID ble brukt som et verktøy for å måle graden av diabetes distress før og ett år etter gruppemøtene.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien bruker en mix-metode hvor både kvalitative og kvantitative data blir presenterer, og jeg bruker begge dataene i min artikkel. Helsebiblioteket har ikke en egen sjekklister for mix-metode, derfor valgte jeg å bruke sjekklister for kvalitative studier da den fungerer fint for å evaluere artikkelen, og har kvalitative data som jeg bruker i min diskusjonsdel.

Artikkelen tar for seg både deltakernes sine erfaringer etter å ha gjennomført dialogmøtene, samt presenterer tall fra blant annet PAID før og etter møtene, og derfor er en mix-metode hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Begrunnelse for valget av mix-metode kommer fram i artikkelen. Samt en beskrivelse av hva de kvalitative og kvantitative dataene tok for seg. Data ble hentet inn før studien og igjen etter ett år.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Utvelgelsen er gjort rede for, og måten de inviterte folk på kommer frem. Alder, kjønn og hvor lenge de har hatt diabetes blir presentert.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

De kvalitative dataene ble hentet inn fra et evalueringsskjema som deltakerne hadde fylt ut etter hvert møte, med åpne spørsmål om deres opplevelse og hva de fikk ut av å være med. Kvantitative data som presentert graden av deltakernes diabetes distress ble hentet inn gjennom PAID.

De kvantitative dataene ble presentert i tabell og løpende tekst. Kvalitative data kommer frem i løpende tekst.

Lengde på møtene blir presentert, samt tidsrommet studien gikk over.

Studien er en pilotstudie som hadde som mål og få nok kunnskap som senere kan lede til en større rct studie. Siden studien har blitt gjort på en relativ liten gruppe, må det tas i betraktning når man ser på resultatene av studien.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Uklart, men det blir nevnt at gruppemøtene ble holdt av erfarende helsepersonell med kunnskap innfor diabetes og holdt gruppemøter tidligere.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien er godkjent av the danish data protection agency. All data ble behandlet som konfidensielt.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det blir beskrevet hvordan analysen ble gjennomført. Data blir presentert i tabeller samt i løpene tekst.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnen blir klart presentert og delt inn i kvalitative og kvantitative resultater. I konklusjonen blir problemstillingen besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Resultatene kan være til hjelp i praksis og et fint utgangspunkt for å starte videre forskning. Som sagt var dette en pilotstudie som forskerne brukte for å skaffe seg nok informasjon til å bygge videre på en større RCT studie.

checklist for analytical cross sectional studies

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also

be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool. JBI
 Critical Appraisal Checklist for
 analytical cross sectional studies

Reviewer: 555

Date: 24/11/22

Author: Due-Christensen et al. (2016)

Year: 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Haugstvedt, A., Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Stangeland Lie, S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. & Kolltveit, B. H. (2021). Nurses' and physicians' experiences with diabetes consultations and the use of dialogue tools in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study. *Diabet Med*, 38(6), e14419. <https://doi.org/10.1111/dme.14419>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet er å belyse sykepleierens og legers erfaringer etter å ha brukt PAID i diabeteskonsultasjoner.

Studien baserer seg på en tidligere pilot studie og ser på erfaringen sykepleier og leger sitter igjen med etter denne.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Formålet er å belyse sykepleierens og legenes erfaringer med bru av PAID og derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Det er brukt semi strukturert dybdeintervju med tematisk analyse for å analysere data. Akkurat hvorfor semistrukturert er valgt blir ikke beskrevet, men bakgrunnen og forberedelsen mot intervju er beskrevet. Valg av data analyse er beskrevet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor noen ikke kunne delta. Kjønn og alder kommer ikke frem, men deres faglige tyngde og hvor lenge de har vært sykepleier eller leger kommer frem.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Måten dataen ble innhentet og analysert kommer frem. Siden dette bygger på en pilotstudie er antall intervjuobjekter relativt få, noe som må tas med i betraktning av resultatene.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:

- a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det kommer fram at forskerne har betydelig kunnskap inne diabetes og kvalitativ forskning og at den som gjennomførte intervjuene ikke hadde noen kjennskap til intervjuobjektene fra før.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det kommer frem at den nasjonale forskningsetiske komitee for medisin og helsefag har godkjent forskningen. De har fått skriftlig samtykke av deltakerne og innhentet data er oppbevart på sikkert sted.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Analysen som er brukt blir beskrevet og hvordan de gikk frem for å analysere.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Resultatene blir fremstilt på en ryddig måte og kategorisert etter temaer hentet ut fra dataene, med ulike underkapitler.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Resultatene er nyttig for annet helsepersonell inne samme fagfelt og har avdekket behov for videre forskning og behov for endring i praksis for p kunne implementere ny modell.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Hernar, I., Graue, M., Strandberg, R. B., Lie, S. S., Sigurdardottir, A. K., Richards, D. A., Kolltveit, B. H. & Haugstvedt, A. (2021). Young adults with type 1 diabetes and their experiences with diabetes follow-up and participation in the DiaPROM pilot trial: A qualitative study. *Diabet Med*, 38(6), e14535. <https://doi.org/10.1111/dme.14535>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studien var å se på voksenes erfaringer etter å ha brukt patients reported outcome measurment, som PAID, i diabeteskonsultasjoner.

Studien baserer seg på en tidligere pilot studie hvor pasienten skulle fylle ut PAID før diabeteskonsultasjon.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Formålet er å belyse pasientenes erfaringer med bruk av PAID og derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Semi strukturert telefon intervju etter eget ønske fra deltakerne i studien.

spm er skrevet ned på forhånd og man bruker de for å kunne sammenligne og se forskjeller i svar fra de ulike testpersonene. Ut ifra svarene på de overordne spm kan deltakere få ulike oppfølgings spm

Analyserte dataene ved hjelp av tematisk analyse: identifiserer mønstre i datasett. Ikke bundet til et bestemt teoretisk rammeverk. Man kan analysere hendelser, erfaringer og meningsproduksjon

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Hvem som ble utvalgt, hvorfor og på hvilken måte kommer frem i eget avsnitt.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Måten dataen ble innhentet og analysert kommer frem. Siden dette bygger på en pilotstudie er antall intervjuobjekter relativt få, noe som må tas med i betraktning av resultatene.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det kommer fram at forskerne har betydelig kunnskap innen diabetes og kvalitativ forskning og at den som gjennomførte intervjuene ikke hadde noen kjennskap til intervjuobjektene fra før.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det kommer frem at den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag har godkjent forskningen. De har fått skriftlig samtykke av deltakerne og innhentet data er oppbevart på sikkert sted.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Analysen som blir brukt kommer fram og hvordan de gikk frem for å analysere blir tydelige beskrevet.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Resultatene blir fremstilt på en ryddig måte og kategorisert etter temaer hentet ut fra dataene, med ulike underkapitler.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Resultatene er nyttig for annet helsepersonell innen samme fagfelt og har avdekket relevante funn som kan tas med videre i større forskning.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Rokne Hanestad, B. & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-

being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Educ
Couns*, 53(3), 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.10.008>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Forskingsspørsmålet kommer tydelige frem. Studien ønsker å se på utfallet etter gruppebasertveiledning og hvordan det kunne bidra til redusert diabetes distress og bedre egenbehandling. Intervensjonsgruppen ble sammenlignet opp mot kontrollgruppen som gjennomførte vanlige konsultasjoner. På forhånd hadde alle deltakerne brukt PAID. PAID scoren ble brukt som en mal på å se endring mellom kontroll og intervensjonsgruppen.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Deltakeren ble valgt ut ifra en tidligere besvart spørreundersøkelse om det å leve med diabetes. Deltakeren ble fordelt gjennom stratifisering randomisering, og i artikkelen kommer det frem at utfallet av randomiseringen var vellykket. Deltakerne ble jevnt fordelt, men det kommer ikke tydelige fram i artikkelen hvordan randomiseringen ble utført.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

Det kommer tydelig frem i artikkelen grunner til at folk evt droppet ut eller ikke ville delta.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – Nei – Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja – Nei – Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Siden deltakeren i intervensjonsgruppen fikk en ny form for veiledning gjennom gruppeveiledning var det ikke mulig å kunne blinde deltakerne for hvilket tiltak de fikk. Men de fikk informasjon om hvordan randomiseringen ble utført.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

Det kommer frem i artikkelen at det ikke var noen betydelige forskjeller mellom gruppene. Demografiske data er presentert.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?

- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Gruppen ble behandlet likt. Alle deltakerne brukte samme blodglukoseapparat for å unngå mulig forskjeller i måleinstrumentet. Tiltakene ble utført på samme tidspunkt for alle gruppene.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelt (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Utfallene som ble målte ble klart beskrevet og begreper gjort rede for. Resultatene ble presenter i ulike grupper med vær sin underkategori. Utfall fra kontrollgruppen og intervensjonsgruppen ble samlet besvart noe som gjorde det litt vanskelig å hente ut data i løpende tekst.

P-verdier er rapportert. De brukt mixed design statistisk analyse sammen med deskriptiv analyse når de analyserte dataene.

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Artikkelen ser på tidligere forskning og viktigheten av å adressere, og manglene på kvantitativ forskning rundt diabetes distress. Derfor viktig å undersøke dette.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

Utfallene er fine å ta med seg inn i videre forskning. Undersøkelsene ble gjort på en relativ liten gruppe og forskning på større grupper er nødvendig.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Det krever mindre ressurser for å gjennomføre en gruppeveiledning enn en til en. Samtidig brukte studien tid og ressurser på å trene opp de som skulle gjennomføre undersøkelsen så de hadde rikelig med kompetanse.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

Denne studien trekker frem hvordan gruppe basert veiledning bidrar til å redusere diabetes distress, og viktigheten av å fokusere på dette. Man ser ved å bruke PAID og gruppeveiledning får deltakerne et bedre utfall. Studien er relativ liten og trenger større forskning for å kunne sette en fullstendig konklusjon.