

Pasientundervisning for å forebygge diabetiske fotsår

Kandidatnummer: 678 og 715
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i BSY-500

Antall ord: 8262
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.2023
Tittel: Pasientundervisning for å forebygge diabetiske fotsår.	
<p data-bbox="162 414 1394 459"><u>Innledning</u></p> <p data-bbox="162 459 1394 840">Tema for oppgaven er sykepleierens fotsårforebyggende undervisning i hjemmesykepleien. Eldre som mottar hjemmesykepleie har risiko for å utvikle diabetiske fotsår. Forskning viser til at mangelfull oppfølging av fotkomplikasjoner kan resultere i sykelighet, sykehusinnleggelse og amputasjoner. Sykepleiere har en nøkkelrolle i forebyggingen av diabetiske fotsår. Hensikten med denne generelle litteraturstudien er å utforske hvilken betydning hjemmesykepleierens undervisning har i forebyggelsen av diabetiske fotsår hos hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2.</p> <p data-bbox="162 884 1394 929"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 929 1394 1265">Denne oppgaven anvender generell litteraturstudie som metode, med utgangspunkt i den praktiske veiledningen til dataanalyse av Rebecca Popenoe med fler. Vi gikk gjennom kvalitative studier og randomiserte kontrollstudier av eldre hjemmeboende med diabetes mellitus. Søkene ble utført i de vitenskapelige databasene CINAHL, MEDLINE og PubMed. Bare norsk- og engelskspråklige artikler ble gjennomgått. Søkene ble gjennomført i november 2022.</p> <p data-bbox="162 1310 1394 1355"><u>Resultat</u></p> <p data-bbox="162 1355 1394 1646">Tre kvalitative studier og én randomisert kontrollstudie oppfylte inklusjonskriteriene. Funnene i artiklene tyder på at sykepleierens undervisningsintervensjoner har en betydning for forebygging av diabetiske fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes. Etter å ha syntetisert resultatene i artiklene ble det identifisert tre overordnede kategorier: sosiale læringsarenaer, forbedret kunnskap om diabetes og personsentrert undervisning.</p> <p data-bbox="162 1691 1394 1736"><u>Diskusjon</u></p> <p data-bbox="162 1736 1394 1966">I diskusjonen tok vi utgangspunkt i punktene fra den didaktiske relasjonsmodellen og drøftet problemstillingen opp mot resultatene fra forskningsartiklene og relevant fag- og forskningslitteratur. Avslutningsvis diskuterte vi valg av generell litteraturstudie som metode opp mot hovedartiklene våres, og så på styrker og svakheter ved dette.</p>	

(Totalt antall ord: 235)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	1
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensing.....	2
1.5	Begrepsavklaring	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Eldre med diabetes mellitus type 2.....	4
2.1.1	Fotsår som følge av diabetes mellitus type 2	4
2.2	Hjemmesykepleie	5
2.2.1	Pasientgruppen i hjemmesykepleien	6
2.2.2	Sykepleier i hjemmesykepleien.....	6
2.3	Sykepleierens undervisende funksjon.....	7
2.3.1	Didaktisk relasjonsmodell	8
2.4	Etiske og juridiske rammer	9
2.4.1	Juridiske rammer	10
2.4.2	Yrkesetiske retningslinjer.....	11
3	Metode	12
3.1	Litteraturstudie.....	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	15
4	Resultater	17
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise.....	17
4.2	Syntese av resultatene.....	18
5	Diskusjon.....	20
5.1	Resultatdiskusjon.....	20
5.1.1	Deltakerforutsetninger	20
5.1.2	Mål.....	21
5.1.3	Arbeidsmetoder	22
5.1.4	Rammefaktorer.....	23
5.1.5	Innhold.....	25
5.1.6	Evaluering	26
5.2	Metodediskusjon.....	27
6	Konklusjon.....	30
	Referanseliste	31
	Vedlegg 1	37
	Vedlegg 2	45
	Vedlegg 3	53
	Vedlegg 4.....	61

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes er en kompleks og kostbar sykdom som rammer eldre i et økende volum grunnet blant annet fedme og høyere levealder (Iversen, 2021, s. 510). Folkehelseinstituttets folkehelse rapport anslår at om lag 270 000 nordmenn har diagnostisert diabetes, og at ytterligere 60 000 har uoppdaget diabetes (Ruiz et al., 2021). Dødsrisikoen for personer med diabetes er dobbelt så stor som risikoen for personer i samme alder uten diabetes, og øker kompleksiteten i diabetesbehandlingen (Rao Kondapally Seshasai et al., 2011). En av de sekundære komplikasjonene er fotsår, som er et alvorlig helseproblem, og en kilde til sykelighet og sykehusinnleggelse. Det er estimert at 14-20% av åpne fotsår kommer til å resultere i amputasjon av enten tær, forfot eller underekstremitet (Gershater et al., 2009).

Undervisning kan føre til økt kunnskap blant pasienter som gjør at de kan ta bevisste beslutninger knyttet til egen helse. Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske lidelser. Den didaktiske relasjonsmodellen kan brukes som et verktøy for å undervise personer med diabetes i hvordan man kan unngå sekundære komplikasjoner som diabetiske fotsår. Begge forfatterne av denne studien har lang fartstid i helsevesenet, og har begge sett nytten av undervisning i klinikken. Å jobbe med eldre er inspirerende, og i hjemmesykepleien møter man på eldre som har et brennende ønske om å leve selvstendig så lenge som mulig. Som fremtidige sykepleiere ønsker vi å bistå de eldre til å nettopp leve selvstendig: for å bevare deres integritet, livskvalitet og håp.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Å minimere risikoen for diabetiske fotsår er avgjørende i behandlingen av diabetes. Vedvik (2021) viser til at prevalensen av diabetes hos hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie er på 24 prosent. En vesentlig del av behandlingen av diabetespasienter sikter mot forebygging, tidlig oppsporing og intensiv behandling av komplikasjoner og mål om symptomfrihet, livskvalitet og normal livslengde (Helsedirektoratet, 2021). Her får sykepleieren i hjemmesykepleien en nøkkelrolle i iverksettelsen av tiltak som kan ha en positiv innvirkning på pasienters livskvalitet og hverdagsmestring av sykdom i det lange løp. Vi har i denne bacheloroppgaven valgt å fokusere på undervisning, som forskere har funnet ut at kan bidra til

å minimere risiko av diabetiske fotsår ved å blant annet øke kunnskap, vilje og motivasjon til å endre atferd (Nemcová & Hlinková, 2014). Det er videre identifisert at undervisning kan bidra til å forebygge sykdom, fremme trygghet, og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av kronisk sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2020). For å kunne tilby personsentrert sykepleie der pasienten får et individuelt tilpasset undervisningsopplegg er det derfor behov for økt kunnskap om hvilken betydning undervisning har for forebyggingen av diabetisk fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å identifisere hvilken betydning hjemmesykepleierens undervisning har for forebygging av diabetisk fotsår hos eldre med diabetes som mottar hjemmetjenester sett fra et pasientperspektiv. Videre ønsker vi at funnene i forskningslitteraturen settes i lys av didaktisk relasjonsmodell for å argumentere, systematisere og kritisk tenke sykepleie. Ut fra hensikten har følgende problemstilling blitt formulert:

Hvilken betydning har hjemmesykepleierens undervisning for forebygging av diabetisk fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes?

1.4 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til å omhandle hjemmeboende i primærhelsetjenesten som er diagnostisert med diabetes mellitus type 2 og som mottar hjemmesykepleie. Videre vektlegges det hvilken betydning undervisning har hatt for forebygging og motvirkning av hovedsakelig diabetiske fotsår. Undervisningen og veiledningen skal være tilpasset målgruppens særegne behov, og skal rettes mot eldre, ettersom forekomsten av diabetisk fotsår øker med økende alder.

1.5 Begrepsavklaring

Undervisning: Undervisning er ulike formidlingsmåter av kunnskap i den hensikt å tilrettelegge for læring (Tveiten, 2020, s. 79-80).

Hjemmesykepleie: Hjemmesykepleie defineres som all sykepleie som utøves i pasientens hjem med utgangspunkt i pasientens og pårørendes ønsker og behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13).

Eldre: Verdens helseorganisasjon definerer mennesker i alderen 65 år og oppover som eldre (Engedal, 2019).

Forebygging: Forebygging handler om å identifisere både potensielle og reelle helsekomplikasjoner eller -problemer, for å forhindre at det oppstår ytterligere forverring av helse (Kristoffersen et al, 2016, s.18).

Diabetisk fotsår: En komplikasjon til diabetes forårsaket av nedsatt blodsirkulasjon i føttene og nevropati (Birkeland og Flovik, 2018, s. 121).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Eldre med diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 (DM2) er en kronisk sykdom som utvikles når kroppens regulering og bruk av glukose svekkes. Over tid kan overskuddet av glukose i blodet føre til forstyrrelser i sirkulasjons-, nerve- og immunsystemet (Iversen, 2021, s. 510). DM2 forårsakes av livsstilsfaktorer som inaktivitet, feilernæring og overvekt, men kan også forårsakes av avvikende gener som hindrer celler i å fungere som de skal. Som nevnt innledningsvis er det stadig flere som diagnostiseres med DM2 og det er særlig økt forekomst blant eldre (Iversen, 2021, s. 510). Det finnes mange diabetesrelaterte utfordringer, og mange eldre med DM2 opplever at det er vanskelig å håndtere komplikasjoner ettersom de har nedsatt immunforsvar og sirkulasjon, er inaktive og har redusert smertefølsomhet og nedsatt nydannelse av hud (Ranhoff, 2021, s. 252). Eldre er også karakterisert som komorbide, og omtrent 40% av eldre med diabetes har flere sammensatte sykdommer i tillegg til diabetes som krever medisinsk behandling (Helsedirektoratet, 2017). DM2 kan forebygges ved livsstilsendringer som fysisk aktivitet og kostholdsendring, hvor livsstilsendringer er det første behandlingsvalget for denne pasientgruppen (Iversen, 2021, s. 513). Ifølge det britiske oppslagsverket BMJ er fundamentet i alle terapeutiske diabetesintervensjoner et personsentrert behandlingsprogram utviklet i samarbeid mellom pasienten og helsepersonell (Simonson et al., 2022).

Eldre med DM2 har vanskelig for å følge opp sin egen helse, og ifølge Nasjonal diabetesplan (2017-2021) er dette en utfordring i hjemmesykepleien, og som følge av det stiller krav til helsepersonell som yter tjenesten til denne gruppen om å ha tilstrekkelig kompetanse til å følge opp med gode rutiner og prosedyrer som sikrer god oppfølging, diagnostikk og behandling av diabetes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

2.1.1 Fotsår som følge av diabetes mellitus type 2

Diabetiske fotsår er den nest hyppigste komplikasjonen til diabetes mellitus (Felleskatalogen, 2019). Det er særlig personer over 75 år som har hatt diabetes over lang tid som er utsatt for diabetiske fotsår, og det oppstår gjerne i kombinasjon med blant annet nevropati og perifer karsykdom, som innebærer nedsatt smertefølsomhet og svekket sirkulasjon i beina. Eldre har også økt risiko for overdødelighet som følge av diabetisk fotsår (Iversen, 2021, s. 515).

Pasienter med diabetes som har hatt fotsår tidligere har også økt risiko for nye sår. Uten rask og adekvat behandling av såret vil det kunne utvikle seg til en alvorlig infeksjon som kan føre til amputasjon av tå, fot eller bein (Felleskatalogen, 2019; Lindholm, 2020, s. 238). Bare i 2021 ble det utført 461 amputasjoner i Norge som følge av diabetes som bruker blodsukkersenkende legemidler (Helsedirektoratet, 2022a). Når diabetiske fotsår oppstår krever det tett oppfølging og tid fra sykepleier, ettersom pasienten kan ha problemer med å ikke føle smerter som skyldes av nevropati. Pasienten kan derfor ikke merke når et sår oppstår og det kan ved verste fall medføre økt risiko for død (Felleskatalogen, 2019; Iversen, 2021, s. 515). I hjemmesykepleien må enkelte pasienter få hjelp til å inspisere føttene sine. Det er anbefalt at eldre pasienter som har fare til å få fotsår å ha regelmessig kontakt med fotterapeut for å forebygge dette (Iversen, 2021, s. 520).

Diabetiske fotsår er en byrde for pasienten. En pasient med diabetiske fotsår vil sannsynligvis oppleve smerter, immobilitet, kløe, søvnevansker og illeluktende puss fra såret. Den psykiske påkjenningen av disse symptomene består av følelser som skam, frustrasjon og redusert selvtillit, følelser som går ut over pasientens velvære og livskvalitet. De psykiske symptomene fører noen ganger til depresjon, angst og selvmordstanker (Chadwick & Ristogi, 2016, s. 12-15).

2.2 Hjemmesykepleie

Formålet med hjemmesykepleie er å gi helsehjelp hjemme hos pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Målet er å opprettholde funksjonsevnen og livskvaliteten til pasienten ved å ivareta deres grunnleggende behov, som blant annet å vedlikeholde personlig hygiene og tilrettelegge måltider. Det tilbys også sykepleiefaglig hjelp, som for eksempel medisinadministrering, sårstell og helsefaglige observasjoner. Med denne hjelpen kan flest mulig pasienter klare å mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er mulig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). Hjemmesykepleierens rammer legger føringer for hva som skal gjøres og hvordan omsorgen skal utføres i praksis. Tjenesten må jevnlig vurderes og det stilles derfor krav til systematisk dokumentasjon (Fjørtoft, 2016, s. 167-168). Dette er avgjørende for kvaliteten av tjenesten som blir ytt, særlig etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Som følge av reformen har primærhelsetjenesten fått mer ansvar, og det har gitt sykepleiere utfordringer som stiller høyere krav til pleien som gis. De hjemmeboende kan være svært syke, noe som gjør at sykepleieren

må omprioritere arbeidsoppgaver ved å utsette besøk som ikke går utover liv og helse for å ta hånd om mer kompliserte pasientsituasjoner. Dette gjør at det stilles høyere krav om kompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid for hjemmeboende pasienter i hjemmesykepleien, særlig hos pasienter som kommer tidligere hjem fra sykehus. Disse pasientene kan ha behov for avansert klinisk pleie, behandling og rehabilitering (Fjørtoft, 2016, s.152-153).

2.2.1 Pasientgruppen i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie skal være et tilbud for alle som har behov for helsehjelp hjemme og har fått vedtak basert på en helhetlig vurdering av pasientens helse og livssituasjon. Aldersspekteret for pasientene er stort og hjemmesykepleien møter på alt fra barn til eldre med en eller flere sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse (Birkeland & Flovik, 2018, s. 27; Fjørtoft, 2016, s. 47-50). Eldre mennesker over 67 år har i de siste ti årene utgjort den største gruppen i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 47).

Eldre mennesker som mottar hjemmesykepleie karakteriseres som multisyke og skrøpelige. At de er multisyke innebærer at de har to eller flere sykdommer samtidig, og å være skrøpelig vil si at de kan lide av blant annet muskelsvakhet, ufrivillig vekttap, langsom gange og nedsatt mobilitet. Kombinasjonen av multisykdom og skrøpelighet fører til funksjonssvikt, og pasienten får dermed et økt hjelpebehov (Fjørtoft, 2016, s. 65). Hjelpebehovet kan være kompleks og skiftende. Enkelte har behov for hjelp til enkle gjøremål over en kort tid, til mer avansert helsehjelp der sykepleieren og andre profesjoner er involvert. Det kan være hjelp til å ivareta personlig hygiene, ernæring, legemiddelhåndtering og følge opp annen medisinske behandling (Ranhoff, 2021, s. 246). Et samarbeid mellom sykepleieren og de ulike profesjonene kan bestå av blant annet helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fagkonsulenter og fastleger etter hva som er aktuelt for pasientens hjelpebehov.

2.2.2 Sykepleier i hjemmesykepleien

Sykepleiere i hjemmesykepleien bruker sin faglige kompetanse til å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for helsesvikt til å ivareta sine grunnleggende behov. De bidrar også med omsorg og praktisk støtte til pasienter som er i livets slutfase. I

hjemmesykepleien er det sykepleieren som har den overordnede oversikten over pasientens situasjon, og gjennom sykepleieprosessen gjør sykepleier en grundig kartlegging gjennom kontinuerlig og systematisk evaluere, identifisere og observere pasientens behov. Dermed kan sykepleieren iverksette individuelle tiltak som tilrettelegges for at pasientene kan leve lengst mulig hjemme (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15-16).

I hjemmesykepleien er det sykepleieren som er den øverste faglige lederen i tjenesten. Lederfunksjonen utøves blant annet gjennom veiledning og undervisning av medarbeidere studenter, pasienter og pårørende. Andre sykepleiefaglige ledelsesoppgaver innebærer blant annet å lede rapportmøter, ha ansvarsvakt på kveld og helg, koordinere og fordele pasientene og prioritere arbeidslistene etter kompetanse, samt følge opp medarbeidere (Fjørtoft, 2016, s. 161). Videre får hver enkelt pasient utdelt en pasientansvarlig sykepleier (PAS) som pasienter og pårørende kan forholde seg til. PAS skal bidra til å fremme kontinuitet og kvalitet hos den enkelte pasient, samt at behandlingen og pleien blir individualisert (Birkeland & Flovik, 2018, s. 96-97; Fjørtoft, 2016, s. 210). I tillegg til det har PAS ansvaret for å sikre samarbeid og tverrfaglighet mellom yrkesgrupper i behandlingen av pasienten. Sykepleieren jobber for eksempel tett med pasientens fastlege, og kan blant annet be om legetilsyn hjemme hos pasienter som ikke har mulighet til å dra til legekantoret (Birkeland & Flovik, 2018, s. 98). Dette er essensielle sykepleieoppgaver i hjemmesykepleien.

2.3 Sykepleierens undervisende funksjon

Som sykepleier har man en rekke ansvars- og funksjonsområder som preger hvordan sykepleieren tilnærmer seg og ivaretar pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22). Et av disse funksjonsområdene er undervisning. Her bidrar sykepleier med å møte pasienten og pårørendes behov for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å kunne ivareta pasientens helse (Kristoffersen, 2016, s. 19). Sykepleieren skal gjennom undervisning sikre brukermedvirkning og skape gode rutiner overfor pasienten og pårørende under behandlings- og sykdomsforløpet. Eksempler på dette kan være å planlegge en omfattende undervisning til pasienten om hvordan de kan tilpasse seg og gjøre nødvendige livsstilsendringer ved kronisk sykdom, som for eksempel nyoppdaget diabetes (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 23). Sykepleierens undervisende funksjon kan beskrives gjennom den didaktiske relasjonsmodellen.

2.3.1 Didaktisk relasjonsmodell

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning (2019) identifiserer undervisning og veiledning som et av sykepleierstudentenes læringsutbytter før endt bachelor. I løpet av studiet har vi lært oss ulike undervisningsmetoder, hvorav én av de er didaktisk relasjonsmodell som er en modell som brukes for planlegging av undervisning. Modellen består av seks punkter: deltakerforutsetninger, mål, rammefaktorer, arbeidsmetoder, innhold og evaluering, som er gjensidig innvirkende på hverandre. Modellen er tiltenkt alle brukergrupper som sykepleiere kan møte på. Det sentrale ved den didaktiske relasjonsmodellen er at sykepleieren tilnærmer seg undervisningsrollen basert på pasientens individuelle behov. Sykepleieren støtter og motiverer pasienten til å ta kontroll over sin egen livssituasjon (Vågan & Hvinden, 2020, s. 221-223).

Det første punktet i modellen er *deltakerforutsetninger*, som handler om hvilke forutsetninger pasienten har for læring og mestring. Sykepleieren må kartlegge hva slags ressurser, behov og ønsker pasienten har, og ifølge den didaktiske relasjonsmodellen er det flere forhold som kan påvirke pasients evne til å tilegne seg kunnskap og til å mestre hverdagens helseutfordringer. Sykepleierens oppgave blir derfor å identifisere disse forutsetningene og tilrettelegge opplæringen deretter. Eksempler på deltakerforutsetninger er helseutfordringer, grad av sykdomsinnsikt, alder og kultur (Vågan & Hvinden, 2020, s. 221-223).

Punktet *mål* vurderes i lys av deltakerforutsetninger, og skiller mellom formål og mål. Det overordnede formålet med undervisningsvirksomheten i primærhelsetjenesten er å bidra til at pasienten oppnår bedre kontroll over sin egen livssituasjon. Mål angir på sin side de konkrete læringsutbyttene man ønsker at pasienter skal sitte igjen med etter endt undervisning (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). Eksempler på mål kan være økt kunnskap om komplikasjoner knyttet til DM2 og hvilke konsekvenser de har.

Innhold ses i sammenheng med pasientens mål og læreforutsetninger. Sykepleieren kan på forhånd planlegge undervisningen, men selve innholdet vil komme tydeligere frem i møte mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren har ansvar for å bruke sin fagkunnskap og erfaring, og pasienten kan komme med egne innspill for å skape innholdet. Ifølge Tveiten (2020) må pasienten få innvirke på innholdet for at undervisningen skal være meningsfull og skape motivasjon (s. 155-156).

Arbeidsmetode handler om hvordan undervisningen formidles. Den avklarer hvilken undervisningstilnærming, -metode eller -verktøy sykepleieren skal benytte seg av for å nå pasientens læringsutbytter. Det kan være hensiktsmessig å bruke ulike undervisningsmetoder for å oppnå pasientens mål (Tveiten, 2020, s. 158). Eksempler på dette kan blant annet være gruppeundervisning, individuell undervisning eller informasjonsskriv.

Rammefaktorer kan forklares som ytre forhold som gir muligheter eller begrensninger for hvordan undervisningen gjennomføres, og hvilke muligheter og begrensninger som ligger i omgivelsene rundt pasienten (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). Aktuelle faktorer i hjemmesykepleien kan være pasientenes ressurser, sykepleierens kompetanse, tidspress og organisering og ledelse av tjenesten.

Avslutningsvis gjennomføres det en *evaluering* av undervisningsopplegget, hvor grad av læringsutbytte vurderes opp mot de andre punktene i den didaktiske relasjonsmodellen. Sykepleieren får et overblikk over hva slags kunnskap pasienten sitter igjen med etter endt undervisning, og hen vil få en indikasjon på om det må gjøres noen justeringer i undervisningen. Dermed vil det være lettere for sykepleieren å vite hva hen må undervise i til en senere tid (Dalland, 2010, s. 115; Tveiten, 2020, s. 167-168).

2.4 Etiske og juridiske rammer

Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 har hatt en innvirkning på hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien jobber. Oppgaver som tidligere lå under spesialisthelsetjenesten, har nå blitt desentralisert og gjøres i regi av hjemmesykepleien. Denne oppgaveglidningen legger vekt på økt innsats innen helsefremmende og forebyggende arbeid, og kommunene skal drive med undervisning rettet mot sine innbyggere i form av lokal lærings- og mestringsevne. Dette innebærer at kommunene skal ivareta flere oppgaver knyttet til pasientgrupper med kroniske lidelser, som diabetikere er en del av (Vågan, A. & Hvinden, 2020, s.15). Et av målene til samhandlingsreformen var å tydeliggjøre pasientrollen enda mer, hvor det var et større fokus på å involvere pasienten og gi dem muligheten til å styrke medvirkningen deres i utformingen av tjenestetilbudet i større grad (Fjørtoft, 2016, s. 152).

2.4.1 Juridiske rammer

I Norge er undervisning en lovpålagt oppgave for sykepleierne og en rettighet til pasienten. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) stadfestes det at kommunen må «[...] tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» og «[...] sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov». Med dette menes det at kommunene er pliktig til å fremme helse og forebygge sykdom for personer som oppholder seg i kommunen gjennom tertiærforebyggende tiltak. Det kan gjøres gjennom opplysning, råd og veiledning, som er eksempler på undervisende intervensjoner. For sykepleiere i hjemmesykepleien er sjette ledd i §3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) relevant, da den presiserer at kommunen har et ansvar for å tilby helsetjenester i hjemmet.

Pasienten har gjennom pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) en stor innflytelse på undervisningens innhold. Sykepleiere anerkjenner at pasienter har kompetanse på sitt eget liv, og at man kan samarbeide med pasienten på en måte som styrker deres hverdagsmestring. Loven tydeliggjør at pasienter har rett til medvirkning ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester, og at undervisningstilbudene så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten. Informasjon er også nødvendig for kunne utøve pasientens rett til medvirkning. I §3-2 tydeliggjøres pasientens rett til informasjon, noe som kan gis gjennom undervisning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette ses i samsvar med helsepersonelloven (1999, §10 første ledd), som beskriver helsepersonellens plikt til å gi informasjon.

Undervisningen som gis, må utføres på en faglig forsvarlig måte. Videre i helsepersonelloven (1999) står det skrevet at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». (§4). Det stilles krav til at sykepleiere har kunnskap om hvordan ulike sykdommer eller funksjonsnedsettelse virker inn på hverandre. Dermed må sykepleiere ha kunnskap om diabetes, og komplikasjoner knyttet til den kroniske lidelsen. De må videre ha en helhetlig tilnærming, som tar hensyn til gamle pasientens livssituasjon og hva som kan påvirke deres livskvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 69).

2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer

I tillegg til lovverket, legger også de yrkesetiske retningslinjene rammer og føringer for sykepleierens undervisende funksjon i hjemmesykepleien. Under punkt 1.1 står det at «sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkompetanse» (NSF, 2019). Dette kan forstås som at sykepleieren må knytte fag om forebyggende fotpleie opp mot erfaringer sykepleieren har opparbeidet seg gjennom klinikk og pasientgruppen hen jobber med i hjemmesykepleien. Kunnskapen skal være oppdatert, noe som kommer tydeligere frem under punkt 1.4, hvor det står at «sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis» (NSF, 2019) Et punkt som er aktuelt for sykepleiere i hjemmesykepleien, og for de som skal ta hånd om og undervise personer med DM2, er punkt 2.1 sentralt, hvor det presiseres at «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2019). Dette kan blant annet gjøres gjennom undervisning. Det kan også ses i samsvar med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i punkt 2.5: «Sykepleieren fremmer pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikrer seg om at informasjonen er forstått» (NSF, 2019). Dette samsvarer med den tidligere nevnte formålsparagrafen i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

På bakgrunn av hensikt og problemstilling anvendes generell litteraturstudie som metode. I en generell litteraturstudie analyseres resultater av flere vitenskapelige studier for å beskrive kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør (Popenoe et al., 2021, s. 175). Dette for å trekke konklusjoner av klinisk relevans, hvor data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori benyttes og systematiseres (Thidemann, 2019, s. 77). En starter med å formulere en problemstilling, for så å gjennomføre strukturelt søk i vitenskapelige databaser. Deretter innhenter man relevant litteratur, går kritisk gjennom den og sammenfatter det hele i resultatdelen og diskuterer det opp mot den valgte problemstillingen (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Hensikten med søkeprosessen var å finne artikler som belyste oppgavens problemstilling. Etter å ha lest gjennom artikler som kunne være relevant, ble det identifisert meningsbærende nøkkelord som ble tatt i bruk i litteraturstudien vår. Synonyme nøkkelord ble kombinert med “OR” for å fange opp artikler med samme fokus eller tema, og tilslutt ble “OR”-søkene kombinert med “AND” for å finne forskningsartikler der begge konseptene var til stede. Disse søkene ble hovedsakelig gjort i Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) og PubMed. Databasene er aktuelle ettersom de inneholder artikler innen medisinske og helsefaglige tidsskrifter med et tydelig sykepleiefokus (Helsebiblioteket, 2021). Det ble benyttet Medical Subject Heading (MeSH) for å komme frem til flere søkeord som var synonyme til de meningsbærende nøkkelordene.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble identifisert for å velge ut artikler. Kriteriene er basert på oppgavens problemstilling. Pasientgruppen er eldre hjemmeboende, og vi har derfor valgt å inkludere artikler med deltakere over 65 år med DM2 som ikke er innlagt på sykehus eller på sykehjem. Deltakerne skal ha blitt forelagt et undervisningsopplegg, og studiene skal se på betydningen av det. Undervisningen skal ikke være rettet mot deltakere med et annet sykdomsfokus. Videre skal artiklene ha blitt publisert i løpet av de siste seks årene, være engelskspråklig, samt fagfelleurdert.

Database og dato for søk	CINAHL, 28/11-22	PubMed, 28/11-22
Søkeord og kombinasjoner	<p>S1: Community care OR Community setting OR Community nurse OR community nursing OR primary care OR Home-based care OR Municipal care OR home-based service OR Home health OR Home Health Nursing OR Homemaker Services</p> <p>S2: Diabetes foot ulcers OR Diabetes foot sore OR Diabetes foot wound OR Diabetic foot OR Diabetes Mellitus 2 OR Diabetes Mellitus, Type 2 OR Diabetes Mellitus</p> <p>S3: Teaching OR Education OR learning OR instruction OR pedagogy</p> <p>S4: S1 AND S2 AND S3</p>	<p>((Community care OR Community setting OR Community nurse OR community nursing OR primary care OR Home-based care OR Municipal care OR home-based service OR Home health OR Home Health Nursing OR Homemaker Services) AND (Diabetes foot ulcers OR Diabetes foot sore OR Diabetes foot wound OR Diabetic foot OR Diabetes Mellitus 2 OR Diabetes Mellitus, Type 2 OR Diabetes Mellitus)) AND (Teaching OR Education learning OR instruction OR pedagogy)</p>
Avgrensninger i søket	<p>Siste 6 år Fulltekst Fagfellevurdert Personer over 65 år Databaser: MEDLINE, CINAHL og CINAHL Complete</p>	<p>Siste 6 år Fulltekst Fagfellevurdert Personer over 65 år</p>
Antall treff totalt	112	222
Antall gjennomleste titler	112	222
Antall gjennomleste abstrakt	15	25

Antall gjennomleste fulltekstartikler	8	4
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	1
Ytterligere inklusjons-eksklusjonskriterier	RCT Kvalitative studier	RCT Kvalitative studier
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3	1
Inkludert artikkel nummer 1	Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B. C., & Gjengedal, E. (2016). <i>Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes</i> . <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 30(2), 382–390. https://doi.org/10.1111/scs.12260	
Inkludert artikkel nummer 2	Laursen, D. H., Frølich, A. & Christensen, U. (2017). Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 31(4), 1039–1047. https://doi.org/10.1111/scs.12429	
Inkludert artikkel nummer 3	Williams, J. K., Collings, R. & Paton, J. (2021). Exploring patient experiences of diabetes education to reduce foot complications as	

	part of a service evaluation: qualitative, focus group methodology. <i>Diabetic Foot Journal</i> 24(4), 24-29.	
Inkludert artikkel nummer 4		Sharoni, S. K. A., Rahman, H. A., Minhat, H. S., Shariff-Ghazali, S. & Ong, M. H. A. (2018). The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. <i>pLoS ONE</i> 13(3), 1-23.

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Faglitteratur fra pensumlistene i bachelorstudiet er anvendt. Ettersom oppgavens overordnede kontekst er hjemmesykepleie og pasientgruppen er eldre hjemmeboende med diabetes anses «Sykepleie i hjemmet» av Birkeland og Flovik (2018) og «Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten» av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2021) som aktuelle. Bøkene har et kunnskapsgrunnlag som legger tydelig fokus på hjemmesykepleie og hvordan man utøver sykepleie til den eldre hjemmeboende. Videre har bøkene også kapitler som omhandler kroniske sår, hud og vev i hjemmet som var aktuelle for denne oppgaven. For å finne annen relevant litteratur gjorde vi også søk i Oria, som er høgskolens digitale fag- og forskningsbibliotek. Siden problemstillingens sykepleieintervensjon er undervisning og dens betydning, er det relevant å utforske teori om ulike undervisningsmetoder. Etter søk i Oria med søkeordet «undervisning» fant vi Vågan (2020), som beskriver ulike teorier om helsepedagogikk og sykepleierens undervisende funksjon. Her blir den didaktiske relasjonsmodellen også gjort rede for.

For å kunne gjøre rede for sykepleierens etiske og juridiske rammer har vi først valgt å beskrive kommunens økende ansvar som følge av samhandlingsreformen, noe som har hatt en betydning på hjemmesykepleien som tjeneste og som er relevant for å kunne diskutere sykepleierens

rammer for utøvelse av undervisning. Gjennom bachelorstudiet har vi også lært om sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, og valgte blant annet underpunkter i «Sykepleieren og pasienten» fra Norsk Sykepleierforbund, da samspillet mellom sykepleier og pasient er i fokus når problemstilling spør seg om hvilken betydning undervisning har for forebyggingen av diabetisk fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes. Relevante lovgivning har blitt funnet i Lovdata, og det har blitt sett på kommentar fra Helsedirektoratet knyttet til ulike paragrafer for dypere forståelse. Det har også blitt hentet ut statistikk fra nasjonale forvaltningsorganer fra Folkehelseinstituttet om diabetesprevalens og symptomer.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Herre, et al. (2016). Norge.	Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes.	Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan deltakere med DM2 opplevde å lære om diabetesomsorg i en gruppebasert kontekst.	Kvalitativ studie. Informanter: Hjemmeboende med DM2. (n = 22)	Deltakerne fikk økt teoretisk og praktisk kunnskap om diabetesomsorg. De ga uttrykk for at det var nyttig å ha kurset sammen med andre personer med DM2.	8/9 poeng Sjekkliste for kvalitativ studie
CINAHL	Laursen, et al. (2017). Danmark.	Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark	Studien undersøkte hvordan personer med DM2 opplevde undervisning i diabetesomsorg.	Kvalitativ studie. Informanter: Hjemmeboende med DM2. (n = 11)	Deltakerne ble kategorisert som enten friske eller syke, og det viste seg at de hadde ulike forutsetninger for å motta undervisning i diabetesomsorg.	8/9 poeng Sjekkliste for kvalitativ studie.
CINAHL	Williams, et al. (2021). Storbritannia.	Exploring patient experiences of diabetes education to reduce foot complications as part of a service evaluation: qualitative, focus group methodology.	Hensikten med studien var å utforske pasienterfaringer med diabetesundervisning i grupper.	Kvalitativ studie. Informanter: Hjemmeboende med DM2. (n = 10)	Bruk av visuelle hjelpemidler som skildrer diabetesrelaterte fotkomplikasjoner som et pedagogisk verktøy ga inntrykk og gjorde at deltakerne ble mer bevisst på betydningen av fotpleie.	8/9 poeng Sjekkliste for kvalitativ studie.
PubMed	Sharoni, S. K. A., et al. (2018). Malaysia.	The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility.	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av undervisning i diabetesomsorg med fokus på fotpleie blant eldre med diabetes mellitus.	Randomisert kontrollstudie. Informanter: Eldre med diabetes mellitus som bor i omsorgsbolig. (n = 76).	Etter undervisningsopplegget forbedret fotpleien seg hos intervensjonsgruppen, sammenliknet med kontrollgruppen. Noen av disse forbedringene skilte seg imidlertid ikke statistisk fra kontrollgruppen, som for eksempel livskvalitet og psykososial funksjon.	11/11 poeng Sjekkliste for randomisert kontrollstudie.

4.2 Syntese av resultatene

Funnene i artiklene tyder på at sykepleierens undervisningsopplegg har en betydning for forebygging av diabetiske fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes. Vi har syntetisert resultatene i artiklene og identifisert tre overordnede kategorier: sosiale læringsarenaer, forbedret kunnskap om diabetes og personsentrert undervisning. De overordnede kategoriene er grupperinger av resultater i de ulike artiklene som svarer til vår problemstilling (Popenoe et al., 2021, s. 183).

Sosiale læringsarenaer, hvor deltakerne kunne diskutere, sammenlikne og dele utfordringene sine knyttet til diabetes i grupper, hadde betydning for deltakernes læring etter endt undervisning. Det var nyttig å høre på andre og vite at de også har vært i lignende situasjoner før. Likevel ble det beskrevet i Laursen (2017) at syke deltakere hadde dårligere nytte av gruppeundervisning, da de ikke følte at de kunne sammenlikne seg med de friske deltakerne.

Videre viste studiene at undervisning i forebygging av diabetiske fotsår førte til forbedret kunnskap om fotpleie og egenomsorg. Ifølge den randomiserte kontrollstudien til Sharoni et al. (2018) hadde deltakerne i intervensjonsgruppen bedre forutsetninger for å ta vare på føttene sine etter endt undervisning, sammenliknet med deltakerne i kontrollgruppen. I artikkelen til Laursen et al. (2017) kom det frem at friske deltakere hadde nytte av undervisning i for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. Syke deltakere hadde derimot vanskeligere for å tilegne seg kunnskap om diabetesomsorg etter endt undervisningsopplegg. I Herre et al. (2016) hadde undervisningen også betydning. Deltakerne opplevde at de fikk økt kunnskap om det å leve med DM2, som var essensielt for at de kunne håndtere sykdommen i hverdagen.

Hvorvidt undervisningen var lagt opp på en personsentrert måte hadde også en betydning for hvordan deltakerne opplevde undervisningsopplegget. Ifølge Laursen et al. (2017) responderte deltakere bra på undervisning hvis de hadde et godt forhold til underviseren. Deltakerne anså også engasjementet til sykepleieren under undervisningen som en motiverende faktor for å fremme livsstilsendringer som kan forebygge diabetiske fotsår og andre komplikasjoner. Videre anså syke deltakere det som negativt hvis de fikk for mye informasjon over kort tid. På den andre siden ble læring over tid ansett som verdifullt. I artikkelen til Williams et al. (2021) hadde visualisering av hva som kan skje ved dårlig fotpleie gjennom grafiske bilder av

diabetiske fotsår betydning for læring. I tillegg anså deltakere det som essensielt at undervisning i fotpleie kom raskt etter sykdomsdebut.

5 Diskusjon

Oppgavens problemstilling er hvilken betydning hjemmesykepleierens undervisning har for forebygging av diabetiske fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes. I denne delen av oppgaven tar vi utgangspunkt i punktene fra den didaktiske relasjonsmodellen og drøfter problemstillingen opp mot resultatene fra forskningsartiklene og relevant fag- og forskningslitteratur. Avslutningsvis vil diskutere valg av generell litteraturstudie som metode opp mot hovedartiklene våres, og se på styrker og svakheter ved dette.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Deltakerforutsetninger

Deltakerforutsetninger handler om hvilke forutsetninger pasienten har for læring og mestring (Vågan & Hvinden, 2020, s. 221-223). I Laursen et al. (2017) hadde deltakerne som enten anså seg som friske eller syke ulike forutsetninger for læring. Studien viste at deltakerne viste svært ulik motivasjon til å gjennomføre forebyggende tiltak. Mens noen pasienter var svært motivert, mente andre at de var for syke til å tenke forebygging. Friske deltakere synes det var lett å forstå undervisning knyttet til blant annet kosthold og fysisk aktivitet. Undervisningen gjorde at de ble engasjert og bevisst på å forebygge diabeteskomplikasjoner gjennom livsstilsendringer. En av de syke deltakerne skjønnte derimot ikke informasjonen som ble formidlet, og hun fortsatte med de gamle vanene sine selv om det resulterte i uheldige komplikasjoner. Syke deltakere hadde ikke det samme positive synet på forebyggende tiltak, til tross for at de beskrev det som viktig. Undervisning og oppmuntring til fysisk aktivitet virket mer “belastende” enn nyttig (Laursen et al., 2017, s.1043).

Det er nærliggende å tenke at hjemmesykepleieren møter hjemmeboende eldre med DM2 som anser seg som syke. Som tidligere nevnt, karakteriseres mange av pasientene i hjemmesykepleien som skrøpelige og multisyke. Mange lider av nedsatt fysisk og psykisk funksjon, og har et mer sammensatt sykdomsbilde (Fjørtoft, 2016, s. 64-65). Tar man utgangspunkt i resultatene til Laursen et al. (2017) kan det være hensiktsmessig å lage et undervisningsopplegg som tilpasser den hjemmeboende eldre deltakerforutsetninger.

Undervisning i forebygging av diabetiske fotsår har som formål å øke kompetansen i egenomsorg og observasjon av hud. Undervisningen trenger ikke å handle om viktigheten av

fysisk aktivitet eller kostholdsendringer, men noe så grunnleggende som å inspisere føttene sine regelmessig (Iversen et al., 2008, s. 233; Wexler, 2021). For pasienter som anser undervisning i fysisk aktivitet og kostholdsendringer som “belastende”, vil derfor undervisning i fotinspeksjon kunne oppleves som mindre ressurskrevende og spille mer på lag med deres ressurser, behov og ønsker. Det er likevel viktig for sykepleieren å kartlegge hvilke pasienter som er mottakelige for undervisning i for eksempel fysisk aktivitet og kostholdsendringer, da de friske deltakerne i Laursen et al (2017) opplevde denne undervisningen som nyttig og lett å videreføre i sine egne liv (Laursen et al., 2017, s.1043).

5.1.2 Mål

Mål angir de konkrete læringsutbyttene man ønsker at pasienter skal sitte igjen med etter endt undervisning. Sykepleierens mål kan være at informasjonen som formidles skal påvirke den hjemmeboende eldres motivasjon til egenomsorg av føtter. Målet må likevel spille på lag med pasientens ønsker, behov og forutsetninger og det presiseres i faglitteraturen at mål ikke kan være fastlåste og rigid, men fleksible og justerbare. Behov, ønsker og forutsetninger for å ta til seg kunnskap varierer. Eldre hjemmeboende med DM2 er ikke en homogen gruppe (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223-224). Et av de overordnede funnene i Williams et al. (2021) viser til at deltakere hadde behov for at undervisningen ble individuelt tilpasset. De hadde blitt påvirket av diabetes ulikt, og at de hadde egne måter å håndtere sykdommen på. En deltaker i studien kunne for eksempel fortelle at diabetes er en individuell ting, og at hver person er forskjellig (Williams et al., 2021, s. 4).

Det er viktig å skaffe seg kunnskap om hvordan den enkelte person forstår og opplever egen situasjon, for å gjøre undervisningen mer personsentrert (Kirkevold, 2021, s. 101). Pasienten vil da føle at de blir tatt på alvor og at deres behov og problem blir tatt tak i. Dette bidrar til brukermedvirkning og økt ivaretagelse av egenomsorg i hverdagen uten å måtte være avhengig av hjemmesykepleien til enhver tid. Brukermedvirkning står sentralt i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1), hvor retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og sykepleier (Helsedirektoratet, 2022b). Hjemmesykepleierens mål med undervisningen blir derfor også å tilrettelegge for at pasienten medvirker og tar selvstendige valg knyttet til forebygging av diabetiske fotsår.

5.1.3 Arbeidsmetoder

Arbeidsmetoder handler om hvilke pedagogiske strategier, metoder og virkemidler underviseren benytter seg av. Et eksempel på dette kan være gruppebasert undervisning (Vågan & Hvinden, 2020, s. 225) Tre av studiene vi fant så nytten av undervisning i grupper, hvor deltakerne fikk diskutere og utveksle erfaringer med andre i samme situasjon (Herre et al., 2016; Laursen et al., 2017; Sharoni et al., 2018). Deltakerne i Herre et al. (2016) synes det var nyttig å høre erfaringer fra en person som har levd lenge med diabetes. Flere opplevde at støtte fra andre deltakere gjennom refleksjon førte til en indre motivasjon til å ta gode valg for sin egen helse (Herre et al., 2016, s. 388). I Laursen et al. (2017) identifiserte friske deltakere at det var en trygghet å vite at andre hadde det verre enn seg selv (Laursen et al., 2017, s. 1043), og i Sharoni et al. (2018) utviklet deltakerne i studien ferdigheter i forebyggende fotpleie sammen med jevnaldrende. Dette synes de var bra (Sharoni et al., 2018, s. 17).

Undervisning i grupper kan være like effektivt som individuell undervisning (Iversen, 2020, s. 519), men av erfaring har eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie oftest ikke mulighet til å dra på undervisning på egenhånd. Dermed vil mye av undervisningen foretas hjemme, og det vil derfor ikke være mulig å utveksle erfaringer med andre i samme livssituasjon. I Laursen et al. (2017) hadde ikke de syke deltakerne like mye nytte av erfaringsbasert undervisning, da de ikke kunne sammenlikne seg med de friske deltakerne. Det forsterket en følelse av skam, da de ikke klarte å håndtere sykdommen like godt (Laursen et al., 2017, s. 1043). Undervisningstilbudet til den eldre hjemmeboende må tilpasses individuelle behov, når pasienten for eksempel har nedsatt funksjon eller dårlig sykdomskontroll (Iversen, 2020, s. 519). Derfor kan også individuell undervisning som arbeidsmetode være viktig for å lykkes med undervisningen.

Vågan & Hvinden (2020) trekker frem at sansestimulerende undervisning kan fremme læring og mestring. Eksempler på dette kan være bilder og videoer (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228). I studien til Williams et al. (2021) ble bilder av diabetesrelaterte fotkomplikasjoner brukt som en arbeidsmetode. Dette ga inntrykk og førte til en diskusjon blant deltakerne. Selv om bildene skapte sterke følelsesmessige reaksjoner, mente deltakerne at bildene var nødvendig for å skape økt bevissthet til hva slags komplikasjoner som i verste fall kan forekomme (Williams et al, 2021, s. 3). Hvilke pedagogiske strategier, metoder og virkemidler sykepleieren benytter seg av styres av mål og innhold i samtalen. Sykepleieren må vite hvilke forutsetninger den eldre

hjemmeboende har for læring, og hvilke arbeidsmetode som er best tilpasset den eldres forutsetninger og mål med undervisningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 225).

Et av målene med undervisningen som gis, er at den må være forståelig. I helsepersonelloven (1999, §10 første ledd) speiler sykepleierens plikt til å gi tilstrekkelig med informasjon og sørge for at den har blitt forstått slik at pasienten kan bruke sin rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Dette kan også ses i lys av tidligere nevnte punkt 2.5 i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, hvor det står at «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått». (NSF, 2019). Brukermedvirkning er et sentralt element ved samtlige pedagogiske arbeidsmetoder (Vågan & Hvinden, 2020, s. 226). Det blir dermed hjemmesykepleierens jobb å benytte seg av en arbeidsmetode som er personsentrert, og hvor man vektlegger den eldre hjemmeboendes mål og ønsker. Eksempelet i studien til Williams et al. (2021), hvor bilder ble brukt som en pedagogisk arbeidsmetode, viser at bilder kan stimulere til læring og gjøre innhold som for noen pasienter oppleves som komplekst mer forståelig.

5.1.4 Rammefaktorer

Rammefaktorer er ytre forhold som gir muligheter eller begrensninger for hvordan undervisningen gjennomføres, og som kan påvirke pasientens mulighet til å øke egenomsorg og unngå utviklingen av diabetiske fotsår. Vågan & Hvinden (2020) nevner blant annet organisatoriske rammer, tid og kompetanse som muligheter eller begrensninger for hvordan undervisningen gjennomføres (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). Vi kommer også til å diskutere hvordan sykepleierens relasjon med pasienten kan ha en betydning for undervisningen.

Et av de organisatoriske rammene er hjemmesykepleien som arbeids- og tjenestearena. I hjemmesykepleien vil sykepleieren møte på utfordringer som blant annet tidspress grunnet høy arbeidsbelastning. Undervisning av pasienter må noen ganger nedprioriteres, og dette kan påvirke livskvaliteten til pasientene som blir nedprioritert (Fjørtoft, 2016, s. 191). Vi har dessverre selv erfart hvordan tiden ikke alltid strekker til når arbeidsbelastningen blir for stor. Det kan oppfattes som at sykepleierens undervisende funksjon blir nedprioritert i forhold til andre gjøremål på hektiske dager. Situasjoner som i større grad truer liv og helse, må prioriteres foran det å undervise personer med diabetes i forebyggingen av diabetiske fotsår. I slike situasjoner står sykepleieren i et dilemma mellom prioriteringer og lovverket. Ifølge lovverket

har pasienter rett til informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), imidlertid kan sykepleierens tid og muligheter for å undervise bli redusert, og gjøre at pasienter kan oppleve at informasjonen som gis blir mangelfull.

I hjemmesykepleien er ikke tiden som settes av til pasientkontakt alltid godt nok estimert (Fjørtoft, 2016, s.164-165). Likevel kan det å sette av tid ha en verdi for pasientene. I Laursen et al. (2017) satte både friske og syke deltakere pris på å få en time individuell samtale med sykepleier, hvor de fikk snakke om sine problemer og sykdomsutfordringer. Sykepleieren fremsto som engasjert, og det var viktig for det overordnede utbyttet deltakerne fikk av undervisningen (Laursen et al., 2017, s. 1042-1043). Det kan argumenteres for at en slik beskrivelse overholder viktige prinsipper i utøvelsen av personsentrert sykepleie, da fokuset på mennesket, og dets hverdagsliv og person bak sykdom imøtekommes (Kirkevold, 2021, s. 99).

Helsepersonells kompetanse har stor betydning for kvaliteten på undervisningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). Sykepleiere har behov for kunnskap om det de skal undervise om, men også om hvordan de skal undervise (Granum, 2010). I en svensk artikkel, skrevet av Gershater et al. (2012), presiserte sykepleierne at sykdomsbildet til pasientene i hjemmesykepleien var komplekst, og at dette gjorde utformingen av undervisningen utfordrende. Sykepleierne mente at helsepersonell som jobbet i hjemmetjenesten hadde for lite kunnskap om diabetiske fotsår, og hvordan de kunne undervise i god fotpleie (Gershater et al., 2012, s. 56). Kompetanse er en viktig kvalitetsmarkør i hjemmesykepleien og er essensielt for å kunne forebygge diabetiske fotsår. Økt kompetanse kan sørge for forsvarlig yrkesutøvelse (Fjørtoft, 2016, s. 162). Dette kan også ses i samsvar med forsvarlighet i lovgivningen og de yrkesetiske retningslinjene sykepleieren er underlagt (Helsepersonelloven, 1999, §4; NSF, 2019).

I Laursen et al. (2017) understreket flere av deltakerne viktigheten av helsepersonellens holdninger. Deltakerne som hadde færre diabetesrelaterte utfordringer i dagliglivet oppfattet underviserne som informative og ydmyke sammenliknet med syke deltakere. De syke deltakere hadde hyppigere kontakt med helsevesenet, og hadde over tid opplevd flere negative hendelser med helsepersonell som gjorde at de hadde dårligere assosiasjoner med dem (Laursen et al., 2017, s. 1043). I hjemmesykepleien treffer man pasienter over tid som de kan bygge en god relasjon med. Hjemmeboende eldre har som regel et ønske om god kontinuitet fra tjenesten da det skaper trygghet og forutsigbarhet. De ønsker å etablere en relasjon med noen få sykepleiere

og foretrekker å forholde seg til de som har kjennskap til deres livssituasjon og behov (Kirkevold, 2021, s. 99). Sykepleierens rolle som PAS kan bidra til at de får en god relasjon til pasientene sine, da det krever at sykepleieren har god kjennskap til pasientens livssituasjon (Fjørtoft, 2016, s. 210).

5.1.5 Innhold

Innhold handler om det faktiske innholdet i undervisningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 224). Innholdet i undervisningsopplegget til Herre et al. (2016) fokuserte spesifikt på ulike senkomplikasjoner og hvordan man kan forebygge de. Blant annet fikk de undervisning i fotpleie, og for mange var det å høre at man må pleie føttene regelmessig “en overraskelse” (Herre et al., 2016, s. 385-386). Tidlig og regelmessig oppfølging av eldre med DM2 er nødvendig for å unngå senkomplikasjoner. Hjemmesykepleien er en gunstig arena for en slik oppfølging. Her kan sykepleieren undervise om senkomplikasjoner, ettersom risikoen for diabetisk fotsår hos eldre pasienter med diabetes øker desto lenger de har hatt sykdommen og som medfører en økt risiko for dødelighet (Iversen, 2021, s. 514-515). Derfor er det viktig at sykepleier oppfordrer pasienter til å pleie føttene sine regelmessig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 121; Rice et al., 2015).

Deltakerne i Herre et al. (2016) opplevde videre at det å tilegne seg generell kunnskap om diabetes var avgjørende for å kunne mestre sykdommen i hverdagen (Herre et al., 2016, s. 185). Dette kommer også frem i Laursen et al. (2017) og Sharoni et al. (2018), og som videre støttes opp om forskning som viser til at undervisning om diabetes bidrar til å minimere risiko for fotsår ved å øke kunnskap, vilje og motivasjon til å endre atferd (Nemcová & Hlinková, 2014). I Laursen et al. (2017) poengteres det likevel at det var deltakere som ikke fikk utbytte av undervisningen, og særlig de med karakteristika som lav utdanning og langtkommen diabetes (Laursen et al., 2017, s. 1044). Det kan bli utfordrende for sykepleieren å gi pasienten en forståelse av at fotsår kan forebygges ved å følge noen grunnleggende råd og tiltak. For den enkelte pasient er det mange faktorer å ta hensyn til. Det vil derfor være viktig at sykepleierne kan identifisere personens læringsforutsetninger og mål for å skape innhold som er av betydning for pasienten.

Daglig undersøkelse av føttene anbefales også av Helsedirektoratet (2016). I den faglige retningslinjen står det at undervisningen bør inneholde informasjon om hvilke tiltak pasienten

kan gjøre for å passe på føttene sine for å unngå diabetiske fotsår. Dette innebærer undervisning i hvordan man kan identifisere endringer på hud, sår og føtter slik at forebyggende tiltak kan iverksettes. Undervisning i daglig undersøkelse av føttene har en nytteverdi for sykepleiere i hjemmesykepleien da formålet med tjenesten er å opprettholde funksjonsevnen og livskvaliteten til pasienten.

5.1.6 Evaluering

Evaluering skjer avslutningsvis, hvor man ser om målene med undervisningen har blitt nådd. Sykepleieren kan på den måten få et overblikk over hva slags kunnskap pasienten har fått etter undervisningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228-229). I Laursen et al. (2017) var det delte meninger blant friske og syke deltakere hvorvidt de fikk utbytte av undervisning. Friske deltakere mente at undervisningen var på et grunnleggende nivå, og at de fikk verdifull informasjon som var til nytte til senere. De hadde blant annet nytteverdi av undervisning i egenomsorg og livsstilsendringer. En av de syke deltakerne kunne på sin side fortelle at hun ble “bombardert med informasjon”, og at det var overveldende å få med seg all informasjonen når det var så mye som ble gjennomgått på kort tid (Laursen et al., 2017, s. 1044).

Funnene i Sharoni et al. (2018) tyder også på at undervisningen i fotpleie hadde en betydning, ved at det førte til økt kunnskap og forbedringer i pasientens fotpleierutiner etter endt undervisning blant deltakerne i intervensjonsgruppen. De fikk en 20-30 minutters lang PowerPoint-undervisning om gode rutiner ved fotpleie, etterfulgt av en individuell samtale med underviser (Sharoni et al., 2018, s. 7). Likevel opplevde ikke deltakerne i intervensjonsgruppen endring i livskvalitet etter undervisningsintervensjonen, målt etter The neuropathy- and foot ulcer-specific quality of life instrument (Vileikyte et al., 2003, s. 2549).

I Herre et al (2016) anså deltakerne at gruppeundervisning hadde god nytteverdi. Undervisningen ga noen av deltakerne en oppvekker som resulterte til at de forstod alvoret med å leve med diabetes (Herre et al., 2016, s. 385). Videre ble det uttrykt fra deltakerne at de syntes det var lærerikt og konstruktivt å være i en læringsarena hvor de kunne stille spørsmål og lære fra hverandre enn å lese informasjon om diabetes på egenhånd. Likevel mener de det burde ha blitt avsatt tid til å diskutere i mindre grupper. Selv om deltakerne var svært fornøyde med undervisningen, ville de foretrukket at undervisningen ble også tilpasset til hver deltaker (Herre et al., 2016, s. 387).

Funnene i Williams et al. (2021) tydet på at “skrekkbilder” hadde en innvirkning på deltakerne. I tillegg førte bildene til diskusjon, og det påvirket deltakerne emosjonelt (Williams et al., 2021, s. 3). Funnene kan ha overføringsverdi til hjemmesykepleien. Undervisning er utfordrende, og for noen eldre kan det være vanskelig å følge med, eller huske alt som blir sagt muntlig. Dermed kan bilder, som en arbeidsmetode, være et fint pedagogisk verktøy for å få mer kunnskap om diabeteskomplikasjoner.

5.2 Metodediskusjon

Ved å benytte generell litteraturstudie som metode kan oppgavens problemstilling besvares gjennom en sammenfatning av resultater i et utvalg av forskningsartikler. Dette er en styrke, da en god syntese kan gi det mest pålitelige estimatet av hvilken betydning hjemmesykepleierens undervisning har for forebygging av diabetisk fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes. En generell litteraturstudie kan også etterleve standarder for kunnskapsbasert praksis, ettersom kunnskapen er innhentet på en systematisk måte. Slik vil sykepleieren kunne øke bevisstheten om og reflektere over hvilke kunnskapskilder hen baserer sine handlinger på (Helsebiblioteket, 2021b). Generelle litteraturstudier kan dessuten identifisere hull i andres forskning som krever ytterligere forskning (Booth et al., 2012, s. 3).

Et av fallgruvene med generell litteraturstudie som metode er likevel at mengden relevant forskning kan være begrenset (Booth et al., 2012, s. 6). Da vi jobbet med denne oppgaven oppdaget vi at studier som vurderer betydningen av intervensjonen undervisning for forebygging av diabetiske fotsår var mangelfull. Dette samsvarer med en systematisk oversiktsartikkel som tok for seg den samme problemstillingen (Dorresteijn, 2014), samt Helsedirektoratet sin “svake anbefaling” i “Opplæring i hvordan forebygge diabetiske fotsår”, ettersom det manglet studier med “statistisk styrke” (Helsedirektoratet, 2016). Det var i tillegg svakheter ved oppgavens begrensninger. Skolen har lagt rammer for hvor mange hovedartikler man kunne ta med i oppgaven på 4-6 artikler. Det kan diskuteres om 4-6 artikler kan være en basis for en omfattende forståelse av et tema, uten at vi skal gå noe videre inn på det.

Hensikten med litteratursøket var å finne artikler som besvarte oppgavens problemstilling. Søkene ble gjort i CINAHL og PubMed, som kan anses som en styrke, da de har et tydelig sykepleiefokus (Helsebiblioteket, 2021). Vi prøvde først å gjøre søkene våres etter PICO-

struktur der søkeordene baserer seg på valg av pasientgruppe, tiltak og kontekst (Møller, 2019, s. 5). Dette førte til at vi fikk opp flere artikler som ikke var relevant for vår problemstilling. Som følge av det, oppsøkte vi hjelp fra skolens bibliotek hvor vi kom frem til en søkestrategi som var aktuell for vår problemstilling og kontekst. Dette resulterte i at søkene ble utført med MeSH-nøkkelord for å få riktig fokus og avgrensning. Ved å benytte oss av meningsbærende ord gjennom emneordsystemet MeSH kunne vi også presisere søket våres mer, da det kopler nærliggende begreper sammen (Hørmann, 2011, s. 42).

Det var en styrke at vi var to som jobbet med oppgaven. Slik fikk vi diskutert og evaluert artiklene i tospann, noe som gjorde at vi med ulike innfallsvinkler kunne drøfte om artiklene var relevant for vår oppgave og problemstilling (Cooper, 2010, s. 39). Artiklene vi fant gjennom det systematiske søket møtte stort sett våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deltakerne var eldre hjemmeboende som hverken var innlagt på sykehus eller sykehjem. Alle deltakerne hadde blitt forelagt et undervisningsopplegg og undervisningen var ikke rettet mot deltakere med et annet sykdomsfokus. Artiklene ble publisert i løpet av de siste seks årene, var engelskspråklig, samt fagfellevurdert. Likevel er det knyttet stor usikkerhet til hvorvidt funnene våres er utelukket til å bare inkludere eldre over 65 år. Dette kommer frem i kun én av artiklene (Sharoni, 2018). Vi har kun tatt utgangspunkt i resultatene i de publiserte artiklene og har ikke forelagt forfatterne av studiene noen spørsmål knyttet til datainnsamlingen og analysen deres. Dette er en svakhet i oppgaven, da vi ikke kan være sikker på at sammenfatningen våres kun er basert på eldre over 65 år, og som er svært relevant med tanke på problemstillingen og pasientgruppen vi tar utgangspunkt i.

Ingen av hovedartiklene har et eksplisitt fokus på hjemmesykepleien som undervisningsarena. Likevel anser vi at alle artiklene har en overføringsverdi til undervisning i hjemmesykepleien, da funnene viser trekk til faglitteratur vi har gått gjennom (Birkeland & Flovik, 2018; Fjørtoft 2016; Iversen, 2020). Tre av artiklene stammer fra Nord-Europa, som alle har et offentlig helsevesen (Herre et al., 2016; Laursen et al., 2017; Williams et al., 2021). Sharoni et al. (2018) studerer derimot deltakere som er bosatt i Malaysia. Vi erkjenner at vi har lite kjennskap til helsevesenet der, og at det muligens er store forskjeller mellom i Malaysia sammenliknet med det i Norge. Dette er en svakhet ved artikkelen. Vi valgte likevel å inkludere den ettersom artikkelens problemstilling hadde likhetstrekk ved vår problemstilling.

Artiklene brukte ulike undervisningsmetoder. I Williams et al. (2021) ble deltakerne forelagt “skrekkbilder” av komplikasjoner av dårlig fotpleie og diskuterte dette i grupper. I Herre et al. (2016) og Laursen et al. (2017) var deltakerne på et lengre og variert undervisningsopplegg som varte over flere dager, og i Sharoni et al. (2018) ble deltakerne forelagt undervisningen i fellesområdene tilknyttet deltakernes omsorgsboliger. Dette kan være en svakhet, da ingen av studiene ser på det samme undervisningsopplegget. Samtidig kan det være en styrke, spesielt i resultatdiskusjonen, at vi fikk belyst ulike arbeidsmetoder som tas i bruk i praksis. Felles for alle artiklene var at deler av, eller hele, undervisningen foregikk på et gruppenivå. Det anses som svært lite sannsynlig at et slikt undervisningsopplegg kan utføres i hjemmesykepleien, noe vi diskuterte i resultatdiskusjonen.

Tre av artiklene er kvalitative (Herre et al., 2016, Laursen et al., 2017; Williams et al., 2021). To av studiene utførte semistrukturerte intervjuer, hvor de hadde utarbeidet spørsmål som var relevant for deres respektive problemstillinger, men som også åpnet for at deltakerne kunne komme med individuelle betraktninger. Dette kan være en fordel fordi det anerkjenner at deltakerne har unike erfaringer knyttet til undervisningen, noe som er relevant for vår problemstilling som har et tydelig personsentrert fokus. I Laursen et al. (2017) ble det utført et dybdeintervju på mellom 60-90 minutter, hvor forfatterne fikk en dypere forståelse for hvordan deltakerne hadde opplevd undervisningsopplegget. Intervjuene ble i tillegg utført hjemme hos deltakerne. Dette kan være styrke, ettersom det kan tenkes at deltakerne fikk trygge rammer for å svare på spørsmål, uten ytre omstendigheter.

6 Konklusjon

Undervisning er en naturlig del av sykepleiernes yrkesutøvelse. Denne studien viser at hjemmesykepleierens undervisning kan ha en betydning for forebygging av diabetiske fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes. Funnene tyder på at sosiale læringsarenaer, forbedret kunnskap om diabetes og personsentrert undervisning, kan ha en betydning. Vi har benyttet den didaktiske relasjonsmodellen som et verktøy for å systematisere funnene i forskningsartiklene.

Vi har identifisert at organisatoriske rammer som tidspress, prioriteringer og mangel på kontinuitet kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å sikre pasientens rett til medvirkning i undervisningen. Konsekvenser av samhandlingsreformen, yrkesetiske retningslinjer og lovgivning er også av betydning. I tillegg vil den eldre hjemmeboendes deltakerforutsetninger som sykdomsoppfatning påvirke hens utbytte av undervisningen som blir gitt. Om pasientenes rett til undervisning skal bli ivaretatt, forutsetter det at sykepleieren benytter seg av en arbeidsmetode som spiller på pasientens ønsker, behov og forutsetninger. Sykepleieren må også sikre at innholdet i undervisningen er tilpasset pasientens unike situasjon og mål.

Likevel støtter vår studie tidligere forskning som viser til at studier som vurderer betydningen av undervisning for forebygging av diabetiske fotsår, er mangelfull. Tidligere studier som er gjennomført er også heterogene, ved at ulike undervisningsmetoder er brukt. Det er derfor behov for økt kunnskap om hvilken betydning undervisning har for forebyggingen av diabetisk fotsår hos eldre hjemmeboende med diabetes.

Referanseliste

- Birkeland, A. og Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (utg. 3). Cappelen Damm Akademisk.
- Booth, A., Papaioannou, D. og Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review* (1. utg.) Sage Publication Ltd.
- Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H.. (2021). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 202-215). Gyldendal akademisk
- Chadwick, P. & Rastogi, A. (2016). Living with diabetic foot ulcer: the patient's perspective. I C. Bates (Red.), *Local management of diabetic foot ulcer* (s. 12-16). Wounds International.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (1. utg.). Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dickson, C. (2017). Person-centred community nursing. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. utg., s. 236-247). WILEY Blackwell.
- Dorresteijn, J. A., Kriegsman, D. M., Assendelft, W. J., & Valk, G. D. (2014). Patient education for preventing diabetic foot ulceration. The Cochrane database of systematic reviews, 2014(12), CD001488.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001488.pub5>
- Easterby-Smith, M., J. Jaspersen, L., Thorpe, R. & Valizade, D. (2015). *Management and business research* (5. utg.). Sage Publication Ltd.

- Engedal, K. (2019). *Alderdom*. Store medisinske leksikon. Hentet 12. november 2022 fra <https://sml.snl.no/alderdom>
- Felleskatalogen (2018, 19. juni). *Diabetes type 1*. Hentet 16 november 2022 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/diabetes-type-1>
- Felleskatalogen (2019, 18. mars). *Diabetisk fotsår*. Hentet 7. november 2022 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/diabetisk-fotsar>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.) Fagbokforlaget.
- Gershater, M. A., Löndahl, M., Nyberg, P., Larsson, J., Thörne, J., Eneroth, M., & Apelqvist, J. (2009). Complexity of factors related to outcome of neuropathic and neuroischaemic/ischaemic diabetic foot ulcers: a cohort study. *Diabetologia*, 52(3), 398–407. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-1226-2>
- Gershater, M. A., Pilhammar, E., & Alm Roijer, C. (2013). Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study. *European Diabetes Nursing*, 10(2), 52–57. <https://doi.org/10.1002/edn.227>
- Granum V. (2010). Pasientundervisning krever kunnskap. *Sykepleien*, 98(15):62-64. [10.4220/sykepleiens.2011.0011\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0011(link%20is%20external))
- Helsebiblioteket (2021a, 20. januar). *CINAHL*. Hentet 9. november 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsebiblioteket (2021b, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 29. desember 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet (2016). *Diabetisk fot og nevropati*. Hentet 9. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diabetisk-fot-og-nevropati#opplaering-i-hvordan-forebygge-diabetiske-fotsar>

Helsedirektoratet (2022a). *Diabetes - amputasjoner blant pasienter med diabetes*. Hentet 15. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/diabetes/amputasjoner-blant-pasienter-med-diabetes>

Helsedirektoratet (2022b). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar: 3. Rett til medvirkning og informasjon*. Hentet 5. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#pasientens-eller-brukerens-rett-til-medvirkning>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Hentet 17. november 2022 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.m. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>

Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B. C., & Gjengedal, E. (2016). *Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes*. Scandinavian journal of caring sciences, 30(2), 382–390. <https://doi.org/10.1111/scs.12260>

- Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område - innblik i videnskabelige metoder*. (1. utg., s. 36-54). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Iversen, M. M. (2021). Diabetes. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 507-523). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2021). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-114). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjoner* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal akademisk.
- Lindholm, C. (2020). *Sår* (4 utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Møller, A. F. (2019). Systematisk litteraturstudie, SLS - Metodeanvisning til bruk på professionsbachelorstudier. *Sunhedsprofessionelle Studier*, 3(4), 1-21.
- Nemcová, J., & Hlinková, E. (2014). The efficacy of diabetic foot care education. *Journal of clinical nursing*, 23(5-6), 877–882.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12290>
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-40). Gyldendal akademisk.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pedersen, K. R. (2012). Hvordan gi god pasientveiledning? *Sykepleien*;100(7):52-54. [10.4220/sykepleiens.2012.0070\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0070(link%20is%20external))
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- 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*. 4(14), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ranhoff, A. H. (2021). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-67). Gyldendal akademisk.
- Rao Kondapally Seshasai, S., Kaptoge, S., Thompson, A., Di Angelantonio, E., Gao, P., Sarwar, N., Whincup, P. H., Mukamal, K. J., Gillum, R. F., Holme, I., Njølstad, I., Fletcher, A., Nilsson, P., Lewington, S., Collins, R., Gudnason, V., Thompson, S. G., Sattar, N., Selvin, E., Hu, F. B., ... Emerging Risk Factors Collaboration (2011). Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *The New England journal of medicine*, 364(9), 829–841. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1008862>
- Rice, J., Handley, M. C. & Jolley, J. (2015). Comprehensive Foot Care Education in Home-Based Settings. *Home Healthcare Now*, 33(5), 275-280. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000237>
- Ruiz, P. L-D., & Gulseth, H. L., Berg, C. & Stene, L. C. M. (2021). *Diabetes i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Sharoni, S. K. A., Rahman, H. A., Minhat, H. S., Shariff-Ghazali, S. & Ong, M. H. A. (2018). The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care

- behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, *Peninsular Malaysia*. *pLoS ONE* 13(3), 1-23.
- Simonson, G., Carlson, A., Martens, T. & Bergenstal, R. (2022). *Type 2 diabetes mellitus in adults*. BMJ - Best practice. Hentet 15. november 2022 fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/24>
- Thidemann, I-J., (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). Veiledning som metode i empowermentprosessen. I A. Vågan (red.). *Helsepedagogiske metoder - Teori og praksis*. (s. 71-91). Gyldendal.
- Vedvik, S. (2021). *Diabeteskompetansen i eldreomsorgen må styrkes*. Diabetesforbundet. Hentet 16. november 2022 fra: <https://www.diabetes.no/om-oss/nytt-fra-forbundet/nytt-fra-forbundet-2021/horing-i-helse--og-omsorgskomiteen/>
- Vileikyte, L., Peyrot, M., Bundy, C., Rubin, R. R., Leventhal, H., Mora, P., Shaw, J. E., Baker, P., & Boulton, A. J. (2003). *The development and validation of a neuropathy- and foot ulcer-specific quality of life instrument*. *Diabetes care*, 26(9), 2549–2555. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.9.2549>
- Wexler, D. J. (2022, november). *Patient education: Foot care for people with diabetes (Beyond the Basics)*. UpToDate. Hentet 15. desember 2022 fra: <https://www.uptodate.com/contents/foot-care-for-people-with-diabetes-beyond-the-basics>
- Williams, J. K., Collings, R. & Paton, J. (2021). Exploring patient experiences of diabetes education to reduce foot complications as part of a service evaluation: qualitative, focus group methodology. *Diabetic Foot Journal* 24(4), 24-29.

Vedlegg 1

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:

Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B-C. H. & Gjengedal, E. (2015). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition—a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 382-390.

<https://doi.org/10.1111/scs.12260>

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:

Det kommer tydelig frem hva som er formålet med studiet, og problemstillingen er relevant for å besvare spørsmålet. Hensikten med studiet var å få mer kunnskap om hvordan mennesker med diabetes opplever å delta på mestringskurs sammen med andre likesinnede, og hvordan dette i sin tur påvirker deres helse og evne til å håndtere sykdommen selv.

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 har som formål å beskrive erfaringer/opplevelser rundt deltagelse i selvmestringskurs, og det er derfor hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode.

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:

Forfatterne av studiet begrunner at fokusgruppeintervju ble valgt fordi det er et relevant forskningsdesign for å undersøke felles erfaringer i et valgt miljø. Vi anser derfor utformingen av studien som hensiktsmessig, da kursene ble arrangert i grupper.

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:

Deltagerne i diabetes-selvmestringskurset ble valgt til å delta i studien. Det er gjort rede for hvordan de ble valgt ut, men ingen diskusjon omkring hvorfor noen valgte å ikke delta. Karakteristika ved utvalget er godt beskrevet, ut ifra blant annet kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, jobb, og sykdomsbehandling.

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:

Valg av setting for datainnsamling er begrunnet. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å samle inn data. Metoden er ikke endret i løpet av studien, og dataene er samlet inn gjennom lydopptak. Forskerne har diskutert metning av data.

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 ble gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. To lengre avsnitt kalt «Methodological considerations» tar for seg dette, hvor forskerne har vurdert sin egen rolle, forutinntatthet og påvirkning på datainnsamling.

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 er to avsnitt som går på «Ethical considerations», hvor det beskrives hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt. Det blir ikke diskutert etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien. Studien ble forelagt Norsk senter for forskningsdata.

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 kommer ikke frem hvilken type analyse som er brukt og hvordan analysen ble gjennomført. En ser likevel en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene forskerne har kommet frem til. Tilstrekkelig data er presentert for å underbygge funnene. Det kommer ikke tydelig frem om motstridende data er tatt med i analysen.

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:

Det er gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene i artikkelen. Det er en tilstrekkelig diskusjon om funnene, både for og imot forskernes argumenter. Forskerne har diskutert funnenes troverdighet ved at flere enn en har gjennomført analysen. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

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:

Forskerne har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse om erfaringer knyttet til hvordan mennesker med diabetes opplever å delta på mestringskurs sammen med likesinnede, og hvordan dette i sin tur påvirker deres helse og evne til å håndtere sin sykdom. Studien har avdekket behovet for mer forståelse knyttet til utfordringene med å skape arenaer hvor en kan snakke om erfaringer knyttet til diabetes i felleskap. Studien har en tydelig sykepleieklinisk relevans.

Vedlegg 2

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: Laursen, D. H., Frølich, A. & Christensen, U. (2017). Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 1039–1047. <https://doi.org/10.1111/scs.12429>

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 er å utforske forskjeller i hvordan personer med diabetes opplevde diabetesrelaterte undervisningsopplegg i en periode på mellom 2-10 uker. Hensikt var å forbedre egenomsorgen knyttet til den kroniske sykdommen. Det ble utført et intervju av 11 deltakere seks måneder etter endt undervisningsopplegget. Problemstillingen blir belyst i tall som viser til hvor mange prosent pasienter som utfører diabetesomsorg selvstendig. Videre påpekes det i studien at sykepleierens holdning er en medvirkende faktor for deltakernes opplevelse av undervisningen. I tillegg påpekes det i studien at pasientene hadde ulike syn på om de var friske eller syke diabetikere, noe som skapte en skille på hvordan de opplevde undervisningsopplegget.

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:

Forfatterne vil belyse diabetespasienters erfaringer.

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:

Kvalitativ studie var nødvendig for å kunne nå målet i dette studien. Alonzo's teori om hverdagslig sykdomsatferd har blitt trukket frem og diskutert for å utforske forskjellen på hvordan de friske og de syke deltakerne opplevde undervisningen. Forfatterne diskuterer også fordeler og ulemper med tidspunktet for intervjuet etter endt undervisning.

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 har blitt gjort rede i studien for hvem som har blitt valgt ut og hvorfor. Alle deltakerne ble invitert til å delta med på studien. Etter en målrettet prøvetaking ble det valgt ut 11 deltakere til dybdeintervju, fem menn og seks kvinner, i ulike aldersgrupper fra 44 til 76 år. To av deltakerne var enda i arbeid, mens nesten halvparten av deltakerne bodde alene. Det har ikke blitt diskutert rundt utvalget i studien. Forfatterne valgte å inkludere pasienter som snakker og forstår dansk, pasienter som ikke har alvorlig psykisk lidelse og pasienter som ikke var

gravide. Karakteristika er beskrevet i form av type diabetes, kjønn, alder og forskjeller mellom de som anser seg som friske og syke diabetespasienter i intervju.

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:

Valg av setting er beskrevet, hvor intervjuene ble foretatt hjemme hos pasienten, bortsett fra et, hvor det ble gjennomført på kontoret til Laursen. Intervjutyphen er godt beskrevet og inneholder flere eksempler. Det ble også gjennomført spørreundersøkelser som en del av en større undersøkelse. Det kommer frem i studien at intervjuene ble tatt opp etter samtykke fra pasientene. Opptakene ble videre transkribert ordrett. Både opptaket og transkripsjoner ble anonymisert.

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 er uklart. Forfatterne skriver at det ble utviklet en intervjuguide basert på deltakernes observasjoner i undervisningsopplegget av Laursen et al. Intervjuguiden var også basert på litteratur om pasientens pasientopplæring og diabetesbehandling.

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:

Nei, studien ble ikke forelagt etisk komité ettersom det ble godkjent av Danish Data Protection Agency. Deltakerne ble informert på forhånd at deltakelse var frivillig, at de ble sikret anonymitet og at alle data ble behandlet konfidensielt. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne før intervjuene ble satt i gang.

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:

Forfatterne beskriver stegene i analysen på en oversiktlig måte, hvor de bygger opp resultat og diskusjonen hvor det blitt tatt frem eksempler fra de tre temaene fra funnene: elementer i undervisningen, interaksjon mellom deltakere og rollen som underviser. De benytter av seg teoretisk rammeverk fra Alonzo.

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:

Funnene i studien blir diskutert opp mot relevante kilder for å underbygge og vurdere funnene til forskerne i forhold til problemstillingen. De diskuterer blant annet at intervju seks måneder etter endt undervisning kan være for lenge, ettersom ikke alle deltakere husker alt som har hendt i løpet av de månedene. En alternativ metode som ble diskutert var å be deltagerne loggføre det eksempelvis i en dagbok. Dette for å få mer utfyllende svar.

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:

Funnene i studien anses som nyttig da de så at undervisningsopplegget ble opplevd forskjellig hos deltakerne som anså seg syke og friske. Deltakerne hadde derfor ulike forutsetninger for læring, og dermed ulike perspektiver på om undervisningen var nyttig for dem. Deltakernes kunnskap og erfaringer om egenomsorg av den kroniske sykdommen var avgjørende for innholdet i undervisningen. Videre konkluderer forskerne at det bør utforske verdien av undervisningen som ulik for deltakerne med ulike sykdomsforløp av diabetes.

Vedlegg 3

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: Williams, J. K., Collings, R. & Paton, J. (2021). Exploring patient experiences of diabetes education to reduce foot complications as part of a service evaluation: qualitative, focus group methodology. *Diabetic Foot Journal* 24(4), 24-29.

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 utforske pasientenes erfaringer med undervisning om diabetes. Dette for å veilede og informere om ulike strategier og metoder for å utføre fotpleie etter nasjonale retningslinjer Etter å ha utført en spørreundersøkelse, ble det særlig fremhevet hull i pasientenes kunnskap og det inkluderer blant annet grunnleggende akutt sårbehandling og hvordan man får tilgang til tjenesten i en nødsituasjon.

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:

Forfatterne vil belyse diabetespasienters erfaring med undervisning.

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 ble sendt ut brev til ti potensielle deltakere sammen med en rekke informasjon som inkluderte: målet for fokusgruppe, spørsmål, regler og eksempel på undervisningsmateriell som video, skriftlig informasjon og bilder. Forskningsdesign blir begrunnet da forfatterne skriver at de har valgt en pasient fokusgruppe, ettersom det gir muligheter til å samle flere synspunkter fra flere deltakere samtidig. En slik metode blir ansett som verdifullt ettersom perspektivene til deltakerne ikke alltid er synlig hos helsepersonell.

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 har blitt gjort rede i studien for utvalget. Fem personer ble over 55 år ble valgt ut, to kvinner og tre menn. Alle deltakerne har perifer sensorisk nevropati, langvarig diabetes og et aktivt fotproblem. Det har ikke blitt diskutert rundt utvalget i studien. Karakteristika er beskrevet i inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Forfatterne valgte å inkludere deltakere som var 18 år og oppover, har evne til å samtykke, er diagnostisert med enten diabetes mellitus type 1 eller type 2, eksisterende fotpleiepasient og tidligere mottatt undervisning i fotpleie.

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:

Valg av setting er beskrevet. Intervjuene ble gjennomført i et uformell ikke-klinisk rom i poliklinisk setting. Det ble laget en rekke semistrukturerte, åpne spørsmål til deltakerne. Det kommer frem i studien at intervjuene ble tatt opp på lyd. Opptakene ble videre transkribert ordrett før de ble slettet. Både opptaket og transkripsjoner ble anonymisert.

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 er uklart. De skriver derimot at tilretteleggeren i studien var en kvinne. Hun var ny innen kvalitativ forskningsmetodikk, er en erfaren diabetes foterapeut og har interesse for temaet.

Moderatoren var en mann som er en doktorgradsstipendiat fra Nasjonalt institutt for helseforskning, med klinisk spesialitet innen muskel- og skjelettfotterapi. Det var relasjoner mellom kliniker og pasient, samt mellom tilrettelegger, moderator og medlemmer i fokusgruppen. I tillegg var det et arbeidsforhold mellom tilrettelegger og moderator til stede. Disse relasjonene kan mulig føre til skjevhet.

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 ble ikke forelagt etisk komité da det ikke var nødvendig, ettersom arbeidet som ble utført av deltakerne og det offentlige engasjement i evalueringsprosjektet. Det ble tatt etiske hensyn til fokusgruppen og deres data hvor anonymitet og konfidensialitet for alle i fokusgruppen ble opprettholdt. Alle deltakerne ble informert per brev, og kunne forlate fokusgruppen når som helst uten å måtte oppgi grunn og det skulle ikke påvirke deres behandling. Fokusgruppen samtykket til opptak før intervjuet startet.

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 har blitt benyttet thematic analyse, hvor det ble identifisert 60 sitater. Forfatterne beskriver stegene i analysen på en oversiktlig måte, hvor de bygger opp resultat etter ulike temaer. Under hvert tema blir det sitert mellom 2-4 anonymiserte sitater fra fokusgruppen.

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:

Funnene i dette studien blir diskutert opp mot relevante kilder for å underbygge og vurdere funnene til forskerne i forhold til problemstillingen. For å øke troverdigheten i studien, ble intervjuet moderert av en kliniker med erfaring i å overvåke fokusgrupper, med interesse, men uten å være direkte involvert i undervisningsopplegget. En tilrettelegger var også på plass, og hadde oppgave i å ta feltnotater.

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:

Funnene fra denne studien anses som nyttig da fokusgrupper vil ha som evne til å fange opp flere holdninger og meninger. Metoden kan i tillegg utvide deltakerdemografien, da man kan inkludere flere deltakere med samme forutsetninger og vil dermed gi bedre resultat. Det vil derfor være behov for videre forskning. Etter evaluering av funnene har tilbudet om fotpleieundervisning i diabetes blitt endret.

Vedlegg 4

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?

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:

Sharoni, S. K. A., Rahman, H. A., Minhat, H. S., Shariff-Ghazali, S. & Ong, M. H. A. (2018). The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. *pLoS ONE* 13(3), 1-23.

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:

Populasjonen er pasienter med diabetes.

Tiltaket er delt inn i to grupper hvor seks omsorgsinstitusjoner ble tilfeldig fordelt i enten intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen mottok undervisningsopplegg om holdninger knyttet til egenomsorg og fotpleie. Sammenligningen er kontrollgruppen som mottok standardbehandling. Primærutfallet var holdningen til fotpleieomsorg.

Sekundærutfallet er effekten av fotpleie, resultatet av forventningen til fotpleie, kunnskap om fotpleie og livskvalitet. Datainnsamlingen ble analysert med Mixed Design Analysis of Variance med bruk av Statistical Package for the Social Sciences version 22.0.

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:

De seks omsorgsinstitusjonene ble tilfeldig fordelt og ble tildelt seks tall i en forseglet konvolutt. De seks tallene (1-6) ble generert ved hjelp av tilfeldig sekvensnummergenerator, hvor gruppene hadde lik sannsynlighet til å være enten i intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. Det var en foreleser som ikke var involvert i studiet som delte ut konvoluttene. Tallene 1, 3 og 5 ble valgt ut som intervensjonsgruppe, mens tallene 2-4-6 ble valgt ut som kontrollgruppe. Det var kun Sharoni selv som kjente til gruppetildelingen. De som analyserte dataene, vurderte resultatene eller andre involverte i studien var uvitende om fordelingen.

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 var totalt 190 eldre med diabetes som oppholdt seg i de seks omsorgsinstitusjonene. Seks av disse var ikke interessert i å delta i studien. Av de 184 respondenter var det 76 som oppfylte kriteriene og samtykket til å delta i studien. Disse ble inkludert i analysen, hvor det var 38 deltakere i kontrollgruppen og 38 deltakere i intervensjonsgruppen. I uke 4 i studien ble en av deltakerne utskrevet fra omsorgsinstitusjonen og en døde i kontrollgruppen.

Ytterlige tre deltakere til gikk bort i uke 12: to fra intervensjonsgruppen og en fra kontrollgruppen. I uke 12 var det totalt 36 deltakere i intervensjonsgruppen og 35 deltakere i kontrollgruppen. Analysen er basert på intention-to-treat prinsippet. I resultatdelen ved tabell 2 og tabell 3 finnes det flere detaljer under baselinekarakteristika hvor kontrollgruppen og intervensjonsgruppen blir sammenlignet. Analysen ble gjort med deltakerne som gjennomførte undervisningsopplegget. Studien ble ikke avsluttet tidligere enn planlagt.

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?

Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – **Nei** – **Uklart**

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Kommentar:

I studien var det bare forfatteren Sharoni som kjente til intervensjonen. De som analyserte utfallene var blindet, og deltakerne var blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk.

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:

Tabell 2 viser deltagerkarakteristika. Det er marginale forskjeller mellom intervensjon og kontrollgruppen. De blir derfor oppfattet som like.

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:

Ingen endringer ble gjort i studieprotokollen bortsett fra undervisningsopplegget og spørreskjemaet. Vi går derfor ut fra at gruppene ble behandlet likt. Målepunktene i follow-up intervallet var forholdsvis like i begge grupper. I uke fire møtte alle deltakerne i intervensjonsgruppen opp, mens det var kun 36 deltakere fra kontrollgruppen grunnet frafall.

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 todelte (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:

Det har blitt brukt ulike skåringsverktøy som blant annet foot-self care behaviour. Dem har også benyttet av seg variansanalyse (ANOVA) for å estimere effekten av de ulike skåringsverktøyene.

Mulige kilder til bias ble indentifisert, blant annet informasjons-bias.

De hadde et konfidensintervall på 95% og en p-verdi på 0,05.

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

Ja, konfidensintervallet er oppgitt på 95%.

Artikkelen bruker Levene's Test og Hartley's F-Max Ratio Test for å estimere effekt.

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:

Fordelene ved tiltaket veier opp for bivirkninger og kostnader, ettersom det er en ikke-invasiv intervensjon som er gjennomgått. Det ble ikke rapportert bivirkninger eller uønskede hendelser i intervensjonsgruppen. Det ble heller ikke rapportert noe fra kontrollgruppen. Det ble ikke gjennomført kostnadseffektanalyse.

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:

Resultatene har en overføringsverdi, selv om deltakerne i studien har en annen etnisk etnisitet, bor i et land med et annet helsesystem og andre forutsetninger sammenlignet med den norske befolkningen. Resultatet viser til blant annet at kunnskapen om fotpleie ble forbedret i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Likevel opplevde ikke studien endring i livskvalitet i begge grupper, noe som kan skyldes få deltakere. Dette var dessuten den første randomisert kontroll studie i Malaysia som så etter effekten av undervisning.

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:

For å ta i bruk av dette tiltaket må man sette av tid til undervisning. Det kreves kompetanse blant helsepersonell som skal undervise, samt motivasjon hos de som deltar. Det er et kostnadseffektivt tiltak.

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?

Artikkelen er gjennomgående troverdig og transparent. Forfatterne av studien har utført gode analyser. Studien har en overføringsverdi til vår oppgave.