



SAMMENDRAG

Bakgrunn: Personer med diabetes må foreta kompliserte valg om behandling, kosthold og fysisk aktivitet. I tillegg må de håndtere mentalt stress knyttet til det å leve med sykdommen. Det anbefales at helsepersonell regelmessig kartlegger emosjonelle, psykologiske og sosiale diabetesutfordringer ved konsultasjoner.

Hensikt: Å undersøke på hvilken måte og i hvilken setting «Problem Areas In Diabetes scale» (PAID) er brukt som kartleggings- og arbeidsverktøy i konsultasjoner med voksne med diabetes type 1 og

type 2, samt å beskrive effekten av å bruke PAID på glykemisk kontroll, mentalt velvære og egenomsorg.

Metode: Et litteratursøk ble utført i september 2014 i databasene: Medline, Embase, Cinahl og Cochrane. Søkeordene som ble brukt var: «self-care», «self-management» og «diabetes management», «mental stress», «psychological stress» og «emotional distress», «HbA1c» og «hemoglobin A, glycosylated», i kombinasjon med «Problem Areas In Diabetes» og «PAID».

Resultater: Fem empiriske studier

ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Resultatene viste at regelmessig bruk av PAID-instrumentet i klinisk praksis var assosiert med forbedret psykisk velvære, bedre kommunikasjon og en mer terapeutisk dialog mellom helsepersonell og personer med diabetes.

Konklusjon: Bruk av PAID-instrumentet i klinisk praksis vil kunne gi positive helsegevinster hos personer med diabetes. Det er imidlertid behov for flere og større longitudinelle studier for systematisk å evaluere effekten av å implementere PAID i klinisk praksis.

ENGLISH SUMMARY

PAID as a screening and working tool in diabetes consultations

Background: People with diabetes make complicated choices related to treatment, diet and physical activity and cope with the associated mental stress. International and national treatment guidelines recommend that health personnel use screening instruments to assess emotional, mental and social challenges associated with diabetes.

Objective: To examine to what extent and in which settings health personnel have used the Problem

Areas in Diabetes scale (PAID) as a screening instrument for adults with diabetes and to describe how using PAID affects consultations on metabolic control, mental health and well-being and self-care.

Method: Literature search was carried out in September 2014 in the databases Medline, Embase, Cinahl and Cochrane. Search terms: «self-care», «self-management», «diabetes management», «mental stress», «psychological stress», «emotional stress», «HbA1c» and «hemoglobin A, glycosylated» in combination with «Problem Areas in Diabetes» and «PAID».

Results: Diabetes-related emotional problems were associated with poor metabolic control (HbA1c) and reduced self-care ability. Regularly using PAID in clinical practice was associated with improved mental well-being and communication and a more therapeutic dialogue between health-care personnel and people with diabetes.

Conclusion: Introducing the PAID – instrument can improve health outcomes for people with diabetes. However, larger longitudinal studies are needed to systematically evaluate the effects of implementing PAID in clinical practice.

» Bruk av kartleggings- og arbeidsverktøyet PAID i diabeteskonsultasjoner

Forfattere: Kirsten Carlsen,
Anne Haugstvedt og Marit Graue

NØKKELORD

- Diabetes
- Emosjonelle problemer
- Kartleggingsverktøy

INTRODUKSJON

Den økende forekomsten av diabetes både i Norge og resten av verden utgjør et stort folkehelseproblem (1,2). Både diabetes type 1 og type 2 er sykdommer som griper sterkt inn i livene til dem som rammes. Diabetes krever at den enkelte må foreta mange daglige kompliserte valg knyttet til den medisinske behandlingen, kost og fysisk aktivitet. I tillegg må emosjonelle og psykososiale utfordringer knyttet til det å leve med sykdommen håndteres (3).

Til tross for stadig nye medikamenter og bedre teknisk utstyr til måling av blodsukker og insulinsetting, viser forskning at mange med diabetes her i landet ikke når anbefalte behandlingsmål (4,5). Det samme kommer frem i internasjonale studier (6). Tall fra National Health Service i England viste i 2010 at bare 28 prosent av voksne med diabetes type 1 og 67 prosent av voksne med diabetes type 2 hadde glykosylert hemoglobin (HbA1c) < 7,5 prosent (7).

Anbefalt HbA1c-verdi for voksne er < 7 prosent (1). HbA1c er en blodprøve som gjenspeiler gjennomsnittlig blodsukkernivå de siste 8–12 uker ved å måle sukker bundet til hemoglobinmolekylet (1). Til tross for at en hel del ikke når anbefalte behandlingsmål for blodsukkerregulering, erfarer mange å leve godt med diabetes. Noen opplever imidlertid store emosjonelle, psykologiske og sosiale utfordringer (8, 9). Det er godt dokumentert at det er en økt risiko for utvikling av psykososial problematikk og depresjon hos personer med diabetes sammenliknet med personer uten diabetes (10,11). En nyere forskningsoppsummering viser at 10–30 prosent av alle med diabetes type 1 eller type 2 rammes av depresjon (12). De store behandlingsmessige krav og den hverdagslige belastningen knyttet til det å leve med diabetes løftes i litteraturen frem som to av flere forklaringer på sammenhengen mellom diabetes og depresjon (13).

Forekomsten av psykososiale problemer hos personer med diabetes er bekymringsfull med tanke på den sammenheng som er vist mellom slike problemer og dårlig glykemisk kontroll (HbA1c) (3,14). Konsekvensene av en ikke tilfredsstillende blodsukkerregulering kan være alvorlige.

Store studier som The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) (15) og United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) (16) har fastslått klare sammenhenger mellom dårlig metabolsk kontroll og økt risiko for utvikling av alvorlige mikro- og makrovaskulære komplikasjoner som retinopati, nefropati, nevropati, fotsår og amputasjoner og hjerte- og karsykdom.

Forskning har vist at helsepersonell er for dårlige til å oppdage, registrere og dokumentere psykososiale problemer hos personer med diabetes (9,17). Både studien til Pouwer og kollegaer (9) og studien til Hermanns og kollegaer (17), viste at mindre enn en tredjedel av dem som rapporterte betydelige psykososiale proble-

Hva tilfører studien?

Bruk av PAID i konsultasjoner kan bidra til at personer med diabetes involveres mer i beslutninger knyttet til egen sykdom.

Mer om forfatterne:

Kirsten Carlsen er diabetes-sykepleier ved Egersund sykehus, Helse Stavanger. Anne Haugstvedt er førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen. Marit Graue er professor ved Høgskolen i Bergen og ved Barneklivnikken, Helse Bergen. Kontakt: kircarl@dabb.no.

Tabell 1: Problemområder ved Diabetes (Problem Areas In Diabetes - PAID)

UTFYLLING: Hvilke av følgende diabetesrelaterte forhold er for tiden et problem for deg?
Sett ring rundt tallet som best dekker din situasjon. Vennligst svar på alle punktene.

	Ikke et problem	Mindre problem	Middels problem	Nokså alvorlig problem	Alvorlig problem
1. Har ikke klare og konkrete mål for diabetesomsorgen min	0	1	2	3	4
2. Behandlingsplanen for min diabetes gjør meg motløs	0	1	2	3	4
3. Føler meg engstelig når jeg tenker på at jeg må leve med diabetes	0	1	2	3	4
4. Opplever ubehagelige sosiale situasjoner knyttet til min diabetesomsorg (f.eks. folk som forteller meg hva jeg bør spise)	0	1	2	3	4
5. Følelse av forsakelse og tap i forhold til mat og måltider	0	1	2	3	4
6. Føler meg deprimeret når jeg tenker på at jeg må leve med diabetes	0	1	2	3	4
7. Vet ikke om humøret eller følelsene mine er knyttet til diabetes	0	1	2	3	4
8. Føler meg overveldet av diabetes sykdommen	0	1	2	3	4
9. Bekymrer meg for å få føling	0	1	2	3	4
10. Føler sinne når jeg tenker på at jeg må leve med diabetes	0	1	2	3	4
11. Føler meg konstant opptatt av mat og spising	0	1	2	3	4
12. Bekymrer meg for fremtiden og sjansen for alvorlige komplikasjoner	0	1	2	3	4
13. Føler skyld og/eller engstelse når jeg kommer ut av rytme i håndteringen av min diabetes	0	1	2	3	4
14. «Aksepterer» ikke at jeg har diabetes	0	1	2	3	4
15. Føler meg misfornøyd med diabeteslegen min	0	1	2	3	4
16. Føler at diabetes tar for mye av min fysiske og psykiske energi i det daglige	0	1	2	3	4
17. Føler meg alene med min diabetes	0	1	2	3	4
18. Føler at familie og venner ikke støtter meg i mine anstrengelser for å håndtere min diabetes	0	1	2	3	4
19. Kunne takle komplikasjoner ved diabetes	0	1	2	3	4
20. Føler meg «utbrent» av den konstante anstrengelsen diabeteshåndteringen krever	0	1	2	3	4

© 1999 Joslin Diabetes Center 2009 Norsk versjon, Høgskolen i Bergen

mer eller depresjon ved bruk av kartleggingsinstrumenter ble identifisert av helsepersonell i kliniske konsultasjoner. Vi vet ikke nok om årsakene til dette. En kan tenke seg at helsepersonell er for dårlige til å identifisere denne typen problematikk hos personer med diabetes i tradisjonelle konsultasjoner. Andre årsaker av betydning kan være mangel på tid, dårlig kommunikasjon, mangelfulle kunnskaper

eller manglende fokusering på psykososiale utfordringer. For å sikre en bedre identifisering av alvorlige psykososiale utfordringer relatert til diabetes, anbefaler både nasjonale og internasjonale retningslinjer regelmessig kartlegging av slike problemer ved bruk av validerte instrumenter (1,18). Internasjonalt er slike instrumenter for selvrapping eller Patient-Reported Outcomes (PROs) brukt både i

relasjonen mellom pasienter og helsepersonell og i forskningsøyemed (19). Ifølge Black (20) kan rutinemessig bruk av PROs bidra til betydelig kvalitetsforbedring i praksis. PROs brukes til å identifisere og beskrive pasienters og brukeres oppfatning og opplevelse av psykososiale og helsemessige konsekvenser av å leve med kroniske sykdommer eller tilstander, samt for å evaluere effekt av helsetjenester (20).

«Problem Areas In Diabetes scale» (PAID) er et kartleggings-instrument utviklet av Polonsky og kollegaer ved Joslin Diabetes Center i USA i 1995 (21). Instrumentet er oversatt til mange språk og har i flere studier vist tilfredsstillende psykometriske egenskaper (21,22). PAID er anbefalt både for bruk i forskning og som kartleggings- og arbeidsverktøy i klinisk praksis (23–25). Instrumentet består av 20 påstander knyttet til diabetesrelaterte problemområder og kan benyttes både ved diabetes type 1 og type 2 (tabell 2). Påstandene berører blant annet opplevelser som engstelse, bekymring, motløshet, forsakelse, sinne, frykt, sosial støtte og skyldfølelse knyttet til sykdommen generelt, den medisinske behandlingen, kost, hypoglykemi og andre komplikasjoner. Svarene rangeres på en Likert-skala fra 0 (ikke et pro-

blem) til 4 (et alvorlig problem). Totalsummen multipliseres med 1,25 for å få en skala fra 0–100.

METODE

I september 2014 ble det gjennomført et litteratursøk i databa-

” 10–30 prosent av alle med diabetes type 1 eller type 2 rammes av depresjon.

Jo høyere totalsum, jo høyere grad av diabetesrelaterte emosjonelle problemer (24). PAID-skår > 40 er foreslått som grense for hva som bør oppfattes som mer alvorlig psykososial problematikk med behov for et utvidet oppfølgings- og behandlingstilbud (9,18).

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke på hvilken måte, i hvilken setting og med hvilke resultater helsepersonell har brukt PAID som kartleggings- og arbeidsverktøy i kliniske konsultasjoner med voksne personer med diabetes type 1 eller type 2.

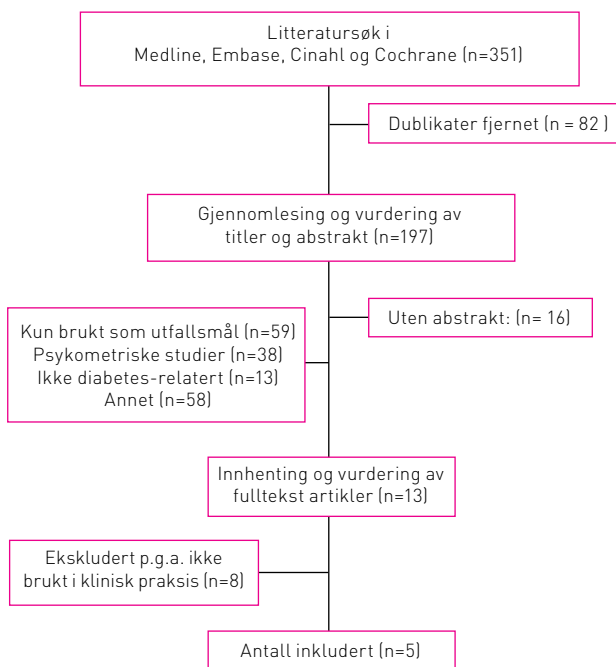
sene: Medline, Embase, Cinahl og Cochrane Library. Litteratursøket ble gjennomført i samarbeid mellom bibliotekar og to av artikkelforfatterne. Søkordene som ble brukt var: «self-care», «self-management» og «diabetes management», «mental stress», «psychological stress» og «emotional distress», «HbA1c» og «hemoglobin A, glycosylated» i kombinasjon med «Problem Areas In Diabetes» og «PAID». Det ble utført søk på hvert enkelt emneord og nøkkelord, i kombinasjon med OR og AND.

Etter at litteratursøket var utført, ble titler og abstrakt gjennomgått av alle forfatterne hver for seg. Deretter gikk to og to igjennom sine vurderinger for å komme til en konsensus om ekskluderte studier. Ved tvil ble tredje person konsultert. Vi inkluderte alle studier som omtalte bruk av PAID som kartleggings- eller arbeidsverktøy i klinisk praksis og som inkluderte voksne personer med diabetes type 1 og type 2. Vi ekskluderte studier som var publisert på andre språk enn engelsk eller skandinaviske språk. Studier hvor PAID kun var brukt som utfallsmål i intervensjoner og studier som utelukkende evaluerte instrumentets psykometriske egenskaper, ble også ekskludert. Det ble gjennomført en kontroll av dubletter.

RESULTATER

Totalt 197 publikasjoner ble identifisert gjennom vårt litteratursøk. Etter gjennomgang av titler og abstrakt, ble 16 artikler eksclu-

Figur 1: Litteratursøk



Tabell 2: Inkluderte artikler om PAID benyttet som kartleggings- og arbeidsverktøy i oppfølging av personer med diabetes.

Forfattere(år) og tittel	Design/formål	Deltagere/ gjennomføring	PAID-relaterte resultater og kommentarer	Metodiske begrensninger og kvalitet
Chawla et al. (2010) A novel application of the problem areas in diabetes (PAID) instrument to improve glycaemic control and patient satisfaction.	Evalueringsstudie som undersøker om bruk av PAID før konsultasjoner kan bedre glykemisk kontroll og pasientenes tilfredshet med konsultasjonen.	Fire allmennleger og 61 pasienter deltok. Fire konsultasjoner per pasient ble gjennomført i løpet av studieperioden.	PAID utfylt av pasienter før konsultasjoner medførte både bedre glykemisk kontroll og lavere PAID-skår. Denne effekten var mest uttalt hos dem med dårligst glykemisk kontroll ved oppstart. Allmennlegene rapporterte mer målrettede konsultasjoner med en mer terapeutisk kommunikasjon. Også pasientene rapporterte økt tilfredshet med konsultasjonene.	Relativt lite antall pasienter, ingen kontrollgruppe. Vanskelig å generalisere. Viser ikke antall med diabetes type 1 og type 2. Ingen kunnskaper om andre faktorer som kan påvirke PAID score.
Bastelaar et al. (2010) Diabetes-specific emotional distress mediates the association between depressive symptoms and glycaemic control in diabetes type 1 and type 2.	Tverrsnittstudie som undersøker om diabetesspesifikke emosjonelle problemer medierer sammenhengen mellom depresjon og glykemisk kontroll.	Totalt 627 kvinner og menn med diabetes type 1 og type 2 svarte på spørreskjema bestående av PAID og The Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).	Deltakere som rapporterte både depresjon og diabetesrelaterte problemer hadde dårligere glykemisk kontroll enn dem uten depresjon og diabetesrelaterte problemer og dem med bare depresjon. Regelmessig kartlegging av både depresjon og diabetesspesifikke emosjonelle problemområder med bruk av PAID anbefales ved både diabetes type 1 og type 2.	Deltakerne ble rekruttert fra poliklinikker på sykehus, kan bety de dårligst regulerte pasienter med diabetes type 2. Bare den siste HbA1c verdien ble brukt. Ekskluderte pasienter med flere mentale lidelser.
Meeuwissen et al. (2011) Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patient with diabetes type 2. A new role for diabetes nurses in primary care?	Evalueringsstudie som beskriver utvikling og utprøving av en intervensjon for pasienter med diabetes type 2 og angst- og/eller depresjon gjennomført av trenede diabetessykepleiere.	Syv diabetessykepleiere samarbeidet med 73 allmennleger. Totalt 111 pasienter ble undersøkt for angst og depresjon. De som testet positivt fikk tilbud om å delta i intervensjonen som bestod av individuell oppfølging av diabetessykepleier. PAID ble benyttet i intervensjonen.	Studien viste at innføring av kartlegging i forbindelse med den rutinemessige oppfølging av pasienter var mulig å gjennomføre. Signifikant redusert PAID-skår ble oppnådd etter intervensjon med diabetessykepleier. Viktig å følge opp diabetesspesifikk problematikk hos pasienter med angst og/eller depresjon.	Studien har ingen kontroll gruppe. Økt sykepleierkontakt kan også gi positive resultater. Liten gruppe med pasienter.

Tabell 2 fortsetter her:

Forfattere(år) og tittel	Design/formål	Deltagere/ gjennomføring	PAID-relaterte resultater og kommentarer	Metodiske begrensninger og kvalitet
Fleer et al. [2013] Screening for depression and diabetes-related distress in a diabetes outpatient clinic.	Tverrsnittstudie som undersøker pasienters villighet til å delta i kartleggingprogram for psykososial problematikk, om de som skårer positivt vil henvises til spesialist innen psykososial problematikk og om rutinemessig kartlegging vil medføre flere henvisninger til psykiatrisk helsetjeneste enn uten kartlegging.	Totalt 347 av 499 inviterte pasienter besvarte studiens spørreskjema bestående av PAID og CES-D. De som rapporterte enten uttalt diabetesspesifikke problemområder eller depresjon ble invitert til samtale hvor henvisning videre til psykiatrisk helsetjeneste, ble diskutert. Henvisningsraten i studien ble sammenlignet med henvisningsraten i en periode uten kartlegging.	Etter kartlegging ble 7 % av pasientene henvist til psykiatrisk helsetjeneste mot 1 % når kartlegging ikke ble benyttet. Forfatterne reiser spørsmål ved om kartlegging er hensiktsmessig for å identifisere pasienter med psykososial problematikk. De som takket nei til kartlegging var personer med dårlig tilpasning til behandlingen, mange av dem som skåret høyt på depresjon og/eller diabetesspesifikke problemområder ønsket ikke videre henvisning og oppfølging. Flere studier hvor screening evalueres opp mot andre måter å identifisere pasienter med psykososial problematikk på, anbefales.	Deltakerne ble rekruttert fra bare en poliklinikk, med relativ høy andel av personer med vanskelig regulert diabetes type 2. Pasienter som ikke ønsket å delta var yngre, røyket og hadde ofte høyere HbA1c-verdi.
Reddy et al. [2013] Putting PAID to diabetes-related distress: The potential utility of the problem areas in diabetes scale in patients with diabetes.	Tverrsnittstudie som tester forholdet mellom PAID-skår og glykemisk kontroll hos pasienter med og uten nåværende eller tidligere depresjon.	Totalt 184 pasienter med diabetes type 1 eller type 2 besvarte spørreskjema bestående av PAID og Patient Health Questionnaire 9, depression subscale.	Positiv sammenheng mellom PAID-skår og HbA1c ble identifisert. Både tidligere og nåværende depresjon var uavhengig assosiert med høyere PAID-skår. Administrering av PAID til pasienter før konsultasjoner diskuteres og løftes frem som hensiktsmessig med hensyn til at resultatene kan bidra til en bedre og mer målrettet konsultasjon.	Deltakerne ble rekruttert bare fra sykehuspoliklinikker. Vanskelig å generalisere. PAID spørreskjemaet har bare med negativt «ladete» ord

dert på grunn av manglende abstrakt. I tillegg ekskluderte vi 13 artikler som ikke var diabetesrelaterte. Totalt 59 artikler ble ekskludert fordi PAID kun var benyttet som utfallsmål i intervensjoner, eller at PAID ikke var benyttet i diabeteskonsultasjoner. 38 ble ekskludert fordi de utelukkende handlet

om psykomeriske egenskaper. Totalt 13 artikler ble lest i fulltekst (figur 1). Av disse var det fem artikler som hadde fokus på PAID brukt som kartleggings- og arbeidsverktøy i diabeteskonsultasjoner og som dermed ble inkludert i studien.

De fem inkluderte studiene var: 1) En evalueringstudie av

Chawla mfl. (26) hvor PAID var prøvd ut som arbeidsverktøy i diabeteskonsultasjoner blant personer med diabetes type 1 og 2 i primærhelsetjenesten. 2) En evalueringstudie av Meeuwissen mfl. (27) hvor PAID var benyttet som arbeidsverktøy i en intervensjon i primærhelsetjenesten hos personer med

diabetes type 2 som allerede hadde identifisert angst- eller depresjonslidelse. 3) En komparativ tverrsnittsstudie av Flear mfl. (28) hvor man studerte hvilken betydning kartlegging med blant annet PAID som instrument, kunne ha på identifisering av personer med diabetes type 1 og type 2 med behov for henvisning til videre oppfølging av psykososial problematikk. 4) En tverrsnittsstudie av Reddy mfl. (29) hvor PAID – instrumentet var brukt som kartleggingsin-

tiden sammen med pasienten mer effektivt. Samtalen kunne gjøres mer målrettet mot de problemområder pasienten hadde angitt gjennom en høyere skår i PAID-instrumentet. I studien til Meeuwissen og kollegaer (27) ble PAID brukt etter at personer med diabetes type 2 hadde avgitt høy skår på instrumenter for måling av symptomer på angst og/eller depresjon som en utdypende kartlegging. Hos personer med angst eller depresjon ble det gjennomført hyppi-

avdekke om de tidligere hadde hatt symptomer på depresjon.

Nytten av å bruke PAID

Studien til Chawla og kollegaer (26) viste at PAID fylt ut før konsultasjon og brukt konstruktivt i selve konsultasjonen, førte til bedre glykemisk kontroll hos pasientene. Samtidig ga bruken av PAID-instrumentet helsepersonell en opplevelse av bedre kvalitet på konsultasjonene. Bedringen i glykemisk kontroll var størst hos de med høyest HbA1c. Deltakerne syntes det var lettere å snakke om diabetesrelaterte emosjonelle problemer når skjemaet var fylt ut på forhånd. De satte pris på at legene brukte tid på å diskutere ulike løsninger på de problemer som PAID hadde avdekket som aktuelle for dem. Også for pasientene som på forhånd hadde god metabolsk kontroll (HbA1c < 7 prosent), viste PAID seg nyttig. Denne gruppen fikk over tid en signifikant reduksjon i PAID-skår, og de rapporterte å være mer fornøyde med konsultasjonene. Primærlegene som deltok i studien opplevde at PAID totalskår og skår på enkeltspørsmål gjorde det lettere å individualisere diabetesbehandlingen. De rapporterte bedre kvalitet på veiledningen og en mer terapeutisk dialog med pasientene. Alle som deltok i studien mente at verktøyet burde brukes til alle nydiagnostiserte og deretter årlig eller hvert annet år. To av legene som deltok mente imidlertid at bruk av PAID kun var nødvendig hos «høyrisiko»-pasienter og de med dårlig glykemisk kontroll.

Studien til Meeuwissen og kollegaer (27) viste at personer med angst og depresjon fikk en signifikant reduksjon i PAID-skår etter intensivt oppfølging av diabetesstrykeleier med

” Helsepersonell er for dårlige til å oppdage, registrere og dokumentere psykososiale problemer hos personer med diabetes.

strument både blant personer med diabetes type 1 og 2. 5) En tverrsnittsstudie av Bastelaar mfl. (30) hvor man diskuterte betydningen av regelmessig kartlegging av psykososial problematikk blant personer med diabetes type 1 og 2. Artiklene ble evaluert i samsvar med anbefalinger for kritisk vurdering av forskningsartikler fra Centre for Evidence-Based Medicine ved University of Oxford (<http://www.cebm.net/critical-appraisal/>). Alle de fem inkluderte artiklene ble vurdert å ha tilfredsstillende metodisk kvalitet.

Bruk av PAID i klinisk praksis

To av de inkluderte studiene beskrev bruken av PAID som arbeidsverktøy i selve gjennomføringen av diabeteskonsultasjoner (tabell 2). I studien til Chawla mfl. (26) fylte personer med både diabetes type 1 og 2 ved fire legekontorer, ut PAID hjemme og sendte det til legekantorene i forkant av diabeteskonsultasjoner. Primærlegene kunne da forberede seg til konsultasjonen og utnytte

gere individuelle konsultasjoner med diabetesstrykeleier. I denne intensiverte oppfølgingen ble PAID brukt som et arbeidsverktøy. Diabetesstrykeleierne samarbeidet tett med primærlegene og ga jevnlig tilbakemeldinger til dem.

I studiene hvor PAID var prøvd ut og vurdert som kartleggingsinstrument, var ulike metoder for administrering av skjemaet beskrevet. I studien til Flear og kollegaer (28) kunne personer med diabetes type 1 eller type 2 sitte hjemme og fylle ut skjemaene elektronisk. De som ikke hadde tilgang til internett hjemme fikk anledning til enten å fylle ut et elektronisk skjema eller en papirversjon når de kom til poliklinikken. I studien til Bastelaar og kollegaer (30) ble PAID sendt hjem til den enkelte i papirform med ferdig frankerte returkonvolutter. Tilsvarende i studien til Reddy og kollegaer (29) ble PAID og Patient Health Questionnaire (PHQ-9) fylt ut hjemme før de kom til intervju med helsepersonellet på sykehuset for å

bruk av motiverende intervju som pedagogisk metode i diabeteskonsultasjonene. Primærlegene som vanligvis fulgte opp pasientene ble mer positive til kartlegging for psykiske lidelser og opplevde positive implikasjoner for sin praksis. Forfatterne pekte på diabetessykepleiere som nøkkelpersoner i en utvidet oppfølging av personer med ekstra psykososiale utfordringer.

I studien til Bastelaar mfl. (30) ble det vist sammenhenger mellom diabetesrelatert stress, depresjon og høyere HbA1c. Femten prosent av deltakerne i denne studien rapporterte PAID-totalskår > 40. Forskerne konkluderte med at diabetesrelaterte emosjonelle problemer ser ut for å være medierende faktor for sammenhengen mellom depresjon og dårlig glykemisk kontroll. Kartlegging med PAID kan således bidra til å forebygge både depresjon og dårlig blodsukkerregulering.

Studien til Reddy og kollegaer (29) viste også en signifikant positiv sammenheng mellom PAID-skår og HbA1c hos personer med diabetes type 1 og type 2. Etter gjennomføring av intervjuer med deltakerne fant man også at de som tidligere hadde hatt depresjon rapporterte flere bekymringer og høyere PAID-skår enn de som ikke hadde kjent depresjon fra tidligere. Når det gjaldt diabetesrelaterte problemområder identifisert med PAID, beskrev deltakere med diabetes type 1 mest problemer knyttet til frykt for hypoglykemi og senkomplikasjoner. Mangel på målsetting og bekymringer rundt kosthold var områder deltakerne med diabetes type 2 rapporterte som mest problematisk.

Blant deltakerne i studien til Fleer og kollegaer (28) var det

relativt få med PAID-skår > 40 som ønsket en videre utredning og oppfølging. Totalt 36 av 104 (35 prosent) deltakere med høy PAID-skår uttrykte et behov for videre henvisning til psykiatrisk helsetjeneste. I gruppen som gjennomgikk kartlegging med PAID i kombinasjon med Center of Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D), ble 7 prosent henvist videre til psykiatrisk helsetjeneste. I sammenlikningsgruppen som ikke gjennomgikk kartlegging, ble 1 prosent av pasientene henvist videre.

DISKUSJON

I tre av de inkluderte publikasjonene er det vist at bruk av PAID som arbeidsverktøy i konsultasjoner kan bidra til både bedre glykemisk kontroll og en bedre opplevelse av kvalitet i diabeteskonsultasjonene (26, 29, 30). Det er en sammenheng både mellom nåværende og tidligere depresjoner og økte diabetesrelaterte emosjonelle problemer (29, 30). Til personer med diabetes som allerede er identifisert med angst- og/eller depresjonsproblematikk, har PAID-instrumentet vist seg å være et godt arbeidsredskap for diabetessykepleiere i en intensiv oppfølging (27). Internasjonalt er det laget egne guidelines for implementering av slike selv-rapporteringsinstrument i klinisk praksis (31). Det å endre praksis og å ta i bruk PROs som metode i rutinemessig klinisk arbeid, innebærer at det bør gjøres en rekke metodologiske og praktiske avveininger.

Vår gjennomgang har vist at PAID som kartleggings- og arbeidsverktøy kan bidra til at personer med diabetes involveres mer i beslutninger knyttet til egen sykdom. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten og

på poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Den enkelte gis mulighet til en mer målrettet samtale om sin situasjon og behandling uavhengig av HbA1c-verdi. Det gis aksept for at personen med diabetes selv vet best «hvor skoen trykker». Spesielt har Chawla og kollegaer (26) vist at regelmessig bruk av PAID før konsultasjoner kan føre til bedre kommunikasjon og en opplevelse av en mer terapeutisk dialog mellom helsepersonell og personene med diabetes. Mange opplever at det kan være vanskelig å snakke om emosjonelle problemer. Også Reddy mfl. påpekte at rutinemessig bruk av PAID kan gjøre det lettere, både for personer med diabetes og helsepersonell, å gripe fatt i noe konkret som utgangspunkt for en god diskusjon (29). Når svarene fra PAID foreligger før gjennomføring av konsultasjoner, vil helsepersonell kunne forberede samtalene og kanskje også på en bedre måte få tenkt gjennom og tilpasset diabetesbehandlingen til den enkelte. I internasjonale studier er bruken av PROs ansett å være nyttig for å løfte fram pasienters perspektiv på egen situasjon. For videre å kunne utnytte potensialet som ligger i bruken av PROs i ulike sammenhenger og settinger, pågår det et arbeid med å utvikle et begrepsmessig rammeverk for rutinemessig implementering av PROs i praksis (32). Ved innføringen av denne type kartleggingsverktøy er det mange forhold som bør vurderes, ikke minst praktiske forhold slik som lokaliteter, informasjonssystemer og økonomi.

De nasjonale kliniske retningslinjer (1) anbefaler årlig kartlegging av diabetesrelatert psykososial problematikk. PAID foreligger som en egen rapport

i den nasjonale NOKLUS diabetesjournal som brukes ved mange sykehuspoliklinikker her i landet. Bruken av NOKLUS diabetesjournal er mindre utbredt i allmennpraksis, og i denne er heller ikke PAID lagt inn som en egen rapport per i dag. Selv om PAID er tilgjengelig i journalsystemet eller i papirformat, har vi imidlertid ingen oversikt over hvem som faktisk benytter instrumentet regelmessig i klinisk praksis her i landet. Vi har dermed lite kunnskap om utbredelsen av psykososial problematikk blant personer med diabetes i Norge. Vi vet heller ikke hvilken oppfølging personer med stor grad av diabetesrelaterte problemer blir tilbudt. Fleer og kollegaer (28) fremhevet behovet for et utvidet tilbud til denne gruppen. I tillegg er det viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse i kommunikasjon og veiledning. Slik kan de være i stand til å ha en god dialog med personer med diabetes om psykososiale problemer på en profesjonell måte. Det er hevdet at mangelfull veilederkompetanse kunne være en av årsakene til at helsearbeidere unngår å ta opp spørsmål om diabetesrelaterte emosjonelle problemer (33).

Regelmessig bruk av PAID

kan bidra til at man avdekker psykologiske og sosiale diabetesrelaterte problemer på et tidlig tidspunkt og at tiltak kan iverksettes for å forebygge mer alvorlige emosjonelle og mentale helseproblemer. I en litteraturoppsummering av Hermanns mfl. (34) hevdes det at kartlegging ikke bør iverksettes før et opplegg for videre oppfølging av dem med uttalt problematikk er etablert. Forskerne var skeptiske til om kartlegging er den mest effektive måten for å identifisere personer med emosjonelle problemer. De anbefalte ikke rutinemessig kartlegging ved samtidig mangel på nødvendige oppfølgingsressurser for dem som identifiseres med uttalt emosjonell og psykososial problematikk (28). Før man tar i bruk denne typen kartleggingsverktøy, bør gode empowermentbaserte veilednings- og opplæringsprogrammer være tilgjengelig for den enkelte. Både her i Norge og internasjonalt er det anbefalt å ha psykolog eller psykiater tilknyttet det tverrfaglige behandlingsteamet. I praksis ser man at det er få team som har dette (6). Man bør i fremtiden satse på å få flere spesialsykepleiere med veiledningskompetanse, psykologer og psykiatere inn i de eta-

blerte diabetesteamene. I tillegg trengs det kompetanse i fortolkning av data. Det bør utvikles strategier for at også klinikere skal kunne oppsummere, tolke og forstå kvantitative data slik de framkommer ved bruk av PROs i klinisk praksis.

KONKLUSJON

Regelmessig bruk av PAID som kartleggings- og arbeidsverktøy i kliniske konsultasjoner kan bidra til at psykososiale problemområder knyttet til diabetes løftes bedre fram og at diabeteskonsultasjoner kan gjennomføres mer målrettet og terapeutisk. Personer med diabetes kan støttes bedre ved at de får mulighet til å diskutere sine diabetesrelaterte bekymringer på en konstruktiv måte. Det er vist en sammenheng mellom bruk av PAID og glykemisk kontroll. Det er imidlertid behov for flere og større longitudinelle studier for systematisk å evaluere effekten av å implementere PAID som rutinemessig kartleggingsinstrument i klinisk praksis.

Takk til bibliotekar Gunnhild Austrheim og statistiker Morten Aarflot for viktige bidrag for å kvalitetssikre søkestrategi og funn.

REFERANSER

1. HelseDirektoratet. Nasjonale kliniske retningslinjer – Diabetes – Forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo; 2009. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes-nasjonal-faglig-retningslinjer>.
2. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. Sixth edition [Internett]; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book> [Nedlastet 2014-06-10].

3. Strandberg RB, Graue M, Wentzel-Larsen T, Peyrot M, Rokne B. Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA1c in adult persons with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;77:174–9.
4. Jenssen TG, Tonstad S, Claudi T, Midthjell K, Cooper J. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. A nationwide survey in Norway. *Diabetes Research and Cli-*

nical Practice 2008; 80: 314–20.

5. Cooper J, Claudi T, Jennum AK, Thue G, Hausken MF, Ingskog W et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. Results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care* 2009;32(1):81–3.
6. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comashi M, Hermanns H et al. Educational and psychological issues diabetes attitudes, wishes and needs

- second study (DAWN 2): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes of people with diabetes. *Diabetic Medicine* 2013;30:767-77.
7. **National Health Service**. National Diabetes Audit Executive Summary 2008-2009: Key findings about the quality of care for people with diabetes in England and Wales. The NHS Information Centre [Internet]; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/NCASP/Diabetes/200910%20annual%20report%20documents/National_Diabetes_Audit_Executive_Summary_2009_2010.pdf [Nedlastet 2013-10-23].
8. **Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman RE**. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069-78.
9. **Pouwer F, Beekman ATF, Lubach C, Snoek FJ**. Nurses recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* 2006; 60: 235-40.
10. **Barnard KD, Skinner T, Peveler R**. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabetic Medicin* 2006;23:445-8.
11. **Ali S, Stone M, Peters J, Davies M, Khunti K**. The prevalence of comorbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine* 2006;23:1165-73.
12. **Pouwer F, Nefs G, Nouwen A**. Adverse effects of depression on glycemic control and health outcomes in people with diabetes. A review. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2013;42:529-44.
13. **Holt RIG, de Groot M, Golden SH**. Diabetes and depression. *Curr Diab Rep* 2014; 14:491. Doi 10.1007/s11892-014-0491-3.
14. **Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE**. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23(7):934-42.
15. **The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT)**. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine* 1993;329:977-86.
16. **UK Prospective Diabetes Study Group (UKPDS 33)**. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352: 837-53.
17. **Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T**. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia* 2006; 49: 469-77.
18. **American Diabetes Association**. Clinical Practice Recommendations 2013. *Diabetes Care*. 2013;36:32-3.
19. **Snyder CF1, Jensen RE, Segal JB, Wu AW**. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Med Care*. 2013 Aug;51 (8 Suppl 3):S73-9. doi: 10.1097/MLR.0b013e31829b1d84.
20. **Black N**. Patient reported outcome measures could help transform health care. *BMJ* 2013; 346:f167 doi:10.1136/bmj.f167.
21. **Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE et al**. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 1995;18(6):754-60.
22. **Graue M, Haugstvedt A, Wentzel-Larsen T, Iversen M, Karlsen B, Rokne B**. Diabetes-related emotional distress in adults: Reliability and validity of the Norwegian versions of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS). *International Journal of Nursing Studies* 2012;49:174-82.
23. **Welch GW, Jacobsen AM, Polonsky WH**. The Problem Areas in Diabetes Scale: an evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care* 1997;20(5):760-66.
24. **Welch G, Weinger K, Anderson B, Polonsky WH**. Responsiveness of the Problem Areas in Diabetes (PAID) questionnaire. *Diabetes Medicine* 2003;20:69-72.
25. **Sigurdardottir AK, Bendiktsson R**. Reliability and validity of the Icelandic version of the Problem Area in Diabetes (PAID) Scale. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:526-33.
26. **Chawla A, Saha C, Marrero DG**. A novel application of the problem areas in diabetes (PAID) instrument to improve glycemic control and patient satisfaction. *The Diabetes Educator* 2010;36(2):337-44.
27. **Meeuwissen JAC, Hollemann GJM, de Jong FJ, Nuyen J, van der Feltz-Cornelis CM**. Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes. A new role for diabetes nurses in primary care? *European Diabetes Nursing* 2011;8(2):47-52.
28. **Fleer J, Tovote KA, Keers JC, Links TP, Sanderman R, Coyne JC, Schroevers MJ**. Screening for depression and diabetes-related distress in a diabetes outpatient clinic. *Diabetic Medicine* 2013;30:88-94.
29. **Reddy J, Wilhelm K, Campell L**. Putting PAID to diabetes-related distress: the potential utility of the problem areas in diabetes (PAID) scale in patients with diabetes. *Psychosomatics* 2013;54:44-51.
30. **van Bastelaar KMP, Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PHLM, Tack CJ, Bazelmans E et al**. Diabetes-specific emotional distress mediates the association between depressive symptoms and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 2010;27:798-803.
31. **Snyder CF, Aaronson NK, Choucair AK, Elliott TE, Greenhalgh J, Halyard MY et al**. Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations. *Qual Life Res*. 2012 21:1305-14.
32. **Santana M-J, Feeny D**. Framework to assess the effects of using patient-reported outcome measures in chronic care management. *Qual Life Res*. 2014 23:1505-13.
33. **Gonzalez JS, Fisher L, Polonsky WH**. Depression in diabetes: Have we been missing something important? *Diabetes Care* 2011;34(1):236-39.
34. **Hermanns N, Caputo S, Dzida G, Khunti K, Meneghini L, Snoek F**. Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. *Primary Care Diabetes* 2013;7:1-10.