

# Diabetes Mellitus typ2 och psykisk ohälsa

- vad kan sjuksköterskan göra för att  
lindra lidandet

FÖRFATTARE	Per Lagnander
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
	VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Lidén
EXAMINATOR	Monica Pettersson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Diabetes Mellitus typ 2 och psykisk ohälsa – vad kan sjuksköterskan göra för att lindra lidandet
Titel (engelsk):	Diabetes Mellitus type 2 and mental illness – what can nurses do to alleviate the suffering
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	
Författare:	Per Lagnander
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Monica Pettersson

---

## **SAMMANFATTNING**

Antalet personer som insjuknar i Diabetes Mellitus ökar. Enligt WHO kommer antalet personer med Diabetes Mellitus fördubblas fram till 2030. Studier visar att personer med Diabetes Mellitus är mer benägna till att drabbas av psykisk ohälsa, vilket ofta försämrar följsamheten till egenvård. Detta kan leda till en försämring i sjukdomen. Syftet med den här studien är att sammanställa och beskriva befintlig forskning om metoder för hur sjuksköterskan kan lindra det psykiska lidandet hos personer med Diabetes Mellitus typ 2. En analys med grund i kvantitativ forskning genomfördes, där sju artiklar valdes ut och granskades. Med resultatet till hjälp utformades ett förslag, som syftar till att ge sjuksköterskan stöd och ett verktyg till att lindra det psykiska lidandet hos dessa personer. Ur studien framgick det att det finns interventioner av olika slag och de hade god effekt vad gäller att lindra det psykiska lidandet. Därutöver framgick det att lindring av psykiskt lidande i flera fall ledde till förbättring inom en rad andra områden för patienten, däribland livskvalitet, självtillit och egenvård. Studierna visar även på att endast små förändringar krävs för att kunna implementera interventionerna i nuvarande vård.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Diabetes Mellitus typ 2, intervention, lidande

INNEHÅLL	Sida
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>1</b>
<b>Psykisk ohälsa</b>	<b>2</b>
<i>Depression</i>	2
<i>Ångest och oro</i>	2
<b>Konsekvenser av psykisk ohälsa tillsammans med Diabetes Mellitus</b>	<b>3</b>
<b>Sjuksköterskeprofessionen</b>	<b>3</b>
<b>Teoretisk referensram</b>	<b>4</b>
<b>Centrala begrepp</b>	<b>5</b>
<i>Hopp</i>	5
<i>Lidande</i>	5
- <i>Sjukdomslidande</i>	6
- <i>Livslidande</i>	6
- <i>Vårdlidande</i>	6
<b>Problemformulering</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Vald metod</b>	<b>6</b>
<b>Urval</b>	<b>7</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>7</b>
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>8</b>
<b>Kognitiv beteende terapi-baserade interventioner</b>	<b>10</b>
<b>Övriga interventioner</b>	<b>12</b>
<b>Gemensamt för interventionerna</b>	<b>13</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>13</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>14</b>
<b>Implikationer</b>	<b>16</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>17</b>
<b>BILAGOR</b>	
<b>1. ARTIKELÖVERSIKT MED KVALITETSINDELNING</b>	

# INTRODUKTION

## INLEDNING

För närvarande sker närmaste en epidemisk utveckling av sjukdomen Diabetes Mellitus. Med en beräknad fördubbling av insjuknade fram till 2030 år och kommer det bli en sjukdom som alla sjuksköterskor kommer att träffa på inom stora delar av hälso- och sjukvården. Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska omvårdnad bedrivas ur ett holistiskt perspektiv, ett synsätt som kommer ur humanismens människosyn. Mina erfarenheter är att man i sjukvården i många fall fokuserar på den fysiska aspekten av patientens sjukdom. Diabetessjukvården är inget undantag. Det faktum att personer med diabetes, precis som personer med andra kroniska sjukdomar, löper dubbelt så stor risk att drabbas av psykisk ohälsa gör att det är av vikt att som professionell vårdare väga in den psykiska hälsan.

Det faktum att omfattningen av Diabetes Mellitus i kombination med psykisk ohälsa utgör ett ökande folkhälsoproblem har mynnat ut i detta examensarbete. Mål med arbetet är att sammanställa befintlig forskning om vad sjuksköterskor kan göra för att lindra psykisk ohälsa hos personer Diabetes Mellitus typ 2 och synliggöra den för yrkesverksamma sjuksköterskor.

## BAKGRUND

Till följd av, bland annat, vår livsstil ser vi idag en ökning av Diabetes Mellitus. Idag lever ca 346 miljoner människor med Diabetes Mellitus världen över och under 2004 dog ca 3,4 miljoner människor till följd av sin sjukdom. Fram till 2030 räknar man med att denna siffra har fördubblats (1). Denna utveckling kan närmast beskrivas som epidemisk, största delen av ökningen sker genom en ökad förekomst av Diabetes Mellitus typ 2. Precis som med andra kroniska sjukdomar är risken för psykisk ohälsa ungefär dubbelt så stor som för resten av befolkningen. Vid användande av självskattning skalor för depressions symtom var förekomsten av vad som klassades som depression ca 26 % och vid diagnostiska intervjuer var förekomsten ca 9 % (2).

### Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus är en sjukdom som innebär att antingen kroppen slutar producera insulin i bukspottskörteln eller att kroppen inte kan använda det producerade insulinet på ett effektivt sätt. Högt blodsocker, hyperglukemi, är en vanlig konsekvens av en okontrollerad sjukdom vilket över tid leder till skador på kroppens olika system och då framförallt på det vaskulära systemet samt nervsystemet(1, 3).

Diabetes Mellitus delas huvudsakligen in i typ 1 och typ 2. Typ 1 kännetecknas av att insulinproduktionen i bukspottskörteln avtar vilket leder till insulinbrist. De bakomliggande orsakerna är okända men arvsanlag är dock en faktor, men inte lika stor som för Diabetes Mellitus typ 2. Sjukdomen debuterar vanligen före 35 års ålder, absolut vanligast mellan 12-14 års ålder, men kan debutera i alla åldrar. Sjukdomen Diabetes Mellitus typ 1 är vanligast i Finland och Sverige (1, 3).

Diabetes Mellitus typ 2 utgör 90 % av alla diabetesfall och debuterar vanligen efter 30 års ålder. Absolut vanligast är dock att sjukdomsdebuten sker vid 60 års ålder men det sker för närvarande en ökning bland ungdomar och unga vuxna. Sjukdomen innebär att kroppens celler blivit insulinresistenta vilket gör att insulinnivåerna i kroppen blir otillräckliga. Sjukdomen är progressiv. I Skandinavien är de flesta som har sjukdomen överviktiga. Livsstil,

så som matvanor och fysisk inaktivitet, kraftig övervikt samt olika gener i samverkan är de vanligaste orsakerna till sjukdomen (1-3).

### **Psykisk ohälsa**

Som begrepp innefattar psykisk ohälsa väldigt mycket, bland annat depression, ångest, mentalsjukdomar och utmattningssyndrom. I den här uppsatsen omfattar begreppet främst depression samt ångest och oro. Anledningen till att psykisk ohälsa har använts som samlingsbegrepp för depression, ångest och oro i det här arbetet är för att de är de vanligaste åkommorna som beskrivs i det samlade materialet.

#### *Depression*

Depression är ett psykiskt tillstånd av nedstämdhet och där personen har ett markant sänkt stämningsläge, gentemot vad som är normalt för den aktuella personen, som inte är tillfälligt. Personen har svårt att se något riktigt positivt i sitt liv, har få eller inga förhoppningar om sin framtid och nedvärdera sig själv. Sömnstörningar, aptitlöshet, muskelvärk med flera är vanliga kroppsliga symtom (4).

Depression delas in i olika subgrupper beroende på hur djup depressionen klassas. Den djupaste formen av depression kallas på svenska för *egentlig depression* och kan delas in i *major depressive episode* (MDE) för enstaka episoder och *major depressive disorder* (MDD) vid flera episoder. *Dystymi* är något lindrigare men kännetecknas mest av dess kronicitet. För att diagnostisera dystymi krävs att personen har haft tillståndet i minst två års tid. Ångest och somatisering är vanligt för dystymi och många försämras någon gång under sjukdomsförloppet så pass mycket att de uppfyller kriterierna för egentlig depression. *Lindrig depression*, eller *minor depression*, är termen för de tillstånd som inte är lika djupa som egentlig depression eller lika långvariga som dystymi. Att det kallas lindrig kan lätt leda till missförstånd om att tillståndet inte skulle vara lika besvärligt som egentlig depression. Detta är fel då även tillstånd som klassas som lindrig depression kan medföra en avsevärd sjukdomsbyrå, ökat lidande, nedsatt social funktion och ökad mortalitet framförallt hos män. Mycket talar även för att lindrig depression ökar risken för att utveckla egentlig depression (5).

För att kunna bedöma vilken grad av depression som en person lider av finns det olika skattningsskalor som delas in i olika kategorier: Intervjubaserade skalor, egenbedömningsskalor och frågeformulär. En av de mest använda intervjubaserade skalorna som används för expertbedömningar är Montgomery-Åsbergs depressionsskattningsskala (MADRS). Detta används med fördel vid djupare depressioner. Egenbedömningsskalor kallas även för självskattningsskalor. MADRS finns även i en version av självskattningsskala och kallas då för MADRS-S. En annan jämförbar skala som används ofta är Beck Depression Inventory (BDI). BDI är lättanvänd och har ofta använts vid studier av depression vid somatiska sjukdomar. Ett enklare sätt för att skaffa sig en bild av förekomsten av depression och där någon enklare dimension för gradering används är frågeformulär. Ett exempel på ett sådant formulär är Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Dock riskerar specificiteten att bli lägre än för tidigare nämnda typer (5).

#### *Ångest och oro*

Oro och ångest är en normal reaktion när något hotar en människas existens på något sätt. Men när oron och ångesten blir oproportionerligt stor i förhållande till det upplevda hotet eller faran, den kan vara skrämmande och en destruktiv upplevelse som kan ge en känsla av kontrollförlust

och kaos, ses det som ett sjukligt tillstånd. Därför framträder ångest speciellt i situationer där hotet inte kan hanteras genom en aktiv handling, till exempel flykt eller undvikande. Det finns därmed ingen klar och distinkt linje mellan oro och ångest. Det finns inga olika klassifikationer eller grader av ångest. Däremot finns det en del syndrom som faller under samlingsbegreppet ångestsyndrom. Det är syndrom som exempelvis tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom och paniksyndrom (6). Dock kommer dessa inte tas upp i arbetet utan de gånger ångest tas upp menas den mer generella definitionen.

### **Konsekvenser av psykisk ohälsa tillsammans med Diabetes Mellitus typ 2**

Studier visar att psykisk ohälsa hos personer med Diabetes Mellitus typ 2 leder till att de försämras i sin diabetessjukdom. Kohen et al. menar att personer med Diabetes Mellitus typ 2 som lider av psykisk ohälsa har lägre livskvalitet men även att de blir mer sjuka, vilket stöds av andra studier som visar att om man inte uppmärksammar denna ohälsa i tid så ökar risken för komplikationer av diabetessjukdomen (7, 8). Andra studier visar att psykisk ohälsa i 89 % av fallen leder till att patienten får fler komplikationer av diabetesen eller att de blir värre (9).

Studier har även visat att det som inte kliniskt klassas som depression utan mer som depressiva symtom har en större påverkan på äldre personer med Diabetes Mellitus typ 2 i förhållande till deras egenvård, mentala hälsa och deras livskvalitet (10). Just egenvården är av yttersta vikt för att få en bra och effektiv kontroll över diabetesen. En del inom egenvården för personer med diabetes är regelbunden motion. För att kunna göra detta är det av vikt att personen har en viss fysisk funktion. Flera av studierna visar på förhållandet mellan fysisk funktion och psykisk ohälsa. Studierna visar att desto sämre fysisk funktion en patient har desto mer benägen är denna patient att drabbas av depression (7, 10).

Vad gäller andelen personer med diabetes som lider av depression och/eller ångest så varierar resultatet mellan 20 % – 25 %. Dock finns det vissa studier som sticker ut och avviker ifrån variationerna mer. Kohen fann med hjälp av HADS att 25 % av deltagarna sannolikt eller möjligt led av depression samt att 51 % av deltagarna sannolikt eller möjligt led av ångest (7). Studier visar även att kvinnor med diabetes som är ensamstående, frånskilda eller änkor samt arbetslösa är mer benägna att drabbas av depression och att hög ålder, multipla komplikationer, lägre vikt och BMI samt depression kunde relateras till en högre förekomst av ångest (8).

Studier visar att psykisk ohälsa genomgående kan associeras med en försämring av komplikationer relaterade till diabetessjukdomen. Detta oavsett om man är drabbad av Diabetes Mellitus typ 1 eller typ 2. Beroende på individen och sjukdomsförloppet kan psykisk ohälsa, så som depression, förgå och/eller följa komplikationer till sjukdomen. När psykiska ohälsa väl är fastställd kan den påverka förloppet av komplikationens utveckling genom att intensifiera vissa och främja uppkomsten av vissa (9).

Studier har visat att de investeringar som kan krävas för att starta upp interventioner på längre sikt tjänas in genom minskade kostnader för andra delar som rör patienters vård. Under en två års period där kostnaderna ökar för interventioner med mål att lindra den psykiska ohälsan, minskar kostnaderna för den somatiska vården (såsom kostnader för läkarbesök, läkemedelskostnader, specialistbesök etc.) som motsvarar ökningen för interventionen (11).

### **Sjuksköterskeprofessionen**

Sjuksköterskan har olika dokument att förhålla sig till och handla efter. Bland annat Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och International Council

of Nurses etiska kod (ICN). Enligt den etiska kod som ICN antog, senast år 2000, kan det sägas att sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden. De områdena är:

- Att främja hälsa
- Att förebygga sjukdom
- Att återställa hälsa
- Att lindra lidande (12)

Bland det första som beskrivs i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor är att sjuksköterskan ska tillgodose patientens fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov, basala såväl som specifika omvårdnadsbehov. Som sjuksköterska ska man även kunna hantera och vid behov åtgärda förändringar i en patients fysiska såväl som psykiska hälsa. Men man ska även kunna observera, värdera och prioritera dessa förändringar. Detta gör att en viktig sak för sjuksköterskan är förmågan att söka och använda evidensbaserad kunskap (13).

Med evidensbaserad kunskap och evidensbaserad omvårdnad menas att de insatser som sjuksköterskan utför i så stor utsträckning som möjligt ska vila på en vetenskaplig grund. Detta är dock endast en av flera kunskapsformer som behövs för att ge en god vård (14).

Förmågan att identifiera och förebygga hälsorisker samt att vid behov motivera till livsstilsförändringar beskrivs även den i kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor. Även här spelar förmågan att se hela människan in och man måste ta hänsyn till den psykiska hälsan hos patienten för att lyckas med att motivera den till nödvändiga förändringar. Men även förmågan att identifiera och bedöma patientens förmåga till självvård är en avgörande del av vården av diabetespatienter. Även här måste sjuksköterskan ta patientens psykiska hälsa i beaktning. Detta eftersom forskning visar att diabetespatienter som lider av psykisk ohälsa blir mer fysiskt inaktiva, får mindre hälsosamma matvanor och är mindre följsamma i sin behandling av diabetesen (2). Tillsammans ger dessa faktorer ett ökat omvårdnadsbehov hos patienten.

### **Teoretisk referensram**

I omvårdnadens natur ligger det att sjuksköterskan har respekt för mänskliga rättigheter, däribland rätten till värdighet och att behandlas med respekt. Det ligger också i dess natur att god omvårdnad ska ges till alla oavsett ålder, kön, etnicitet, religion, handikapp eller sjukdom, kultur, social status eller politisk åsikt (13). Sjuksköterskan styrs dagligen av sin människosyn och värderingar. Det ligger till grund för hur mötena mellan patient och sjuksköterska utvecklas och hur resultatet av dessa möten blir.

Det här arbetet utgår ifrån ett holistiskt perspektiv som kommer ur ett humanistiskt synsätt. Den humanistiska, eller icke-reduktionistiska, människosynen skiljer sig ifrån den reduktionistiska människosynen där man endast ser människan som endimensionell. I ett humanistiskt perspektiv räknar man in två eller tre dimensioner nämligen kropp, själ och ande. En avgörande del inom humanismen är övertygelsen om människors lika värde och lika rättigheter. Den är även mer optimistisk och ser människan som i grunden god, förnuftig, autonom. Den ser även människan som förmögen att påverka sin egen livssituation och i ständig utveckling (15).

Utan att se människan som någon i ständig utveckling och förmögen att påverka sin egen situation, som även det är en central del i en icke-reduktionistisk människosyn, skulle det vara

svårt att genomföra interventioner. Detta i sin tur gör att det här arbetet i sin tur vilar på samma människosyn.

### **Centrala begrepp**

En sjuksköterskas lyhörddhet, förmåga att interagera med patienten och observationsförmåga är av yttersta vikt för att kunna identifiera olika faktorer och tecken på psykisk ohälsa. Detta dels för att kunna lindra det psykiska lidandet så bra som möjligt men även för att det inte är ovanligt att personer med diabetes ofta följer sin behandlingsplan sämre när man lider av psykisk ohälsa. Bland annat att man skjuter på, reducerar eller inte tar sina insulindoser, man undviker vissa aktiviteter exempelvis att lämna hemmet eller i vissa fall så undviker man alla delar av sin egenvård (2).

Att lindra lidande, inge hopp och främja hälsa kan beskrivas som omvårdnadens mål. För att som sjuksköterska kunna hjälpa patienten på bästa sätt är det viktigt att man kan få till en bra och naturlig dialog mellan patient och sjuksköterska. Samtalet är en central del i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Med hjälp av samtal kan man förmedla hopp och lindra lidande, exempelvis genom att visa på förbättringar som skett under behandlingstiden. Man kan även använda sig av handledning och konsultation för att uppnå detta, men det bygger på att man först har fört en dialog med patienten (16).

Som nämns tidigare är omvårdnad ett mångfacetterat begrepp. Ur det som nämns i den teoretiska referensramen och i ICN:s etiska kod går det att utlösa ett flertal centrala begrepp. De som har valts för det här arbetet är främst *hopp* och *lidande*. Detta för att de begreppen kan sägas gå in i flera av de delar som omvårdnad utgörs av. De ger också en viss inblick i de svårigheter både som patient och som sjuksköterska möter när man ska hantera psykisk ohälsa tillsammans med Diabetes Mellitus typ 2. Men de är även centrala för vilka möjligheter man har gällande samma hantering.

#### *Hopp*

Hopp är trots att det är svårt att konkretisera och definiera en viktig bidragande faktor i livet och går definitivt att känna. Det kan guida oss genom livets svåra situationer och kan ge oss en grund att stå på när vi behöver återhämta oss. Hoppet är centralt för hälsan och beskrivs ofta som en av de viktigaste faktorerna för en lyckad återhämtning. Som nämnts tidigare kan förmågan att inge hopp ses som en del av kärnan i omvårdnaden och därmed blir det en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter att inge hopp. Men det kan även ses som en hälsofrämjande insats att förmedla hopp till patienter. Detta kan exempelvis ske genom att förmedla en tro på att förändring är möjlig till den som är drabbad av sjukdom. Denna tro och hopp kan göra att patienten känner att dennes liv har mer mening och därmed ge den beslutsamhet som krävs för att kämpa för det (17).

#### *Lidande*

Lidande är ett begrepp med många dimensioner. Det kan associeras med bland annat med sjukdom, smärta och kval, prövning samt döende. Men begreppet har även positiva dimensioner såsom lust och njutning samt att det kan vara något som för en framåt (18). Inom hälso- och sjukvården använder man det främst i sammanhang med koppling till begreppets negativa dimensioner. Som sjuksköterska kan man även möta olika typer av lidande, exempelvis sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande.



- *Sjukdomslidande*  
Sjukdomslidande kan kortfattat beskrivas som det lidande en sjukdom och behandling kan åstadkomma för patienten. Begreppet är ofta kopplat till smärta men Eriksson delar upp begreppet i *kroppslig smärta* och *själsligt och andligt lidande*. Med kroppslig smärta menas en smärt och lidande som kan förnimmas fysiskt. Medan själsligt och andligt lidande mer handlar om de upplevelser som patienten erfar i relation till sjukdomen och behandlingen, exempelvis förnedring, skuld och/eller skam. Dessa upplevelser kan dels upplevas av patienten själv, dels uppstå på grund av eventuella fördömande attityder hos personalen eller förorsakas av det sociala sammanhanget (18).
- *Livslidande*  
Att känna att man ska dö utan att veta när, är ett stort lidande. Helt plötsligt kan en person som upplevt sig som hel känna att identiteten som hel människa blir helt upplöst. Att ge upp och inte orka inför en situation som till synes är helt hopplös kan orsakas av att patienten inte orkar kämpa. I sådana situationer står sjuksköterskan inför en person med svåra lidanden som påverkar hela den människans livssituation, vilket kan beskrivas som livslidanden (18).
- *Vårdlidande*  
Varje person som utsätts för lidande förorsakta av vård eller utebliven vård kan sägas uppleva vårdlidande. I och med att alla upplever det på sitt eget sätt kan det sägas att det finns många olika former av vårdlidande. Dock kan det sammanfattas som; kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning samt utebliven vård (18).

### **Problemformulering**

Det ökande folkhälsoproblemet som ökningen av Diabetes Mellitus typ 2 innebär, gör att man som sjuksköterska kommer att möta dessa patienter i större utsträckning inom alla delar av hälso- och sjukvården. Faktum är att patienter med kroniska sjukdomar, som den här, i större utsträckning än övriga befolkningen drabbas av psykisk ohälsa (2). Vad sjuksköterskor kan göra för att lindra det psykiska lidandet blir därför en viktig kunskap, både i arbetet med patientens nuvarande situation och i det preventiva arbetet. Hur kan man upptäcka tecken på psykisk ohälsa, bli mer medveten om psykisk ohälsa och hur kan man lindra patienternas lidande. Att ha kunskaper om evidensbaserade metoder i detta arbete är därför av avgörande betydelse ur ett professionellt perspektiv. Men även för att om inget görs för att lindra den psykiska ohälsan hos personer med Diabetes Mellitus typ 2 visar studier på att resultatet blir att risken för komplikationer av diabetessjukdomen ökar, att komplikationerna blir fler och allvarigare, att egenvården försämras, de får lägre tillit till den egna förmågan och får lägre livskvalitet (7-10).

### **SYFTE**

Syftet med uppsatsen är att sammanställa och beskriva befintlig forskning om metoder för hur sjuksköterskan kan lindra det psykiska lidandet hos personer med Diabetes Mellitus typ 2.

### **METOD**

#### **Vald metod**

Arbetet är utfört som analys med grund i kvantitativ forskning. Metoden innebär att man först väljer ett motiv att utgå ifrån, exempelvis att finna den för dagen bästa vetenskapliga

kunskapen och beprövade erfarenheten eller för att försöka överföra den identifierade vetenskapliga kunskapen till praktiskt användbar kunskap (19).

Med en analys utifrån kvantitativ forskning är resultatet mätbart och kan jämföras för att, exempelvis se vilken vårdhandling som ger bäst resultat. Det används också med fördel för att utforma instruktioner eller handledningar som anpassats för målgrupp och för hur vårdhandlingen ska utföras. Dock ska det alltid tas hänsyn till den enskilda patientens behov och önskemål. Hur mycket evidens det än finns för en åtgärd får den aldrig bli rutin (19).

### Urval

Artikelsökningen skedde i databaserna Cinahl, Scopus och PubMed. Cinahl är den av databaserna som är mest inriktad mot omvårdnadsämnet, medan PubMed är mer inriktad mot medicin som ämne men har även med omvårdnad som ämne och Scopus är en mer allmän databas för akademiska ämnen som även den har med omvårdnad. De sökord som användes var *Diabetes Mellitus type 2*, *depression* och *anxiety disorder samt intervention*. Som begränsningar för artikelsökningen valdes följande: personerna som deltog i studierna skulle vara 18 år samt att artiklarna skulle vara publicerade efter år 2003. Begränsningar i databaserna gjordes i databaserna Scopus och PubMed. För Scopus användes begränsningen *Nursing* och för PubMed användes *Nursing journal* samt *links to full text* (länkar till fulltext). För att urskilja artiklarnas relevans till syftet granskades först deras titlar, därefter lästes sammanfattningarna av artiklarna och de som ansågs vara intressanta skrevs ut för att kunna läsas i sin helhet. De artiklar som inte stämde överens med syftet för uppsatsen och dess begränsningar valdes bort, efter det återstod sju artiklar.

**Tabell 1.** Översikt över sökord och artikelurval för studien.

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal använda artiklar
Cinahl	Diabetes Mellitus type 2 +depression+intervention		52	52	10	4
Scopus	Diabetes Mellitus type 2+anxiety disorder	Nursing	19	19	6	1
Cinahl	Diabetes Mellitus type 2+anxiety disorder		7	7	6	0
Scopus	Diabetes Mellitus type 2+depression+intervention	Nursing	32	32	10	1
PubMed	Diabetes mellitus type 2+depression	Nursing Samt fulltext	64	64	10	1

### Dataanalys

De sju artiklar som valdes ut granskades systematiskt utifrån studiens frågeställningar och syfte. Sex av dem var kvantitativa och en av dem var kvalitativ. Den kvalitativa studien

beskrev acceptansen bland både sjuksköterskor och patienter samt genomförbarheten av en intervention. Artiklarna kvalitetgranskades efter ett antal punkter. Punkterna som artiklarna granskades efter är:

- Är artikeln relevant mot syftet
- Är personerna i studien väl beskrivna
- Är de tillräckligt många
- Är interventionen väl beskriven
- Vad för typ av intervention har man använt
- Är resultaten rimliga
- Har författarna dragit relevanta slutsatser utifrån resultaten

När kvaliteten bedömdes vägdes även bevisvärdet på artikeln in, exempelvis har de som är randomiserade, kontrollerade studier ansetts vara mer tillförlitliga än kvantitativa beskrivande studier och kvalitativa studier och har därmed kunnat hamna högre i kvalitetsindelningen. Fyra av studierna är randomiserade, kontrollerade studier. Två är kvantitativa beskrivande studier och en är en kvalitativ studie. Kriterierna och punkterna som granskningen av artiklarna har utgått ifrån har hämtats och grundats ur de kriterier som beskrivs i Fribergs bok *Dags för uppsats* (19). Efter att läst igenom och analyserat artiklarna delades de in i grupper efter vilken typ av intervention de använt sig av. Detta resulterade i två grupper av interventioner, KBT-baserade interventioner och övriga interventioner. Detta gjordes för att lättare få en överblick av resultatet, få en bättre struktur på resultatet och underlätta sammanställningen av arbetet. Därefter stod det klart att alla sju artiklarna svarade mot och var relevanta för uppsatsens syfte och frågeställningar. Interventionerna är uteslutande gjorda i USA eller i Nederländerna. De flesta har fokuserat på personer som är >60 år, men en studie har haft deltagare ifrån 18 år och uppåt. Metoderna skiljer sig åt något, fyra av dem var randomiserade studier. Två stycken kan beskrivas kvantitativa beskrivande studier och en studie var kvalitativ. För kortfattad kvalitetsindelning se tabell 2. För artikelöversikt med kvalitetsindelning se bilaga 1.

### **Forskningsetiska överväganden**

Alla studier, utom två, som använts i uppsatsen är etiskt granskade av någon kommitté, antingen som är ansluten till stället där studien har skett eller som är ansluten till universitetet som utfört studien. De två som inte blivit granskade ansågs ändå vara godtagbara ur etisk synpunkt då de använde sig av flera av de metoder som blivit godkända i de andra studierna.

### **RESULTAT**

Det här arbetet grundar sig i en granskning av studier över interventioner mot psykisk ohälsa hos personer med Diabetes Mellitus typ 2. För att göra resultatet mer överskådligt har det delats upp efter vad för typ av intervention som har använts i studien. Det har resulterat i indelningen KBT baserade interventioner samt övriga interventioner. För att mäta resultatet av interventionerna har man i studierna använt sig av olika skattningsskalor och mätinstrument för psykisk ohälsa. I studierna har man även fokuserat på olika grader av psykisk ohälsa. I vissa har man fokuserat på lite lindrigare grader och i någon studie har man fokuserat på lite djupare grader.

Deltagarna hämtades ifrån öppenvårdsmottagningar, hemsjukvård, primärvården, genom universitetssjukhus samt genom Veteran Affairs sjukvårdssystem. I studierna screenades

eventuella deltagares psykiska hälsa för att bedöma om de uppfyllde inklussionskriterierna samt för att få ett utgångsvärde vid studiens start. Att screena för psykisk ohälsa kan göras på olika sätt. Gemensamt för alla är att man på något sätt behöver kommunicera med patienten. Detta kan ske antingen genom att man träffar patienten eller så kan man göra det över telefon. Inget av sätten behöver ta upp särskilt mycket tid. Exempelvis i en studie där man under screeningen träffade deltagarna ansikte mot ansikte tog samtalet ca 5 minuter (20). Andra studier använde telefonsamtal som metod för att screena deltagarna (21, 22).

**Tabell 2.** Översikt för kvalitetgranskning av KBT-interventioner.

Referensnr.	Land	Syfte	Intervention	Effekt/analyt mätinstr.	Tid för intervention	Kvalitet
(21)	USA	Utvärdera effekten av telefonbaserad KBT	Telefonbaserad KBT	Psykisk hälsa, fysisk aktivitet/BDI samt PHQ-9	12 månader, med inledningsvis 12 Kontakter veckovis för att sen fortsätta med 9 kontakter månadsvis	+++
(22)	Nederländerna	Utvärdera effektiviteten av webbaserad KBT för depressionsbehandling	Webbaserad KBT	Psykisk hälsa/ CES-D	8 på varandra följande lektioner med uppföljning efter en månad	+
(23)	Nederländerna	Acceptans och genomförbarhet för en intervention bland sjuksköterskor och patienter för att lindra lindrig depression	KBT	Psykisk hälsa/ DSM-IV, MINI samt Ham-D	Kontakt veckovis i fem veckor	+
(24)	Nederländerna	Studera effekten av MPI på självförtroende, ångest, funktion i vardagen och socialfunktion	MPI (KBT)	Psykisk hälsa, självförtroende, funktion i vardagen samt socialfunktion/ PHQ-9, SCL-90 samt MINI	Maximalt 10 kontakter under maximalt tre månader med uppföljning efter 1 vecka, 3 månader samt efter 9 månader	+++

(25)	Nederländerna	Undersöka om sjuksköterskeledd MPI för depression förbättrar diabetesspecifik livskvalitet	MPI (KBT)	Psykisk hälsa, livskvalitet och glykemisk kontroll/HDRS samt MINI	Antalet träffar är individanpassat men i genomsnitt 4 st. veckovis med uppföljning efter 1 vecka, 3 månader samt efter 9 månader	++
------	---------------	--	-----------	---	--	----

### Interventioner baserade på kognitiv beteende terapi

Som sjuksköterska finns det en rad olika interventioner att använda sig av för att lindra psykisk ohälsa hos personer med Diabetes Mellitus typ 2. De flesta av de studier som använts för det här arbetet har sina rötter i kognitiv beteende terapi (KBT).

Den första interventionen som granskats i detta arbete var ett 12 månaders KBT-program som sköttes över telefonen. Programmet innefattade en initial fas som var något intensivare med samtal varje vecka i 12 veckor. Dessa följdes upp av förstärkande samtal som skedde månadsvis i nio månader. De första fem sessionerna fokuserade uteslutande på depressiva symtom. Efter det delade man in interventionsdeltagarna i subgrupper där den ena subgruppen introducerade för ett program med fysisk aktivitet som mättes med hjälp av stegräknare och kopplingarna mellan fysisk aktivitet, depression och diabetes resultat. Både sjuksköterskorna och deltagarna använde sig av detaljerade vecka-för-vecka manualer som bland annat inkluderade checklistor för veckomål (21).

Den andra studien var en webbaserad KBT-intervention. Den använde sig av åtta individuella sessioner med skriftlig och muntlig information samt videoklipp av andra patienter med depression och Diabetes Mellitus. De fick även hemläxor där de skulle lära sig för att använda sig av KBT i det dagliga livet. Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal hade i den här studien en mer tillbakadragen roll och fungerade mer som coacher för att ge feedback på hemläxorna. Feedbacken var i stor utsträckning standardiserat utformad och var avsedd att vara koncis och konstruktiv. Svarade inte deltagarna fick de påminnelser efter en och två veckor. Efter tre veckor utan svar fick deltagarna ett meddelande om att författarna antog att de inte längre var intresserade av att delta och ombads att fylla i avslutningsformuläret (22).

Den tredje interventionen var en MPI (Minimal Psychological Intervention) och baseras på KBT och self-management. Man undersöker kopplingar mellan negativa föreställningar och tankar om förmågan att fungera i det dagliga livet och de relaterade beteendena. Dessa negativa föreställningar omvandlas sen till positiva föreställningar. Detta genom att tillämpas olika tekniker för att få deltagaren att överväga alternativa orsaker till händelser och åtgärdsplanering. Antalet sessioner för deltagarna varierade mellan 2-6 stycken och varje session varierade mellan 60-93 minuter i tid och skedde enskilt ansikte mot ansikte (23).

Den fjärde studien använde sig också av MPI, liknande den som van Eijk et al. utvecklat, fast här låg fokus på ångest, tilltro till den egna förmågan, socialt deltagande och funktion i vardagen. Längden på interventionen begränsades till max 10 sjuksköterskebesök i hemmet under en period av högst tre månader. För att försäkra sig om att sjuksköterskorna höll sig till metoden under studiens gång ombads de att använda sig av checklistor (24).

Den femte studien var även de en studie som använde MPI. Förutom att fokusera på den psykiska hälsan hade studien även fokus på hur MPI påverkar diabetesspecifik livskvalitet och blodsockerkontrollen. Precis som de andra MPI-studierna så var det ett lågt antal sjuksköterskebesök, medelantalet var fyra besök (25).

Alla fem interventioner kan sägas visa likartade resultat men inte med lika stora variationer mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp. Alla tre visar på att graden av depression har signifikant minskat hos de som deltagit i interventionerna. Det gav även andra effekter så som ökad tilltro till den egna förmågan, ökad funktion i vardagen, ökat deltagande i sociala aktiviteter och att nivån av ångest stabiliserades eller minskade något i jämförelse med kontrollgrupperna där de istället ökade (21, 23, 24). I den första studien såg man även en sänkning av deltagarnas blodtryck (21).

Den första studien visade på att interventionen mildrade depressionen hos 58 % av deltagarna i jämförelse med 39 % i kontrollgruppen. I subgruppen som blivit tilldelade stegräknare hade depressionen mildrats hos 72 % av deltagarna vid uppföljningen efter 12 månader. Den visade även att andelen som mötte kriterierna för allvarlig depression var mindre i interventionsgruppen gentemot kontrollgruppen. I interventionsgruppen var det 10 % som mötte dessa kriterier jämfört med 18 % i kontrollgruppen, även detta var vid uppföljningen vetter 12 månader. Effekt sågs även på deltagarnas blodtryck, där blodtrycket sänktes. Detta spelar en stor roll för personer med diabetes då det har nära kopplingar till påföljande vaskulära händelser och dödlighet (21).

De studier som använde sig av MPI hade inte riktigt lika stora förändringar till följd av interventionen. Det som sker är att interventionen i första hand stabiliserar deltagarnas tillstånd medan personerna i kontrollgruppen försämras. Dock uttrycker patienter som deltagit i interventionen att de har ett ökat självförtroende att utföra och organisera hälsorelaterade beteenden och de var nöjda med att bli tagen på allvar beträffande sin oro och hur deras emotionella status påverkar deras dagliga liv. Sjuksköterskorna som deltog upplevde också interventionen som positiv, då de genom den fick ett nytt verktyg att använda för att hantera ett tidigare väl känt problem som de inte kunnat hantera på samma sätt innan (23, 24). En annan studie visade dock att vissa undergrupper där MPI hade mindre effekt. De grupper som hade lägre effekt av MPI:n var lågutbildade personer, kvinnor och personer som haft Diabetes Mellitus typ 2 i mer än 7 år (25).

Gemensamt för alla fem studierna är att de fokuserar på flera beteenden. Detta går väldigt bra ihop med tankar kring att risk beteenden ofta förekommer i 'kluster' som kan ha gemensamma underliggande processer (21). De visar alla även på att man genom att fokusera på psykisk ohälsa tillfredsställer ett stort behov hos dessa patienter (23).

## Övriga interventioner

**Tabell 3.** Översikt för kvalitetsindelning av övriga interventioner.

Referensnr.	Land	Syfte	Intervention	Effekt/annvänt mätinstrument	Tid för intervention	Kvalitetsindelning
(20)	Nederländerna	Utveckla och utvärdera en sjuksköterskeledd intervention mot ångest och depression hos personer med DMT2	Guidad självhjälp	Psykisk hälsa och livskvalitet/ PHQ samt PAID-NL	3-5 kontakter varannan till var fjärde vecka med uppföljning efter 6 månader	++
(26)	USA	Fastställa effekten av samhällsbaserade diabetes egenvårdsprogram	Workshops	Psykisk hälsa och hälsosamma beteenden/ PHQ-9	6 träffar veckovis med uppföljning efter 6 och 12 månader	++

I den första studien använde man sig av guidad 'själv-hjälp'. Detta skedde genom att deltagarna i interventionen fick en arbetsbok som skulle ge dem insikt om ångestsymtom och depression samt om att hantera Diabetes Mellitus typ 2 som en kronisk sjukdom, men även bland annat för att träna patienten i hälsosam livsstil, avslappningstekniker. Det ingick även tre till fem träffar med sjuksköterska där man följde ett protokoll för att ge support till patienterna och se om de följde interventionen (exempelvis förklara hur arbetsboken skulle användas, diskutera materialet i boken med patienten samt att vara som en back-up ifall problem uppstod). Interventionen höll på i sex månader (20).

Den andra studien använde sig av en modell med 6 stycken workshops som kunde ledas av både vårdpersonal och personer som fått en kort utbildning över att leda dessa workshoppar. Dock hade sjuksköterskan en något tillbakadragen roll. Varje tillfälle höll på i två och en halvtimme och det var 10 – 15 deltagare. Totalt var det 19 olika grupper som deltog i interventionen. Workshoparna tog bland annat upp saker som depression, kommunikation, feedback och problemlösning, stresshantering, avslappningstekniker. Man mätte även bland annat hälsostatus, hälsobeteenden och tilltro till sin egen förmåga. Deltagarna var 18 år och äldre och de fick inte vara gravida. Efter sex månader jämförde man interventionsgrupperna med kontrollgruppen och efter 12 månader följdes interventionsdeltagarna upp genom att de fick svara på en utskickad enkät. Totalt höll studien på mellan 2005 och 2007 (26).

Även i dessa två studier kunde man se signifikanta förbättringar i interventionsdeltagarnas mentala status. I den första studien såg man att interventionen lindrade och sänkte depressionsnivån hos 66,7 % av deltagarna och att 73,3 % av dem upplevde att de hade mindre ångest (20). Den andra studien visade att vid uppföljning efter sex månader så hade 19,4 % av personerna i interventionsgruppen nått en klinisk signifikant förbättring av sin depression

gentemot 8,2 % av kontrollgruppen. Vid uppföljning efter 12 månader hade siffran ökat något till 20, 6 % i interventionsgruppen(26).

### **Gemensamt för interventionerna**

Gemensamt för alla interventionerna är att de visar på nyttan med att behandla patienternas psykiska ohälsa. Genom att förbättra den psykiska hälsan så förbättras inte bara personens livskvalitet utan även hur väl personen fungerar gällande vardagssysslor förbättras, likaväl som sjukdomsrelaterade negativa känslor lindras (20, 21, 24). Interventionerna, speciellt KBT-interventionerna, visade sig även ha mer långvariga effekter. Detta även efter att man avslutat behandlingen. De har till och med mer långvarig effekt än antidepressiva läkemedel efter avslutad behandling (21).

Studier visar även på att sjuksköterskor kan spela och spelar en avgörande roll för personernas emotionella och psykiska välbefinnande (24). Flera av studierna visar även att det inte krävs särskilt stora förändringar i arbetsuppgifter eller särskilt lång vidareutbildning i metoderna för att sjuksköterskor på ett bra sätt ska kunna utföra dessa interventioner (21, 23, 24).

Att man genom behandling av psykisk ohälsa även förbättrar andra aspekter i personens liv och det faktum att det inte krävs särskilt långa utbildningar i metoderna visar på att det finns vinster i att använda sig av interventioner för att lindra psykisk ohälsa hos personer med Diabetes Mellitus typ 2. På detta sätt kan man interventionerna beskrivas som ytterligare ett verktyg, och ett effektivt sådant, för sjuksköterskor att använda för att hanterat ett tidigare känt tillstånd (23).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Uppsatsen var från början tänkt att handla om psykisk ohälsa hos personer med Diabetes Mellitus typ 1 och typ 2. Det väldigt omfattande materialet och den allt för specialiserade inriktning mot barn i forskningen om Diabetes Mellitus typ 1 resulterade i en begränsning av arbetet till Diabetes Mellitus typ 2. Det hade däremot varit intressant att jämföra upplevelsen av psykisk ohälsa och se om det finns några skillnader mellan båda dess sjukdomar mer ingående.

Metoden har valts just för att den är ett bra verktyg för att finna den vetenskapliga kunskapen för hur man kan lindra psykisk ohälsa. Men även för att kunna jämföra resultatet mellan de olika studierna för att se vilken av dessa som ger bäst resultat. Egenskapen att skapa en överblick över den befintliga forskningen samt genom att analysera resultatet gör att metoden svarar bra mot syftet med arbetet.

Sökorden som användes för att söka artiklar utgick utifrån syftet och beskrivningen av psykisk ohälsa i bakgrunden. De flesta svårigheterna med artikelsökningarna och med analysen bestod i att utröna vilka artiklar som var mer inriktade mot just sjuksköterskan då flera var mer inriktade mot andra professioner. Dock används två artiklar där sjuksköterskan har en mer tillbakadragen roll. Däremot kan de med fördel initieras och ledas av sjuksköterskor, vilket var varför de valdes att ta med.

Litteratursökningen kan uppfattas som väldigt smal men på grund av att syftet handlar om att beskriva och sammanställa forskning om metoder blir därför sökordet *intervention* avgörande



och utan det så blev det ett väldigt spretigt resultat av sökningarna med väldigt många irrelevanta artiklar.

En svaghet är att studierna endast kommer ifrån Nederländerna och USA. De artiklar som kom ifrån andra länder i litteratursökningarna var mer fokuserade mot andra professioner än sjuksköterskans och svarade därmed inte helt mot syftet. Därmed blir urvalet ganska likartat i studierna när de kommer ifrån samma land vilket kan göra att resultaten blir likartade. Dock ses vissa skillnader mellan några av studierna men valet av artiklarna kommer även av att det under sökningarna inte framkom så många andra som passade in under syftet. Då främst att flera andra mer var inriktade mot andra professioner än sjuksköterskans. Att båda ländernas vårdkultur skiljer sig ganska markant mot vårdkulturen i Sverige gör att man med stor sannolikhet inte kan kopiera interventionerna rakt av, även det kan påverka resultatet något.

Åldern på studierna kan även de ha påverkat hur interventionerna har sett ut och resultatet. Detta genom att användandet av och forskning om interventioner har ökat markant bara de senaste åren vilket kan göra att man får andra resultat än av de studier och interventioner som är något äldre.

### **Resultatdiskussion**

Den närmast epidemiska utvecklingen av Diabetes Mellitus, samtidigt som även Diabetes Mellitus typ 2 ökar bland ungdomar och unga vuxna (1), gör att det snart inte kommer att vara någon ovanlighet med patienter som har diabetes inom någon del av hälso- och sjukvården. Tar man även i beaktningen att dessa personer har en ökad benägenhet för psykisk ohälsa gör att man därför kan tänka sig att detta kan medföra en ökad belastning på hälso- och sjukvården. Detta då psykisk ohälsa i samband med Diabetes Mellitus typ 2 i många fall leder till ökad förekomst och/eller förvärring av komplikationer till diabetessjukdomen samt försämrad egenvård och sämre tillit till den egna förmågan (7-10). Som sjuksköterska kan man därför göra mycket och underlätta för sig själv och hälso- och sjukvården i stort, men framförallt kan man göra mycket för patienten genom att lindra denna psykiska ohälsa. Författaren anser att det därför, förutom kontinuerlig patientkontakt, krävs att sjuksköterskan är närvarande i stunden och aktivt lyssnar på patienten. De studier som har läst visar på att man genom att uppmärksamma problemet med psykisk ohälsa tillfredsställer ett stort behov hos dessa patienter (20, 21, 23, 24). Att detta inte görs kanske beror på resursbrist eller att man som sjuksköterska känner att man inte har verktyg för att hantera detta behov, för att psykisk ohälsa är vanligt bland personer med Diabetes Mellitus typ 2 vet man sen tidigare.

Resultatet visar på att interventionerna har haft en positiv verkan på deltagarnas psykiska hälsa. Svårigheterna med interventionerna är att den psykiska ohälsan påverkar allt som har med personen att göra. Detta gör det svårt att peka på vilken del av interventionerna som har bäst effekt för att lindra dessa besvär. De interventioner som hade bäst resultat hade endast få saker gemensamt. Det som de egentligen har gemensamt är att själva interventionen har fortlöpt under en något längre tid med fler kontakter mellan deltagarna och sjuksköterskan. De fokuserar även på fler delar av deltagarnas liv och täcker därmed in hela människan på ett bättre sätt (20, 21).

I vissa interventioner kan man se att vissa grupper av deltagarna har mindre nytta av interventionen. Det gäller exempelvis deltagare som är lågutbildade, kvinnor och framförallt studier med MPI-interventioner. Varför det förhåller sig på det viset har författarna till de

studierna inget svar på (23-25). I studierna fanns inget bra svar till detta och det kan vara nödvändigt att undersöka detta mer. Det gick även att se att man i de studier där sjuksköterskan hade en mer tillbakadragen roll inte hade riktigt lika stor effekt som i de studier där sjuksköterskan var mer aktiv (26).

I och med den långvariga effekt som interventionerna visar på och då framförallt KBT-interventionerna, anser författaren att man inte riktigt kan etiskt försvara att inte implementera dessa mer i vården av dessa personer. Speciellt som de visar sig ha flera positiva effekter såsom att deltagarna blir mer följsamma i sin egenvård, sänkt blodtryck, ökad social funktion och ökad självförmåga (20, 21, 23, 24). Men även med dessa positiva effekter anser författaren att man med dessa interventioner främst bör ha som mål att lindra den psykiska ohälsan. Detta för att funktionen att lindra lidande är en så viktig del av omvårdnaden och är väldigt starkt kopplat till sjuksköterskan och dennes profession. För att uppnå det bör man ha den psykiska hälsan som fokus.

För att komma åt omvårdnadens kärna krävs att det används ett holistiskt och humanistiskt synsätt för att se till hela människan. I det ligger att sjuksköterskan behandlar patienten med respekt samt värdighet (13) och genom att lindra det lidande som den psykiska ohälsan innebär, blir effekterna positiva även på somatiska delar av diabetessjukdomen. På detta sätt blir även patienten förmögen att själv påverka sin egen livssituation och ständigt utvecklas (15). Just på grund av detta och vikten av att se till hela människan inom det humanistiska synsättet valdes det för arbetet med den här uppsatsen. De positiva effekterna på somatiska delar av diabetessjukdomen kan exempelvis vara sådant som lindring av komplikationer eller att man genom en förbättrad egenvård, till följd av bättre psykisk hälsa, försenar utbrytandet av komplikationer. På detta sätt är det inte helt fel att anta att man med hjälp av interventionerna kan minska vårdkostnaderna något.

Genom att använda sig av interventioner mot psykisk ohälsa när det kommer till personer med Diabetes Mellitus typ 2 så lindrar man som minst lidandet i två av de dimensionerna som Eriksson tar upp. Framförallt blir det att man lindrar sjukdomslidandet och livslidandet (18). Men det är heller inte helt fel att påstå att man genom interventioner lindrar vårdlidandet (18), detta då man genom interventioner får ytterligare ett verktyg som ger en till dimension som kan medföra att ingen del i vårdandet av patienter uteblir.

En svaghet med arbetet är att det inte tar upp begreppet hopp. Detta beror på att författaren i sina litteratursökningar inte funnit några studier som använt sig av att ingjuta hopp i deltagarna utan man fokuserar på att lindra lidande. Det hade varit intressant att se om man kan nå samma resultat eller rent av bättre resultat genom att fokusera på hoppet istället. Detta eftersom att man genom att fokusera på att ingjuta hopp har en mer positiv ansats till problemet än om man har som fokus att lindra lidande samt att man genom att ingjuta hopp kan lindra det lidande man vill minska. Att sökningarna inte har resulterat i några studier med fokus på att ingjuta hopp kan bero på valet av sökord.

En annan svaghet med resultatet är att studierna uteslutande kommer ifrån länder vars vårdkultur skiljer sig ifrån den svenska. Detta gör det svårt att överföra resultatet direkt till svenska förhållanden och att avgöra vad som faller under den svenska sjuksköterskans kompetens och uppgifter och vad som i studierna faller under andra professioners områden.

Intressant är också att man i studier har visat på att interventioner är mer kostnadseffektiva än vanlig behandling. Detta grundas på att de merkostnader som interventionen innebär sparas in genom att man får lägre kostnader för den övriga vården. Dock krävs det en viss långsiktighet för att effekten ska träda i kraft. Studier som gjorts på området visar att det först är vid det andra året som man börjar se det kostnadseffektiva med interventioner (11).

### **Implikationer**

I den här uppsatsen försöker författaren att sammanställa och beskriva olika interventioner som sjuksköterskan kan använda sig av för att lindra lidandet av psykisk ohälsa hos personer med Diabetes Mellitus typ 2.

De vinster som finns med interventionerna, såväl vinsterna för vården i stort men framförallt vinsterna för den enskilda patienten med mindre depression och mer långvarig effekt av behandlingarna, gör det helt klart värt att begrunda och implementera dem mer i vården.

Det faktum att man genom relativt små investeringar i tid för utbildning av personal och genomförande i förhållande till vinsterna, då framförallt studien som var telefonbaserad och studien om guidad 'själv-hjälp', är även de argument för en ökad användning av interventioner mot depressioner hos personer med Diabetes Mellitus. Dock kan detta först ske efter man anpassat dem till svenska förhållanden och fastställt vad som faller under sjuksköterskans kompetens.

## REFERNSER

1. WorldHealthOrganization. Diabetes. [cited 2012-02-03]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
2. Ismail K. Depression and diabetes. *Psychiatry*. 2009;8(6):203-7.
3. Nationalencyklopedin. Diabetes. [cited 2012-02-03]; Available from: [http://www.ne.se/lang/diabetes?i\\_h\\_word=hyperglukemi](http://www.ne.se/lang/diabetes?i_h_word=hyperglukemi).
4. Løkensgard I, Carlstein L, Magnusson M, Larsson-Wentz K. Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1997.
5. Åberg M, Mårtensson B. Förstämningssyndrom. In: Herlofson J, Ekselius L, Lundh L-G, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M, editors. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 305 - 35.
6. Öhman A, Rück C. Ångestsyndrom. In: Herlofson J, Ekselius L, Lundh L-G, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M, editors. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 335 - 61.
7. Kohen D, Burgess AP, Catalán J, Lant A. The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Quality of Life Research*. 1998;7(3):197-204.
8. Wu SFV, Huang YC, Liang SY, Wang TJ, Lee MC, Tung HH. Relationships among depression, anxiety, self-care behaviour and diabetes education difficulties in patients with type-2 diabetes: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(11):1376-83.
9. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63(4):619-30.
10. Hu J, Amoako EP, Gruber KJ, Rossen EK. The relationships among health functioning indicators and depression in older adults with diabetes. *Issues Ment Health Nurs*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2007 Feb;28(2):133-50.
11. Katon W, Unützer J, Fan M, Williams JW, Jr., Schoenbaum M, Lin EHB, et al. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care*. 2006;29(2):265-70.
12. Svensk sjuksköterskeförening S. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. 2007 [updated 2007; cited]; Available from: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>.
13. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [cited 2012-02-03]; Available from: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf).
14. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. 3., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2011
15. Barbosa da Silva A, Andersson M. Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförb. (SHSTF); 1993.
16. Hedelin B. Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. In: Arvidsson B, Skärsäter I, editors. *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
17. Jormfeldt H, Svedberg P. Hopp - en förutsättning för återhämtning. In: Arvidsson B, Skärsäter I, editors. *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
18. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber; 2001.

19. Segesten K. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 97 - 105.
20. Meeuwissen J, Holleman G, de Jong F, Nuyen J, van der Feltz-Cornelis C. 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.
21. Piette JD, Richardson C, Himle J, Duffy S, Torres T, Vogel M, et al. A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Medical Care*. 2011;49(7):641-8.
22. van Bastelaar KM, Pouwer F, Cuijpers P, Riper H, Snoek FJ. Web-Based Depression Treatment for Type 1 and Type 2 Diabetic Patients: A randomized, controlled trial. *Diabetes Care*. 2011;34(2):320-5.
23. van Eijk JTM, Diederiks JPM, Kempen GIJM, Honig A, Meer Kvd, Brenninkmeijer WJM. Development and feasibility of a nurse administered strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease. *Patient Education and Counseling*. 2004;54(1):87-94.
24. Jonkers CC, Lamers F, Bosma H, Metsemakers JF, van Eijk JT. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. *Int Psychogeriatr*. 2012 Feb;24(2):288-97.
25. Lamers F, Jonkers CC, Bosma H, Knottnerus JA, van Eijk JT. Treating depression in diabetes patients: does a nurse-administered minimal psychological intervention affect diabetes-specific quality of life and glycaemic control? A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011 Apr;67(4):788-99.
26. Lorig K, Ritter PL, Villa FJ, Armas J. Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial. *Diabetes Educator*. 2009;35(4):641-51.

ARTIKELÖVERSIKT MED KVALITETSINDELNING

---

**Referens i uppsats: 20****Titel:** 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?**Författare:** Meeuwissen JAC, Holleman GJM, de Jong FJ, van der Fletz-Cornelis CM**Tidsskrift:** European Diabetes Nursing**Publicerad år:** 2011**Land:** Nederländerna**Syfte:** Utveckla och utvärdera en intervention mot ångest och djup depression hos patienter med Diabetes Mellitus typ 2 av diabetes sjuksköterskor i primärvård som kräver minimal ansträngning för alla inblandade vårdgivare.**Metod:** Kvantitativ studie som utfördes i primärvården genom att deltagarna testades för depression och ångest före och efter interventionen.**Resultat:** Bland de som fullföljde intervention sjönk ångestsymtomen med 3,2 poäng, depressiva symtom med 5,7 poäng och graden av somatiska symtom sjönk med 2,9 poäng enligt Patient Health Questionnaire. Diabetesrelaterade negativa känslor (PAID-NL) sjönk med 3,8 poäng. Generell funktion (EuroQol) förbättrades med 14 poäng och den känslomässiga roll funktionen (SF-36) visade en förbättring av 33.4 poäng.**Urval:** 55 patienter av 111 screenades positiva, varav 26 bekräftades positiva. 16 påbörjade interventionen och 15 fullföljde den.**Antal referenser:** 21**Kvalitet:** ++

---

**Referens i uppsats: 21****Titel:** A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients.**Författare:** Piette J, Richardson C, Himle J, Duffy S, Torres T, Vogel M, Barber K, Valenstein M.**Tidsskrift:** Medical Care**Publicerad år:** 2001**Land:** USA**Syfte:** Utvärdera verkan av telefonutförd kognitiv beteende terapi med inriktning på patienters hantering av depressiva symtom, fysiska aktivitetsnivåer och diabetesrelaterade konsekvenser.**Metod:** Randomiserad, kontrollerad studie där sjuksköterskorna använde sig av manualer och frågeformulär för att bedöma patienterna under sina telefonsamtal.**Resultat:** Interventionsdeltagarna hade en blodtryckssänkning av det systoliska trycket på 4.26mmHg jämfört med kontrollgruppen. Interventionsdeltagarna hade en signifikant högre ökning av antal steg per dag (medianskillnaden var 1131 steg/dag) och en större minskning av depressiva symtom (58 % hade mildrade symtom efter 12 månader jämfört 39 %).

Interventionsdeltagarna upplevde också förbättringar i coping och hälsorelaterad livskvalitet.

**Urval:** 291 patienter med Diabetes Mellitus typ 2 och signifikanta depressiva symtom.**Antal referenser:** 54**Kvalitet:** +++

---

---

**Referens i uppsats: 22**

**Titel:** Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients.

**Författare:** van Bastelaar KM, Pouwer F, Cuijpers P, Riper H, Snoek FJ.

**Tidsskrift:** Diabetes Care

**Publicerad år:** 2011

**Land:** Nederländerna

**Syfte:** Utvärdera effektiviteten av webbaserad KBT för depressionsbehandling för vuxna med Diabetes Mellitus typ 1 och typ 2, med minimal guidning.

**Metod:** En randomiserad kontrollerad undersökning

**Resultat:** Behandling var effektiv gällande att reducera depressiva symtom (41 % klinisk förbättring jämfört med 24 % av kontrollgruppen)

**Urval:** 255 vuxna personer med Diabetes Mellitus och förhöjda depressiva symtom.

**Antal referenser:** 25

**Kvalitet:** +

---

**Referens i uppsats: 23**

**Titel:** Development and feasibility of a nurse administrated strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease

**Författare:** van Eijk J.Th.M, Diedriks J.P.M, Kempen G.I.J.M, Honig A. van der Mer K. Brenninkmeijer W.J.m

**Tidsskrift:** Patient Education and Counseling

**Publicerad år:** 2004

**Land:** Nederländerna

**Syfte:** Undersöka acceptansen och genomförbarheten för en intervention bland sjuksköterskor och patienter för att lindra lindrig depression.

**Metod:** Kvalitativ studie där patienter och sjuksköterskor ombads fylla i en utvärderingsenkät efter varje sjuksköterskebesök.

**Resultat:** Studien visade att interventionen accepterades av både patienter och sjuksköterskor. Patienterna visade en signifikant förbättring av sin psykiska hälsa efter interventionen. Sjuksköterskorna ansåg att interventionen gav dem ett nytt verktyg för att hantera ett sedan tidigare känt problem.

**Urval:** 27 patienter som var >60 år och hade lindrig depression

**Antal referenser:** 22

**Kvalitet:** +

---

**Referens i uppsats: 24**

**Titel:** The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial

**Författare:** Jonkers C.C.M, Lamers F, Bosma H, Metsemakers J.F., van Eijk J.Th.M

**Tidsskrift:** International Psychogeriatrics

**Publicerad år:** 2012

**Land:** Nederländerna

**Syfte:** Undersöka effekten av MPI på självförtroende, ångest, funktion i vardagen och socialfunktion.

**Metod:** Randomiserad kontrollerad undersökning för att jämföra MPI med vanlig vård.

**Resultat:** Nio månader efter behandling var MPI-deltagarna mindre ångestladdade, hade bättre självförtroende, bättre funktion i vardagen och högre social funktion.

**Urval:** 361 deltagare (185 med Diabetes Mellitus, varav 7 även hade KOL. 176 med KOL, varav 14 även hade Diabetes Mellitus) som var >60 år och hade lindrig depression eller dystymi.

**Antal referenser:** 30

**Kvalitet:** +++

---

**Referens i uppsats: 25**

**Titel:** Treating depression in diabetes patients: does a nurse-administrated minimal psychological intervention affect diabetes-specific quality of life and glycemic control? A randomized controlled trial

**Författare:** Lamers F, Jonkers C.C.M, Bosma H, Knottnerus J.A, van Eijk J.Th.M

**Tidsskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Publicerad år:** 2011

**Land:** Nederländerna

**Syfte:** Undersöka om en sjuksköterskeledd minimal psykologisk intervention för depressiva symtom förbättrar diabetesspecifik livskvalitet och blodsocker kontrollen hos äldre personer med diabetes.

**Metod:** En randomiserad kontrollerad undersökning för att jämföra MPI och vanlig vård.

**Resultat:** Interventionen visade sig endast ha statistiskt signifikant effekt på emotionell oro och ångest för symtom hos högutbildade personer. Även hos personer som haft sjukdomen i <7 år syntes en liknande effekt och hos män.

**Urval:** 208 deltagare som var >60 år med Diabetes Mellitus typ 2 och lindrig depression

**Antal referenser:** 33

**Kvalitet:** ++

**Referens i uppsats: 26**



---

**Referens i uppsatts: 26**

**Titel:** Community-based peer-led diabetes self-management: A randomized trial

**Författare:** Lorig K, Ritter P.L, Villa F.J, Armas J

**Tidsskrift:** The Diabetes Educator

**Publicerad år:** 2009

**Land:** USA

**Syfte:** Fastställa effektiviteten av samhällsbaserad diabetes egenvårdsprogram genom att jämföra interventions deltagare med en randomiserad kontrollgrupp efter 6 månader.

**Metod:** Kvantitativ studie där deltagarna fyllde i frågeformulär före och efter interventionen som sedan analyserades.

**Resultat:** Efter 6 månader visade interventionsdeltagarna inga förbättringar i HbA1C. Deltagarna visade på en signifikant förbättring av depression, hypoglykemiska symtom, kommunikation med vårdgivare, matvanor, självtillit och patientaktivitet. Efter 12 månader fortsatte interventionsdeltagarna att visa på förbättringar av depression, självtillit och matvanor.

**Urval:** 345 personer >18 år med Diabetes Mellitus typ 2, inte gravida eller under bahnadling för cancer.

**Antal referenser:** 23

**Kvalitet:** ++