



# Forebygging av depresjon hos pasienter med diabetes mellitus type 2

*«Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge utvikling av depresjon hos voksne pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2?»*

Kandidatnummer: 643  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9897  
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
<p>Tittel: Forebygging av depresjon hos pasienter med diabetes mellitus type 2</p>	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge utvikling av depresjon hos voksne pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> For å belyse problemstillingen presenteres fagkunnskap om diabetes mellitus type 2, depresjon og sammenhengen mellom disse. Teori knyttet til sykepleierens funksjonsområder, relasjonsbygging og kommunikasjon, motiverende intervju og empowerment og mestring inkluderes også. Avslutningsvis presenteres viktigheten av pårørendeinvolvering, samt relevante etiske og juridiske rammer for sykepleieutøvelsen.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudien baserer seg på data innhentet fra fagbøker, fagartikler, anerkjente nettressurser og kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. Totalt anvendes seks ulike forskningsartikler hentet fra Cinahl, PubMed og Google Scholar. Den utvalgte litteraturen belyser aktuelle teoretiske perspektiver som ligger til grunn for drøftingen.</p> <p><u>Drøfting</u> I henhold til funnene i litteraturen drøftes tidlig identifisering av symptomer på depresjon, empowerment og mestring, livsstilsendring og sosial støtte opp mot problemstillingen. Motiverende intervju inkluderes i drøftingen, ettersom metoden har vist seg å være hensiktsmessig for livsstilsendring.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å forebygge komorbid diabetes type 2 og depresjon finnes det en rekke tiltak sykepleieren kan iverksette, der en god relasjon og god kommunikasjon står sentralt. Sykepleieren bør legge til rette for tidlig identifisering av symptomer på depresjon, noe en god relasjon til pasienten og bruk av kartleggingsverktøyet PHQ-9 vil kunne bidra til. Videre</p>	

bør sykepleieren korrigere pasientens kunnskapsmangler, stimulere til brukermedvirkning og introdusere problemorienterte mestringsstrategier, for å fremme empowerment og mestring, og dermed forebygge depresjonsutvikling. Fremming av livsstilsendring er et annet egnet tiltak, ettersom livsstilsendringer og vekttap vil kunne ha en signifikant depresjonsforebyggende effekt. Det vil imidlertid være vanskelig å endre livsstil, samt takle sykdommens krav til egenomsorg alene. Sosial støtte fra sykepleieren og pårørende vil derfor være en grunnpilar i det depresjonsforebyggende arbeidet.

(Totalt antall ord: 273)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Begrepsavklaring .....	2
1.4	Målgruppe og kontekst.....	3
1.5	Avgrensning:.....	3
1.6	Oppgavens formål.....	4
1.7	Oppgavens disposisjon.....	4
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>5</b>
2.1	Diabetes mellitus type 2 .....	5
2.1.1	Behandling.....	5
2.1.2	Senkomplikasjoner .....	6
2.2	Depresjon og symptomer på depresjon hos voksne .....	7
2.2.1	Livskvalitet og depresjon.....	7
2.3	Sammenhengen mellom diabetes og depresjon.....	8
2.3.1	Kartlegging av symptomer på depresjon hos diabetespasienter .....	8
2.4	Sykepleierens funksjon .....	9
2.5	Relasjon og kommunikasjon .....	10
2.6	Motiverende intervju .....	10
2.7	Empowerment og mestring .....	11
2.8	Inkludering av pårørende .....	12
2.9	Etiske- og juridiske rammer .....	12
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1	Anvendt metode.....	14
3.2	Faglitteratur .....	14
3.3	Artikkelsøk .....	15
3.4	Kildekritikk .....	17
<b>4</b>	<b>Forskningsartikler</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Drøftingspunkter</b> .....	<b>22</b>
5.1	Tidlig identifisering av symptomer på depresjon .....	22
5.1.1	Betydningen av en god relasjon og kommunikasjon.....	22
5.1.2	PHQ-9 som kartleggingsverktøy .....	23
5.2	Fra brikke til aktør .....	24
5.2.1	Etableringen av en god kunnskapsbase .....	25
5.2.2	Formålstjenlige mestringsstrategier.....	26

<b>5.3</b>	<b>Livsstilsendring som forebyggende tiltak .....</b>	<b>27</b>
5.3.1	Livsstilsendring gjennom motiverende intervju .....	27
5.3.2	Vekttap og helsegevinster.....	29
5.3.3	Veien mot varig livsstilsendring.....	30
<b>5.4</b>	<b>Sosial støtte: Oppfølgingens grunnpilar .....</b>	<b>30</b>
5.4.1	Sykepleieren som støttespiller .....	31
5.4.2	Betydningen av pårørendeinvolvering.....	32
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>33</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>35</b>
	<b>Vedlegg 1: The Patient Health Questionnaire 9 .....</b>	<b>41</b>
	<b>Vedlegg 2: PICO-skjemaet .....</b>	<b>42</b>

# 1 Innledning

Oppgaven tar for seg temaet forebygging av depresjon hos pasienter med diabetes type 2. I dette kapittelet presenteres relevant informasjon som belyser temaets aktualitet. Basert på fag- og forskningslitteratur er det utformet en problemstilling. Deretter presenteres begrepsavklaring, oppgavens målgruppe og kontekst, avgrensninger, formål og disposisjon.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene i verden, og Folkehelseinstituttet (2015) anslår at mellom 6-12% av den norske befolkningen til enhver tid lider av depresjon. Lidelsen er i følge World Health Organization [WHO] (2017) rangert som den største bidragsyteren til ikke-dødelig helsemessig tap, ettersom depresjon assosieres med manglende evne til livsutfoldelse og egenomsorg. Diabetespasienter har fordoblet risiko for å utvikle depresjon, og ca. 24% vil utvikle lidelsen i løpet av livet (Nouwen et al., 2010). En årsaksfaktor er de omfattende endringene i dagliglivet den enkelte må tilpasse seg til etter diagnostisering (Gillibrand & Holdich, 2010). Diagnosen krever en livslang overholdelse av en sunn diett, fysisk aktivitet, medisiner og blodglukoseovervåking (Karlsen, Oftedal & Bru, 2011). For å kunne leve godt med sykdommen må pasienten integrere de utfordrende egenomsorgsaktivitetene inn i sin hverdag, samt lære seg å takle potensialet for at komplikasjoner kan oppstå. I lys av denne komplekse og ofte krevende rekken med retningslinjer kan mange diabetespasienter bli følelsesmessig overveldet, frustrerte og motløse. Slike reaksjoner disponerer for redusert livskvalitet, diabetesrelatert stress og depresjonsutvikling (Karlsen et al., 2011; Timar et al., 2016).

En kombinasjon av diabetes type 2 og depresjon kan forverre sykdomsforløpet dramatisk, ettersom komorbid diabetes og depresjon er forbundet med dårlig glykemisk kontroll og problemer knyttet til egenomsorg. Mangel på slik kontroll bidrar til utvikling av senkomplikasjoner ved diabetes, som igjen kan forverre de psykiske plagene og medvirke til at pasienten havner i en ond sirkel (Mertig, 2012, s.232). Det er derfor viktig å forebygge denne kaskadereaksjonen, noe sykepleieren kan bidra til gjennom sitt forebyggende arbeid i en frisklivssentral (Kristoffersen, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette er etter samhandlingsreformens intensjon, da forebyggende arbeid i kommunen skal utgjøre en av

grunnpilarene i en fremtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s.80).

Jeg har valgt å skrive om dette temaet da psykisk helse er et fagfelt som interesserer meg, og da jeg gjennom praksis har opplevd at temaet ofte blir nedprioritert. Dette er uheldig da menneskets fysiske og psykiske helse er knyttet tett sammen og gjensidig påvirker hverandre (Ruusunen et al., 2012). Å forebygge sykdom er bedre enn å behandle sykdom, og jeg ønsker derfor å tilegne meg kunnskap om hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan forebygge depresjon hos diabetespasienter, for dermed å bidra til et bedre sykdomsforløp for disse pasientene (Klette, Evju, Kasen, & Bondas, 2014).

## **1.2 Problemstilling**

Med bakgrunn i fag- og forskningslitteratur er følgende problemstilling utarbeidet;

*«Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge utvikling av depresjon hos voksne pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2?»*

## **1.3 Begrepsavklaring**

### **Pasient**

En pasient blir etter Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) §1-3 definert som: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

### **Livsstil**

Livsstil betegner en persons levevaner. Levevaner knyttet til faktorer som blant annet kosthold og fysisk aktivitet er av stor betydning for den enkeltes helse. Både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttes til livsstilen den enkelte innehar, og er av betydning for om den enkelte bevarer god helse eller utvikler sykdom (Kristoffersen, 2016a).

### **Diabetesrelatert stress**

Diabetesrelatert stress forstås som en emosjonell reaksjon som oppstår når pasienten må håndtere de utfordrende behandlingskravene som diabetessykdommen medfører (Karlsen et al., 2011).

## **1.4 Målgruppe og kontekst**

Målgruppen i denne oppgaven er pasienter diagnostisert med diabetes mellitus type 2. Oppgaven vil ta utgangspunkt i voksne pasienter mellom 40-65 år, da denne aldersgruppen har stor helsegevinst sett i forhold til forventet antall leveår de har foran seg. Målgruppens nedre aldersgrense vil være 40 år, ettersom sykdommen oftest rammer mennesker i denne aldersgruppen og eldre (Jenssen, 2011). En øvre aldersgrense på 65 år er satt, da oppgaven vil ta for seg en målgruppe uten mange aldersrelaterte lidelser, med bakgrunn i at slike lidelser i seg selv kan disponere for depresjon og dermed komplisere oppgaven (Gillibrand & Holdich, 2010; Ranhoff, 2014).

Oppgaven vil basere seg på en pasientgruppe med nydiagnostisert diabetes type 2, da forebygging av depresjon er viktig på et tidlig stadium (Pols et al., 2017). Oppgaven vil videre ekskludere pasienter med tidligere psykiske lidelser, slik at forveksling mellom nyoppstått depresjon og tilbakevendende depresjon unngås. Det vil ikke legges vekt på et bestemt kjønn, selv om det viser seg at kvinnelige diabetespasienter er mer disponert for depresjonsutvikling, ettersom forebygging er viktig for begge kjønn (Norsk legemiddelhandbok, 2015).

Kontekst for oppgaven vil finne sted i en frisklivssentral, som er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Her møter sykepleieren nydiagnostiserte diabetespasienter med behov for veiledning, undervisning og oppfølging (Helsedirektoratet, 2016a). I følge samhandlingsreformen skal befolkningen i økende grad få tilbud om helsetjenester nær hjemmet, da dette både er kostnadseffektivt og hensiktsmessig for pasientene (St.meld. nr. 47, 2008–2009, s.27).

## **1.5 Avgrensning:**

Diabetes type 2 er en sykdom som ofte krever tverrfaglig oppfølging, og den samlede oppfølgingen fra helsepersonell vil ha stor betydning for pasientens opplevelse av et støttende og velfungerende helsevesen (Haugstvedt, 2011; Helsedirektoratet, 2018). På grunn av oppgavens omfang vil likevel ikke tverrfaglig samarbeid rettes stor oppmerksomhet, da sykepleierens selvstendige forebyggende arbeid vil være hovedfokus.

Forebygging av depresjon blant diabetespasienter er et komplekst tema og dekkes ikke utelukkende av sykepleierens forebyggende funksjon (Johansson, Österberg, Leksell & Berglund, 2018). Sykepleierens helsefremmende-, undervisende- og veiledende- funksjon



inkluderes derfor også i oppgaven, da funksjonene, i følge de benyttede forskningsresultatene, er avgjørende for vellykket depresjonsforebygging blant pasientgruppen.

I frisklivssentralen kan oppfølgingen foregå både som individuelle helsesamtaler og i grupper (Helsedirektoratet, 2016a). Karlson (2011) skriver at sykepleieren, gjennom individuelle helsesamtaler, får mulighet til å se den enkelte som individ og skape en trygg ramme som muliggjør samtaler om vanskelige tema. Pasientoppfølgingen vil derfor avgrenses til individuelle helsesamtaler.

Det finnes en rekke verktøy som kan brukes til å screene diabetespasienter for symptomer på depresjon og opplevelse av utfordringer og stress knyttet til sykdommen. Som følge av oppgavens ordbegrensning vil kun screeningverktøyet *The Patient Health Questionnaire 9* [PHQ-9] legges frem. PHQ-9 er et av hovedmomentene i en av de utvalgte forskningsartiklene benyttet i oppgaven, og anses i følge Janssen et al. (2016) og Acee (2010) som anerkjent (Pols et al., 2017).

## **1.6 Oppgavens formål**

Som det fremgår i avsnitt 1.1 er depresjon en utbredt lidelse blant pasienter med diabetes type 2. Dette er allikevel ikke et tema som rettes stor oppmerksomhet i praksis. I tråd med problemstillingen er oppgavens formål å innhente relevant og gyldig fag- og forskningslitteratur som kan belyse tematikken, og dermed bidra til å heve kompetansen innenfor området.

## **1.7 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven innledes med en teoretisk kunnskapsdel, hvor oppgavens teoretiske rammeverk presenteres. Videre blir oppgavens metode beskrevet, hvor søkehistorikk og kildekritikk av utvalgt litteratur inkluderes. Deretter presenteres en artikkelmatrise med relevant forskningslitteratur, som benyttes for å besvare problemstillingen. I drøftingsdelen ses problemstillingen i lys av det teoretiske rammeverket og utvalgt forskningslitteratur. Avslutningsvis forsøkes det å besvare problemstillingen.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget skal bidra til å gi et innblikk i de aspektene som problemstillingen omfatter. I dette kapitlet presenteres fagkunnskap om pasientgruppen og sykepleierens funksjonsområder, samt faktorer som er av betydning for pasientkontakten og pasientgruppens evne til egenomsorg. I tillegg omtales relevante juridiske og etiske rammer for sykepleieutøvelsen.

### **2.1 Diabetes mellitus type 2**

Diabetes mellitus type 2 er en kronisk sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kronisk sykdom er en irreversibel konstant tilstand, som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser. Å leve med en kronisk sykdom krever evne til egenomsorg for å forebygge videre funksjonssvikt (Curtin og Lubkin, referert i Rokne, 2011). Diabetespasienter lider av hyperglykemi, grunnet en kombinasjon av manglende insulinproduksjon i pankreas og samtidig insulinresistens i muskel-, lever- og fettceller (Jenssen, 2011; Matthews, 2007). Insulinproduksjonen og insulinresponsen blir dermed lavere enn kroppens behov, og pasientens blodglukosenivå stiger til unormalt høye verdier. Dette resulterer over tid i symptomer som slapphet, tørste og hyppig urinlating, men da sykdommen ofte er symptomfattig i tidlig fase kan diagnosen først komme etter 10-12 år (Jenssen, 2011). Foretrukket diagnostikum er i følge Helsedirektoratet (2018) blodprøven HbA1c  $\geq 6,5$  mmol/L.

I den vestlige verden er forekomsten av diabetes type 2 i dag økende, og tallet på diabetespasienter har firedoblet seg de siste 30 årene (WHO, 2018a). Økningen har sammenheng med både arv og livsstil, med økende forekomst av overvekt og inaktivitet. Sykdommen debuterer oftest i 40-års alderen, og forekomsten øker med alderen (Jenssen, 2011).

#### **2.1.1 Behandling**

Behandlingsmålene for pasienter med diabetes type 2 er å forebygge eller forsinke utviklingen av senkomplikasjoner, og samtidig minimere manifestasjoner på hyper- eller hypoglykemi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Grunnsteinen i behandlingen er tilrettelegging av livsstil, gjennom hovedsakelig kosthold og fysisk aktivitet, da dette bidrar til å holde

blodglukosen under kontroll, samt fremmer vekttap (Jenssen, 2011). Omtrentlig 80% av alle pasienter med diabetes type 2 har et overvektspollem, og vektnefgang vil ha en betydlig medisinsk og psykologisk effekt (Haugstvedt, 2011, s.299; Ruusunen et al., 2012).

Kosthold er hovedårsaken til de daglige blodsukkervariasjonene, og diabetespasientene bør derfor ha et bevisst forhold til måltidene sammensetning for å unngå store blodsukkersvingninger (Jenssen, 2011). Diabetikere kan stort sett ha det samme kostholdet som før, men bør tilstrebe å følge Helsedirektoratets kostråd. Dette innebærer inntak av rikelig med grønnsaker, fullkornsprodukter, magre meieriprodukter og begrensede mengder salt og sukker (Helsedirektoratet, 2018).

Regelmessig fysisk aktivitet vil kunne forsinke sykdomsutviklingen ved å bedre insulinfølsomheten i muskulaturen og dermed medføre bedre glykemisk kontroll. Helsedirektoratet (2018) anbefaler derfor 150 minutter med moderat til høy intensitet hver uke.

Dersom livsstilsendringer i seg selv ikke er tilstrekkelig for å holde blodsukkernivået på et akseptabelt nivå må perorale antidiabetiske legemidler legges til behandlingen (Jenssen, 2011).

### **2.1.2 Senkomplikasjoner**

To av tre pasienter med diabetes vil utvikle senkomplikasjoner i løpet av livet, noe som skyldes den langvarige hyperglykemiens skade på blodkar i ulike organer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Jenssen, 2011). Forsinket diagnostisering og manglende blodsukkerregulering øker risikoen for at komplikasjoner oppstår. Komplikasjonene deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære, utfra hvilke blodårer som affiseres. Pasienter med langvarig høy blodglukose disponeres spesielt for mikrovaskulære komplikasjoner. Disse omfatter nefropati, retinopati og nevropati, og kan over tid medføre nyresvikt, blindhet og nedsatt følelse og smerter i ekstremitetene (Jenssen, 2011).

De makrovaskulære komplikasjonene skyldes hovedsakelig aterosklerose i hjerte- eller hjernekar, noe som øker risikoen for iskemisk hjertesykdom, hjerteinfarkt og hjerneslag (Mertig, 2012, s.115-117). WHO (2018b) angir derfor diabetes som den 7. ledende dødsårsaken i verden. Også arteriene i underekstremitetene rammes av de aterosklerotiske

forandringene, noe som kan resultere i diabetiske fotsår og gangren, med påfølgende behov for amputasjon (Jenssen, 2011).

## **2.2 Depresjon og symptomer på depresjon hos voksne**

Begrepet «depresjon» stammer fra latin og betyr «nedtrykking». Depresjon er en sterk, langvarig opplevelse av senket stemningsleie, og gjerne en sterk skyldfølelse for virkelige eller innbilte forsømmelser (Håkonsen, 2014, s.254-255). Depresjon varierer både i styrke og varighet, fra mild, forbigående depresjon til alvorlig, langvarig depresjon med selvmordsfare (Helsedirektoratet, 2016b). Prevalensen av symptomer på depresjon er svært stor i samfunnet og det er anslått at hver femte person vil oppleve depresjon en gang i løpet av livet (Hummelvoll, 2016, s.193). Alle årsakene knyttet til depresjonsutvikling er ikke kjent, men lidelsen utvikles ofte hos mennesker som opplever vanskelige livssituasjoner (Folkehelseinstituttet, 2015; Håkonsen, 2014, s.255). Arv og kjønn spiller også inn, og kvinner har 70% større sannsynlighet for å bli deprimerte enn menn (Mertig, 2012, s.234; Norsk legemiddelhåndbok, 2015).

Depresjon er en individuell opplevelse, men fører som regel med seg både fysiske og psykiske symptomer (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2016, s.338) De mest fremtredende symptomene er senket stemningsleie, nedtrykthet, mangel på glede og interesse for andre mennesker og hverdagslige gjøremål, og en følelse av utmattelse. Disse symptomene kalles grunnsymptomer (Norsk legemiddelhåndbok, 2015). For å få diagnosen må minst to av grunnsymptomene være til stede og plagene må ha vedvart minst to uker (Norsk legemiddelhåndbok, 2015).

Fysisk aktivitet reduserer risikoen for depresjonsutvikling (Helsedirektoratet, 2010; Ruusunen et al., 2012). Fysisk aktivitet bidrar blant annet til økt velvære, mestringsfølelse og selvtillit, økt energinivå og en bedre fysisk helse, og disse effektene vil samlet sett virke depresjonsforebyggende (Helsedirektoratet, 2010; Sagen, 2011).

### **2.2.1 Livskvalitet og depresjon**

Livskvalitet handler om den enkeltes opplevelse av å ha et godt liv. Høy opplevelse av livskvalitet tilsier at den enkelte er fornøyd med sin livssituasjon (Rokne, 2011; Timar et al., 2016). Lav opplevelse av livskvalitet er i stor grad assosiert med depresjonsutvikling,

ettersom kvaliteten av livet oppleves utilfredsstillende (Zurita-Cruz et al., 2018). Livskvalitet er et sentralt begrep i forbindelse med kronisk sykdom, da hele pasientens livssituasjon rammes (Rokne, 2011).

### **2.3 Sammenhengen mellom diabetes og depresjon.**

Diabetes type 2 fordobler risikoen for å utvikle depresjon, og den store DAWN2-studien viser at så mange som 46,2% av diabetespasienter opplever at sykdommen har en negativ innvirkning på deres psykiske helse (Mertig, 2012, s.232-235; Nicolucci et al., 2013).

Diabetes type 2 vil på en omfattende måte gripe inn i de fleste aspektene av hverdagen. Livsstilsendringer knyttet til blant annet kosthold, fysisk aktivitet og blodsukkermonitorering kommer ofte brått på pasienten, som allerede på diagnosetidspunktet blir anmodet til å endre levevaner. Livsstilsendringene kan føre til en opplevelse av tap, da pasienten mister mye av friheten og levesettet han eller hun tidligere har hatt (Brown, Skinner & Barnard, 2007).

Vissheten om at pasientens egne levevaner er en viktig årsak til sykdommen kan lett gi en følelse av skyld og skam. Store behandlingmessige krav, mangel på kunnskap og frykt for senkomplikasjoner vil også spille inn og føre til utvikling av diabetesrelatert stress, med påfølgende symptomer på depresjon (Fisher, Glasgow & Strycker, 2010; Gardsten et al., 2018; Haugstvedt, 2011, s.300-302). Den samlede sykdomsbyrden vil for mange oppleves svært belastende, og vil uten tilstrekkelig oppfølging og sosial støtte disponere for depresjonsutvikling (Brown et al., 2007).

I midtlivsfasen forventes det at den enkelte viser stor arbeidskapasitet. I mange tilfeller vil vedkommende ikke lengre klare å opprettholde de daglige forpliktelsene knyttet til jobb og privatliv, og i enda mindre grad oppfølging knyttet til den nydiagnostiserte diabetessykdommen (Haugstvedt, 2011, s.301-303). Selv lave nivåer av depresjon kan ha en svært negativ effekt på pasientens evne til egenomsorg (Mertig, 2012, s.233). Den manglende evnen til å følge behandlingsregimet vil i seg selv kunne medføre en ytterligere følelse av mislykkethet og håpløshet og lede pasienten inn i en ond sirkel hvor diabetessykdommen og psykiske vansker gjensidig påvirker hverandre i negativ retning (Haugstvedt, 2011, s.301).

#### **2.3.1 Kartlegging av symptomer på depresjon hos diabetespasienter**

Screeningverktøyet PHQ-9 er i følge Janssen et al. (2016) og Pols et al. (2017) et egnet hjelpemiddel til å fange opp symptomer på depresjon hos diabetespasienter (vedlegg 1).

PHQ-9 består av ni problemområder, der pasienten oppgir hvor ofte han eller hun har opplevd ett eller flere av de opplistede problemene i løpet av de siste to ukene. Hvert ledd i spørreskjemaet har en alvorlighetsgrad som strekker seg fra 0-3, der 0 tilsier at pasienten ikke har opplevd problemet i det hele tatt, mens 3 tilsier at pasienten plages av problemet nesten daglig. Mulig rekkevidde for poengsum er 0-27, hvor høyere score indikerer høyere grad av depresjon (Acee, 2010).

## 2.4 Sykepleierens funksjon

En sykepleier innehar totalt åtte funksjoner og ansvarsområder. Disse omfatter; helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, administrasjon og fagutvikling og kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). For å forebygge depresjon hos diabetespasienter i en frisklivssentral er sykepleierens forebyggende-, helsefremmende- og undervisende- og veiledende funksjon relevante (Helsedirektoratet, 2016a).

Sykepleierens *helsefremmende-* og *forebyggende funksjon* favner sykepleie for å fremme helse og forebygge sykdom til friske, syke og personer som er spesielt utsatt for helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016). Den helsefremmende funksjonen innebærer å sette en person i stand til å få økt kontroll over og mulighet til å forbedre sin helse gjennom å styrke pasientens egne ressurser. Den forebyggende funksjonen handler på sin side om å redusere sykdomsfremkallende og skadelige faktorer hos den enkelte, og deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Tertiærforebyggende tiltak har som hensikt å hindre at helseproblemer oppstår hos mennesker med kroniske sykdommer, og vil være relevante for å forebygge depresjonsutvikling hos diabetespasienter (Kristoffersen et al., 2016).

Den *undervisende-* og *veiledende funksjon* handler om å bidra til læring, utvikling og mestring, og rettes mot pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. Hovedmålet er å hjelpe pasienten til å forstå og mestre sin sykdom, samt å fremme den enkeltes trygghet (Nortvedt & Grønseth, 2016). Alle nydiagnostiserte diabetespasienter har rett til opplæring, og pasienten skal gjennom det samlede undervisnings- og veiledningstilbudet tilegne seg kunnskaper i henhold til nasjonale retningslinjer for diabetes. Dette omfatter kunnskap om behandling, egenomsorg og sosiale rettigheter (Helsedirektoratet, 2018). I følge Johansson et al. (2018) kan sykepleieren fremme kunnskapstilegnelse ved å ha en taktfull og utfordrende

tilnærming til pasienten, samt støtte oppom brukermedvirkning. I en frisklivssentral rettes undervisningstilbudet først og fremst mot livsstilsendring og mestring av belastninger (Helsedirektoratet, 2016a).

## **2.5 Relasjon og kommunikasjon**

Begrepet relasjon brukes i dagligtalen om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2017, s.17-22). Å skape en god relasjon er grunnleggende for et hvert forhold mellom sykepleieren og pasienten, og er i følge Goetz et al. (2012) avgjørende for pasientens evne til egenomsorg, samt opplevelse av livskvalitet. I studien til Pols et al. (2017) ble relasjonen til sykepleieren av mange beskrevet som det viktigste elementet i oppfølgingen. God oppfølging forutsetter derfor at sykepleieren etablerer en nær relasjon til pasienten (Gillibrand & Holdich, 2010). For å oppnå kontakt er det først og fremst viktig at sykepleieren skaper en trygg atmosfære som fremmer god kommunikasjon. Den enkelte skal være i fokus, og en personsentrert tilnærming er viktig for at pasienten skal føle seg sett og hørt. Gjennom empati, respekt, aksept og genuinitet kan sykepleieren fremme denne tilnærmingen og oppnå pasientkontakt (Brown et al., 2007).

Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn og signaler mellom to eller flere parter. Gode kommunikasjonsteknikker er et middel for å forstå den enkelte som individ og til å yte bedre omsorg (Eide & Eide, 2017, s.17-22). Når sykepleieren skal hjelpe en diabetespasient til å snakke om vanskeligheter er det viktig å strukturere spørsmål på en måte som forhindrer lukkede svar. Åpne spørsmål legger opp til at pasienten kan lede samtalen dit han eller hun ønsker. Kommunikasjonsteknikker som aktiv lytting, parafrasering, speiling og oppsummering kan benyttes for å gi den enkelte innsikt i egne tanker og følelser (Brown et al., 2007). Sykepleierens nonverbale kommunikasjon vil på sin side være avgjørende for utviklingen av kontakt og trygghet i relasjon til pasienten (Eide & Eide, 2017, s.135).

## **2.6 Motiverende intervju**

Motiverende intervju er en metode som egner seg spesielt godt for samtaler som omhandler endring, motivasjon og mestring. Sykepleierens hovedmål er å øke brukerens bevissthet om egen situasjon og motivasjon til å endre atferd, på egne premisser (Helsedirektoratet, 2017). Inkludering av metodens prinsipper i samtaler med diabetespasienter vil være spesielt aktuelt,

da en sunn livsstil og vektreduksjon i følge Timar et al. (2016) og Ruusunen et al. (2012) vil redusere risikoen for depresjonsutvikling blant pasientgruppen.

Motivasjon er vesentlig for at en diabetespasient skal endre livsstil permanent, og beskrives som «en holdningsmessig predisposisjon for kunnskapstilegnelse og handling» (Karlsen, 2011, s.219-220). Motivasjon kan deles inn i «ytre motivasjon», som kommer fra en kilde utenfor personen selv, og «indre motivasjon», som kommer innenfra (Hestvold, 2018; Kristoffersen, 2016b). Sykepleierens oppgave i motiverende intervju er å fremme pasientens motivasjon gjennom å strukturere samtalen, samt hjelpe pasienten til å identifisere og belyse viktige tema som dukker opp underveis (Barth, Børtveit & Prescott, 2014, s.14-17). Kommunikasjonsteknikkene nevnt i avsnitt 2.5 vil være til hjelp for å stimulere til «endringssnakk», som er selvmotiverende ytringer som omhandler ønsker eller grunner til å gjøre endring (Barth et al., 2014, s.111; Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig at sykepleieren bidrar til å styrke disse endringstankene, da pasienten ofte vil være ambivalent til å livsstilsendring, og ytre «motstandstanker» (Barth et al., 2014, s.111). I møte med motstandstankene bør sykepleieren «rulle med motstanden», for å redusere disse. Dette tilsier at sykepleieren er støttende, reflekterende og bekreftende (Helsedirektoratet, 2017).

Konkrete personlige mål vil være til hjelp når pasienten skal endre atferd. Sykepleieren kan i samarbeid med pasienten sørge for at disse er i tråd med SMART-prinsippet: spesifikke, målbare, akseptable, realistiske og tidsbestemte (Helsedirektoratet, 2017).

## **2.7 Empowerment og mestring**

Manglende opplevelse av empowerment og mestring er risikofaktorer for depresjonsutvikling blant diabetespasienter (Mertig, 2012, s.240). WHO (1998) definerer empowerment som «en prosess der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører deres helse». For å oppleve empowerment, behøver diabetespasienter i følge Brown et al. (2007) kunnskap om sykdommen og aktuelle ferdigheter, samt innsikt i seg selv og egne mestringsstrategier.

Mestring defineres ved kronisk sykdom som «beslutninger og handlinger som pasienter med kronisk sykdom foretar, som innvirker på deres helse» (Kristoffersen, 2016b, s.355). Lazarus & Folkman (1984, s.150-153) skiller hovedsakelig mellom to hovedtyper mestringsstrategier. Den første hovedstrategien kalles *problemorientert mestring*. Denne tilnærmingen omfavner



ulike aktive strategier for å løse et problem eller hankses med en utfordrende situasjon, og vil i følge studien til Johansson et al. (2018) være en grunnstein for et godt liv med diabetes.

Den andre hovedstrategien for mestring kalles *emosjonsfokusert mestring*, og tar sikte på å dempe den enkeltes følelsesmessige reaksjon i møte med en ubehagelig situasjon, ved å endre situasjonens meningsinnhold (Lazarus & Folkman, 1984, s.150-153). Dette ved å eksempelvis bagatellisere situasjonens alvor eller benekte situasjonen (Kristoffersen, 2016c). Pasienter som benytter emosjonsfokusert mestring har forhøyet sannsynlighet for å oppleve økt grad av stress og nedsatt livskvalitet (Karlsen et al., 2011).

## **2.8 Inkludering av pårørende**

Diabetes type 2 er en sykdom som i stor grad influerer hverdagslivet, og sykepleieren bør ha et familieperspektiv i oppfølgingen av pasienten (Goetz et al., 2012; Karlsen et al., 2011). I tillegg til å beskytte mot stress og stimulere til mestring vil pårørende kunne fungere som et sikkerhetsnett rundt pasienten. Dette ved å blant annet skjerme mot belastninger som påvirker mulighetene til og motivasjonen for å gjennomføre en helsefremmende livsstil (Goetz et al., 2012; Karlsen et al., 2011). Dette forutsetter at pårørende har tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, dens innvirkning på pasienten og pasientens egne behov (Johansson et al, 2018; Mertig, 2012, s.252-253).

## **2.9 Etiske- og juridiske rammer**

Sykepleiere ved en frisklivssentral utøver sine funksjonsområder innenfor yrkesetiske og juridiske rammer i det forebyggende arbeidet mot depresjon. *De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere*, punkt 2, favner sykepleierens rolle i møte med pasienten. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients helse og forebygge sykdomsutvikling. Han eller hun skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og til en hver tid ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sett fra et juridisk perspektiv har pasienten i følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), §3-1, rett til medvirkning i sin behandling. Tjenestetilbudet skal derfor, så langt det lar seg gjøre, utformes sammen med pasienten. Dette forutsetter at pasienten har tilstrekkelig

innblikk i sin helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen. Denne retten kommer frem av samme lov, §3-2. Informasjonen som gis skal etter §3-5 være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, og formidles på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonells informasjonsplikt stadfestes i Helsepersonelloven (1999) §10.

Etter samhandlingsreformens inntog i 2012 har ansvaret for forebyggende helsearbeid i større grad enn tidligere blitt lagt på kommunen (St.meld. nr. 47, 2008–2009, s.23-24). Kommunen har i følge Folkehelseloven (2011) §4 ansvar for å fremme befolkningens helse og bidra til å forebygge psykisk- og somatisk sykdom med de virkemidlene kommunen er tillagt. Dette ansvaret stadfestes også i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-3, første ledd. En frisklivssentral er i tråd med dette lovverket, og er en anbefalt måte å organisere slike kommunale helsetjenester på (Helsedirektoratet, 2016a).

### **3 Metode**

I følge Dalland (2017, s.51) er metode et middel som forteller oss hvordan vi skal gå frem for å løse et aktuelt problem eller fremskaffe ny kunnskap. Metoden er med andre ord redskapet som brukes for å besvare oppgavens problemstilling. I dette kapittelet blir anvendt metode, litteratursøk og kildekritikk gjort rede for.

#### **3.1 Anvendt metode**

I oppgaven anvendes litteraturstudie som metode, på bakgrunn av høgskolens rammer for bacheloroppgaven. Litteraturstudie er en studie hvor kunnskap fra skriftlige kilder systematiseres. Systematisering innebærer å innhente kunnskap, gjennomgå denne kritisk, og tilslutt sammenfatte funnene (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2017, s.77-80). Dette vil gi leseren en oppdatert og god forståelse av problemstillingen (Thidemann, 2017, s.77-80). Innhentet kunnskap krediteres i oppgaven gjennom bruk av kildehenvisninger i APA-stil.

Litteraturstudien baserer seg på data innhentet fra fagbøker, fagartikler, anerkjente nettressurser og kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. Kvalitativ metode tar sikte på å gå i dybden og innhente kunnskap om menneskelige egenskaper, som muliggjør en helhetsforståelse av et fenomen. Kvantitativ metode er på sin side rettet mot målbare enheter, som muliggjør forståelse av omfang, utstrekning og hyppigheten av et fenomen. (Dalland, 2017, s.52-53; Thidemann, 2017, s.77-80). For å bidra til en fullstendig forståelse av problemstillingen er det inkludert forskningslitteratur som baserer seg på begge metodene.

#### **3.2 Faglitteratur**

Relevant litteratur er innhentet fra høgskolens bibliotek, gjennom søk i deres database, Oria. Bøkene «Diabetes: a handbook for the primary healthcare team» (2007), «Nurses' Guide to Teaching Diabetes Self-Management» (2012) og «Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling» (2011) er spesielt relevante, da de tar for seg psykiske vansker sett i lys av et liv med diabetes. Også boken «Grunnleggende Sykepleie Bind 3» (2016) er mye tatt i bruk, grunnet sin grundige presentasjon av viktige aspekter knyttet til sykepleierens forebyggende, helsefremmende og undervisende og veiledende funksjon, i arbeidet med å styrke pasientens ressurser. Øvrige bøker er benyttet grunnet sin relevans for problemstillingen. Alle bøkene som inkluderes i oppgaven er skrevet av fagpersoner. I oppgaven er både primær- og sekundærlitteratur anvendt, men primærlitteratur er tilstrebet for å forhindre feiltolkninger.

Nettressursene til Helsedirektoratet, Lovdata, NSF, Norsk legemiddelhåndbok og Folkehelseinstituttet er også tatt i bruk, da de er anerkjente og aktuelle for problemstillingen.

### 3.3 Artikkelsøk

I arbeidet med oppgaven er databasene CINAHL, PubMed og Google Scholar tatt i bruk for å finne relevant forskningslitteratur. For å operasjonalisere problemstillingen er PICO-skjemaet (Patient/Problem, Intervention, Comparisson og Outcome) benyttet (Vedlegg 2). PICO-skjemaet er et nyttig redskap for å sortere søketermer og komme frem til en god søkestrategi (Thidemann, 2017, s.86). For å utvide funnene av relevante artikler ble det brukt ulike kombinasjoner av de aktuelle søkeordene. Artiklene i databasene ble initielt valgt ut etter tittel, deretter basert på vurdering av sammendraget og IMRAD-struktur. Forskningsartiklene som ble funnet aktuelle ble så systematisk gjennomgått for å bekrefte deres relevans for problemstillingen og med hensyn til oppgavens tematikk og kontekst, samt faglige validitet.

Inklusjonskriterier for søkene var: fagfelleverdert, fulltekst, engelskspråklig og publisert mellom 2010 og 2019. Artikler fra ikke-vestlige kontinenter ble ekskludert, da funnene vil være vanskelige å overføre til det norske helsevesenet.

Søkedato:	Database:	Søk nummer:	Søkeord/ordkombinasjoner:	Antall treff:	Leste abstrakt:	Leste artikler:	Artikkel inkludert:
12.12.2018	CINAHL	1	«Diabetes mellitus type 2» AND «Depression» AND «Nurse*»	34	10	5	«Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients and practice nurses experiences»
12.12.2018	Google Scholar	2	«Diabetes mellitus type 2» + «Depressive symptoms» + «Lifestyle intervention»	83000	35	8	«How does lifestyle intervention affect depressive symptoms? Results from the Finnish Diabetes Prevention Study»

14.12.2018	PubMed	3	«Diabetes mellitus type 2» + «Diabetes-related self-care activities» + «Quality of life»	20	4	2	«Factors influencing the quality of life perception in patients with type 2 diabetes mellitus»
05.01.2019	CINAHL	4	«Diabetic patients» AND «Support» AND «Nurse*»	128	9	3	«Supporting patients learning to live with diabetes: a phenomenological study»
13.02.2019	CINAHL	5	«Diabetes mellitus type 2» AND «Support» AND «Coping»	57	10	3	«The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes»
29.03.2019	PubMed	6	«Diabetes type 2» + «Social support» + «Primary health care» + «qualitative approach»	41	5	2	«The importance of social support for people with type 2 diabetes- a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients»

### 3.4 Kildekritikk

Ved bruk av kilder er det viktig å vurdere disse kritisk, for å sikre at kilden er relevant for problemstillingen og at informasjonen som benyttes er gyldig (Dalland, 2017, s.158).

Artiklene som er anvendt i oppgaven er fagfellevurdert og utgitt av anerkjente tidsskrifter. Artiklene anses derfor som troverdige og objektive. Foruten bøkene «Diabetes: a handbook for the primary healthcare team» (2007) og «Stress, appraisal, and coping» (1984) er litteraturen benyttet i oppgaven utgitt innenfor de siste 10 årene. Førstnevnte er inkludert grunnet sin relevans for problemstillingen og ettersom innholdet fortsatt anses som aktuelt. Dette fordi det ikke har lyktes å oppdrive nyere litteratur som dekker temaet «psykososial støtte til diabetespasienter» like godt. Sistnevnte anses fortsatt som relevant, da boken omtales i fag- og forskningslitteratur benyttet i oppgaven (Hestvold, 2018; Karlsen et al., 2011; Kristoffersen, 2016c).

En betydelig andel fag- og forskningslitteratur som benyttes i oppgaven er opprinnelig skrevet på engelsk. En svakhet kan derfor være at viktige nyanser har blitt oversett under arbeidet med disse kildene. Majoriteten av faglitteraturen som presenteres i oppgaven er sekundærlitteratur, noe som innebærer at forfatterne har fortolket innholdet i primærlitteraturen, hvilket igjen kan være en svakhet. Alle forskningsartiklene er på sin side primærlitteratur, som presenterer ny forskning (Thidemann, 2017, s.71). Tre av artiklene i oppgaven er skrevet av skandinaviske forfattere og anses derfor som svært overførbare til det norske helsevesenet. Også artiklene til Pols et al. (2017) og Goetz et al. (2012), som er av henholdsvis nederlandsk og tysk opprinnelse, anses å være overførbare til den norske primærhelsetjenesten. Artikkelen til Timar et al. (2016) har på sin side romansk opprinnelse, og det kan derfor foreligge kulturelle forskjeller mellom landenes helsevesen som begrenser overførbarheten.

I letingen etter gode forskningsartikler finnes det en rekke ulike måter å utføre søk på, både når det gjelder søkeord, søkekombinasjoner og bruken av ulike databaser. Under søket etter forskningsartikler kan muligens relevante artikler som kunne belyse problemstillingen ha blitt oversett, ved at søket enten har vært for vidt eller for spesifikt.

Det finnes mye litteratur om depresjon hos diabetespasienter, men mindre om hvordan depresjon faktisk kan forebygges hos pasientgruppen. Flere av tiltakene som presenteres i drøftingskapittelet baserer seg derfor på faglitteratur og forskningsresultater som omhandler årsaker til depresjonsutvikling hos diabetespasienter. Det er naturlig å anta at depresjon kan

forebygges dersom årsakene til depresjonsutvikling elimineres. Studiene til Johansson et al. (2018), Karlsen et al. (2011) og Goetz et al. (2012) er eksempler på studier som ikke direkte knytter seg til depresjonsforebygging, men til faktorer som kan lede til depresjonsutvikling. Tilleggs litteratur benyttes derfor for å bekrefte artiklenes relevans. En svakhet med studien til Johansson et al. (2018) er at ingen mannlige sykepleiere er inkludert i undersøkelsen, noe som kan ha påvirket dens perspektiv. Studien til Karlsen et al. (2011) innehar også en svakhet ved at dens utforming som en tverrsnittstudie begrenser muligheten til å trekke konklusjoner om årsakssammenheng mellom diabetesrelatert stress og studievariablene. Når det kommer til Goetz et al. (2012) sin studie kan det tenkes at deltakergodtgjørelsen på 50 euro bidro til en bestemt utvalgsmasse, da deltakernes finansielle situasjon ikke ble kartlagt på forhånd.

En forskningsartikkel som anvendes tungt i oppgaven er studien av Pols et al. (2017). Artikkelen anses svært relevant for oppgaven da den belyser viktige faktorer som må være tilstede for at depresjonsforebyggende tiltak skal være effektive i primærhelsetjenesten. En svakhet med studien er imidlertid at en av forskerne som var ansvarlig for intervjuene også deltok som forsker i den originale kvantitative studien artikkelen baserer seg på. Dette kan muligens ha vært med på å påvirke intervjuobjektene svar.

Artikkelen til Ruusunen et al. (2012) tar for seg hvordan livsstilsintervensjon påvirker symptomer på depresjon hos pasienter som befinner seg i faresonen for utvikling av diabetes type 2. Til tross for at pasientene i studien enda ikke har fått diagnosen diabetes type 2, med belastningene dette medfører, opplever mange de samme livsstilsutfordringene som pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2. Resultatene vil dermed kunne overføres til pasientgruppen i oppgaven. Studien til Timar et al. (2016) støtter også opp under livsstilsintervensjoners positive effekt på pasientgruppens mentale helse. Studien tar på sin side for seg innvirkningen ulike faktorer har på en diabetespasients opplevelse av livskvalitet, og resultatene vil derfor ikke direkte kunne sammenliknes med de i studien til Ruusunen et al. (2012). Tilleggsstudier benyttes derfor i drøftingskapittelet for å bekrefte validiteten til artiklene.

## 4 Forskningsartikler

I dette kapitelet presenteres hovedstudiene som benyttes i oppgaven i en artikkelmatrise, som er utarbeidet for å gi leseren et overblikk over artiklenes utforming og innhold.

Nr.	Forfatter / årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Pols et al. (2017)	«Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients and practice nurses experiences»	BMC Family Practise	Undersøke sykepleieres og pasienters tanker omkring et depresjonsforebyggende program, for å forstå hvorfor programmet ikke viste seg å ha signifikant effekt.	Kvalitativ metode: data ble samlet inn gjennom semi-strukturerte intervjuer med 24 deltakere (15 pasienter og 9 sykepleiere).	Det depresjonsforebyggende programmet ble ansett som verdifullt for de fleste deltakerne, men disse tankene var det ikke mulig å fange opp i den originale kvantitative studien. Pasientene opplevde økt bevissthet knyttet til mental helse, samt redusert opplevelse av stigma og økt tilgjengelighet av helsetjenester. Et godt forhold til sykepleieren var avgjørende for om pasienten kunne fortelle om utfordringer. PHQ-9 var et nyttig verktøy til å fange opp symptomer på depresjon, men var ikke egnet til å monitorere graden av depresjon.
2	Ruusunen et al. (2012)	«How does lifestyle intervention affect depressive symptoms? Results from the Finnish Diabetes Prevention Study»	Diabetic Medicine	Vurdere effekten av livsstilsintervensjon på symptomer på depresjon over tid.	Kvantitativ metode: Randomisert undersøkelse. Data er samlet inn fra 522 deltakere i Finland som slet med overvekt og redusert glukosetoleranse.	Deltakerne som lyktes i å gå ned i vekt hadde størst reduksjon i symptomer på depresjon. Reduksjon i energiinntak og økt fysisk aktivitetsnivå var også assosiert med stor reduksjon i symptomer på depresjon.
3	Timar et al. (2016)	«Factors influencing the quality of life perception in patients with type 2 diabetes mellitus»	Patient Preference and Adherence	Vurdere innvirkningen av ulike faktorer påvirkning på livskvaliteten til en gruppe pasienter med diabetes type 2.	Kvantitativ metode: Tverrsnittsstudie. 198 pasienter med diabetes type 2 deltok i studien.	God evne til egenomsorg, gjennom et sunt kosthold, fysisk aktivitet og glykemisk kontroll var assosiert med høy livskvalitet. De faktorene som spilte negativt inn på pasientenes opplevelse



						av livskvalitet var derimot høy BMI, tilstedeværelse av depresjon, manglende glykemisk kontroll og egenmestring, og tilstedeværelse av senkomplikasjoner.
4	Johansson et al. (2018)	«Supporting patients learning to live with diabetes: a phenomenological study»	British Journal of Nursing	Undersøke hva et utvalg diabetes-sykepleiere legger i begrepet «brukerstøtte» og utforske hvordan sykepleierne opplever å utøve brukerstøtte på best mulig måte.	Kvalitativ metode: Fenomenologisk studie. Data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer med 16 diabetessykepleiere.	Brukerstøtte har som mål å øke pasientens vilje og evne til å ta ansvar for egen tilstand. Sykepleieren må ha en taktfull og kritisk utfordrende tilnærming, våge å konfrontere frykt og andre følelser og akseptere det faktumet at ansvaret for å lære om og integrere sykdommen inn i dagliglivet ligger hos pasienten.
5	Karlsen et al. (2011)	«The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes»	Journal of Advanced Nursing	Undersøke i hvilken grad kliniske indikatorer som HbA1c, diabetesbehandling, diabetesrelaterte komplikasjoner, sykdomsvarighet, BMI, mestringsstrategier og opplevd sosial støtte fra helsepersonell og familie er knyttet sammen med diabetesrelatert stress.	Kvantitativ metode: 425 deltakere med diabetes mellitus type 2 besvarte et spørreskjema som vurderte mestringsstrategier, opplevd sosial støtte fra helsepersonell og familie, og diabetesrelatert stress.	Mestringsstrategi og opplevd sosial støtte er av større betydning for om den enkelte opplever diabetesrelatert stress enn andre kliniske indikatorer.

6	Goetz et al. (2012)	«The importance of social support for people with type 2 diabetes- a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients»	Psycho-social medicine	Utforske synspunktene og erfaringene til allmennleger, praktiserende sykepleiere og pasienter med diabetes type 2 knyttet til viktigheten av sosial støtte i oppfølgingen av pasienter med diabetes type 2.	Kvalitativ metode: Intervju med 10 allmennleger og to fokusgruppeintervju med 10 sykepleiere og 9 pasienter med diabetes type 2.	Sosial støtte gitt av sykepleiere og pårørende spiller en avgjørende rolle for pasienter med type 2 diabetes, med tanke på opplevelse av velvære, glykemisk kontroll og livsstilsendring.
---	---------------------	--	------------------------	---	--	---

## **5 Drøftingspunkter**

Formålet med dette kapitlet er å drøfte problemstillingen, i lys av presentert fag- og forskningslitteratur. Dette innebærer å overveie resultater, samt underbygge argumenter og synspunkter med aktuell litteratur. I henhold til funnene i litteraturen vil tidlig identifisering av symptomer på depresjon, empowerment og mestring, livsstilsendring og sosial støtte belyses nærmere.

### **5.1 Tidlig identifisering av symptomer på depresjon**

Rutinemessig vurdering av nydiagnostiserte diabetespasienters psykiske helse er viktig for å fange opp symptomer på depresjon, og ta tak i disse før problemene utvikler seg (Mertig, 2012, s.234). I følge den store DAWN2-studien ble den psykiske helsen til pasientgruppen kun kartlagt i en tredjedel av tilfellene (Nicolucci et al., 2013). Dette er uheldig da tidlig identifisering av symptomer på depresjon, samt hjelp til å hankses med disse, er assosiert med forbedret funksjon og bedre metabolske utfall blant diabetespasienter (Gillibrand & Holdich, 2010). Som sykepleier i en frisklivssentral vil det derfor være aktuelt å vurdere pasienten med tanke på symptomer på depresjon allerede ved den innledende helsesamtalen.

#### **5.1.1 Betydningen av en god relasjon og kommunikasjon**

Tidlig identifisering av symptomer på depresjon forutsetter en god relasjon og god kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten, ettersom dette bestemmer hvorvidt pasienten klarer å åpne seg opp og snakke om utfordringer knyttet til mental helse (Pols et al., 2017). Sykepleieren kan i følge Hummelvoll (2016, s.38-40) bygge en god relasjon til pasienten ved å skape en atmosfære preget av tillit, likeverdighet, forståelse, åpen kommunikasjon og respekt. Brown et al. (2007) støtter opp under denne uttalelsen, og legger til at sykepleieren i tillegg bør utstråle varme, nærvær og genuinitet. I følge Eide & Eide (2017, s.135-140) kan spesielt nonverbal kommunikasjon, som et imøtekommende blick og et vennlig smil bidra til kontakt og trygghet. Et stresset uttrykk hvor sykepleieren stadig ser på klokken og haster gjennom spørsmål vil på den andre siden skape avstand til pasienten. Tidspress ble i følge studien til Goetz et al. (2012) av denne grunn beskrevet som en av de største barrierene for å etablere en god relasjon til pasienten. Manglende kontakt vil være svært uheldig for kartlegging av pasientens mentale helsetilstand, da temaet er sensitivt og kan være vanskelig å snakke om. For å unngå en stresset tilnærming kan sykepleieren, før samtalen, informere pasienten om tiden som er til rådighet, for så å disponere denne på pasientens premisser (Brown et al., 2007).

Når sykepleieren skal kartlegge pasientens mentale helsestatus er det viktig å merke seg at pasienter sjelden uttrykker utfordringer direkte, men ofte benytter indirekte antydninger og hint; både verbale og nonverbale (Eide & Eide, 2017, s.17). Identifisering av utfordringer og vansker forutsetter derfor at sykepleieren lytter aktivt til pasientens verbale utsagn, men også observerer de nonverbale uttrykkene. Dersom sykepleieren aner at pasienten er nølende med å innrømme symptomer på depresjon kan det i følge Mertig (2012, s.235) være hjelpsomt å understreke forekomsten av depresjon og forklare årsaksfaktorene. Pasientens komfortnivå knyttet til samtaler om temaet vil da kunne øke.

### **5.1.2 PHQ-9 som kartleggingsverktøy**

Spørreskjemaet PHQ-9 vil kunne være et nyttig verktøy for å fange opp diabetespasienters symptomer på depresjon, samt indikere symptomenes alvorlighetsgrad. I følge Acee (2010) kartlegger skjemaet graden av sentrale symptomer på depresjon hos diabetespasienter på en enkel og brukervennlig måte, noe som samsvarer med funnene i artikkelen til Janssen et al. (2016). Det er på den andre siden viktig at sykepleieren stoler på sin egen kliniske vurdering av pasienten, og ikke alene på kartleggingsverktøyet, da menneskets psykiske helse er et komplekst samspill mellom flere faktorer (Pols et al., 2017). Pasientens endringer i humør kan skyldes fysiologiske årsaker, som eksempelvis hyperglykemi. Vedvarende hyperglykemi kan redusere pasientens energinivå, hvilket igjen kan påvirke pasientens mentale helse (Gillibrand & Holdich, 2010). PHQ-9 er derfor ikke et fullkomment kartleggingsverktøy, og sykepleieren bør av denne grunn ikke låse seg fast i resultatene av kartleggingen, men se disse i lys av pasientens helhetlige situasjon (Pols et al., 2017).

Mange sykepleiere kvier seg for å snakke om psykiske problemer med pasientene, ettersom de er redde for å forverre situasjonen (Gillibrand & Holdich, 2010). Dette er uheldig da samtaler om utfordringer ofte kan redusere pasientens plager, og pasienten selv sjelden tar opp temaet på eget initiativ (Mertig, 2012, s.234). I studien utført av Pols et al. (2017) kom det frem at både sykepleiere og pasienter opplevde PHQ-9 som et naturlig startpunkt for samtaler som omhandlet mental helse. Rutinemessig bruk av PHQ-9 vil derfor ikke kun fungere som et kartleggingsverktøy, men også ha flere gunstige formål. Standard bruk av skjemaet i diabetesoppfølgingen vil eksempelvis senke terskelen for å snakke om mental helse, da pasientene blir oppmerksomme på at psykiske vansker ikke kun oppleves av den enkelte, men er gjennomgående for hele pasientgruppen. I studien til Pols et al. (2017) oppga

pasientene også at de fikk bedre innsikt i sin mentale helse ved å regelmessig fylle ut skjemaet:

“The real eye-opener for me was that I became aware of my own behavior. As I filled out the questionnaires again and again, I realized: ‘This is how people see me’. Whereas I hadn’t really noticed my negativity or that I was feeling a bit down myself. That was the biggest plus for me” (Pols et al., 2017).

Det er imidlertid viktig at sykepleieren er til stede under utfyllingen av PHQ-9 og tar tak i de utfordringene som kommer frem, slik at pasienten ikke opplever at skjemaet kun er et rutinemessig kartleggingsverktøy uten videre betydning. Selv om PHQ-9 ikke er et fullkomment verktøy hva angår monitorering av symptomer på depresjon er det viktig å ta pasientens svar på alvor (Pols et al., 2017). I følge Acee (2010) gjelder dette spesielt de svarene som omhandler positiv respons på spørsmål 9: «tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv». Slike tanker skal aldri las ligge uten videre kartlegging (Acee, 2010; Stänicke, 2016). En høy skår på over 10 på PHQ-9 bør også tas tak i umiddelbart, ettersom dette indikerer at pasienten har moderate symptomer på depresjon (Janssen et al., 2016). Til tross for dette, er det viktig at også pasienter uten symptomer på depresjon inkluderes i oppfølgingen, da symptomene vil kunne oppstå senere i sykdomsforløpet (Mertig, 2012, s.234).

## **5.2 Fra brikke til aktør**

Opplevelse av empowerment og mestring vil være essensielt for et langt og godt liv med diabetes, ettersom valgene pasienten tar i hverdagen vil være avgjørende for hvordan sykdommen utvikler seg (Allgot, 2011; Jenssen, 2011). Mangel på disse faktorene vil i følge Karlsen et al. (2011) og Kristoffersen (2016b) disponere for depresjonsutvikling, ettersom dette vil kunne medføre økt grad av diabetesrelatert stress og lav opplevelse av livskvalitet. Ved å ta i bruk sin undervisende- og veiledende funksjon kan sykepleieren forebygge denne utviklingen, da funksjonene har til hensikt å styrke pasientens egne ressurser til å ta kontroll over eget liv (Kristoffersen et al., 2016). Dette forutsetter imidlertid at sykepleieren innehar tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, pasientgruppen og den individuelle pasienten, ettersom mangel på dette kan føre til ineffektiv og upersonlig rådgivning, hvor fokus ligger på faktorer som oppleves irrelevante for pasienten selv (Raddock et al., 2015).

### 5.2.1 Etableringen av en god kunnskapsbase

Sykepleieren må innstille seg på å ha en lærende og personsentrert pasienttilnærming ved første møte med en nydiagnostisert diabetespasient (Johansson et al., 2018). Til tross for at pasienten skal ha gjennomgått basisopplæring i primær- eller sekundærhelsetjenesten før henvisning til frisklivssentralen, kan den enkelte oppleve kunnskapsmangler (Helsedirektoratet, 2018; Torgauten, 2011). Pasienten kan ha vært i en sjokkfase under opplæringen, og/eller blitt overveldet av informasjonsmengden (Torgauten, 2011).

Sykepleieren må da ta grep, til tross for at opplæring av basiskunnskaper ikke er en av hovedoppgavene til sykepleieren i en frisklivssentral. Årsaken er at kunnskap om sykdommen er elementært for at en diabetespasient skal oppleve empowerment og mestring, og dermed unngå diabetesrelatert stress, med påfølgende depresjonsutvikling (Karlsen et al. 2011; Kristoffersen, 2016b) Jamfør pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 er dette også en juridisk plikt, da pasienten skal ha tilstrekkelig innblikk i sin helsetilstand, noe som forutsetter kunnskap om diabetessykdommen.

I følge Gardsten et al. (2018) opplever mange nydiagnostiserte diabetespasienter de samme utfordringene knyttet til kunnskapsmangel. Kunnskapsmangelen rettes hovedsakelig mot forståelse av blodsukkersvingninger og livsstilsendringers effekt på blodsukkeret. Det vil derfor kunne være depresjonsforebyggende og tidsbesparende å innledningsvis rette fokus mot disse områdene. Imidlertid er det viktig å huske på at pasientens situasjon alltid vil være ny og særegen (Johansson et al., 2018). Sykepleieren kan i følge Kristoffersen (2016c) derfor aldri møte pasienten med et ferdig utarbeidet undervisningsopplegg. Dette gjelder både i møte med nydiagnostiserte diabetespasienter med kunnskapsmangler, og i forhold til frisklivssentralens egne opplegg. I henhold til Johansson et al. (2018) bør sykepleieren ha en plan for den pedagogiske situasjonen, men både innholdet og formen bør tilpasses den enkelte pasientens forutsetninger, behov, reaksjoner og innspill. Dette er viktig da diabetespasientens persepsjon av informasjonen som gis vil påvirke hvordan vedkommende integrerer sykdommen inn i dagliglivet, og dermed påvirker sin sykdomsutvikling. Sykepleieren bør formidle kunnskapen på en kreativ og taktfull måte, som skaper interesse og inviterer til refleksjon og læring (Johansson et al., 2018). Årsaken er at pasienten selv må oppdage viktigheten av kunnskapen, samt forstå hvordan kunnskapen kan implementeres inn i hverdagen, for å kunne ta nytte av denne (Kristoffersen, 2016b). Riktig kunnskapsformidling, fra sykepleierens side, vil derfor være essensielt for pasientens opplevelse av empowerment og mestring.

I følge Johansson et al. (2018) er det viktig at sykepleieren er klar over sin funksjon som veileder og underviser, og ikke overtar pasientens ansvar for sykdommen, da dette kan medføre at pasienten neglisjerer sin diagnose. Pasienter som selv tar ansvar for diabetessykdommen øker sin egen frihet, ved å selvstendig kunne hankes med sykdommens utfordringer (Johansson et al., 2018). Pasientdeltakelse er av denne grunn nøkkelen til suksess, da evne til egenomsorg, i følge Timar et al. (2016) relateres til økt livskvalitet, og dermed redusert sannsynlighet for depresjonsutvikling (Zurita-Cruz et al., 2018). Sykepleieren kan i følge Kristoffersen (2016c) støtte oppom pasientens evne til medvirkning, ved å være åpen, ydmyk, fleksibel og tilpasningsdyktig. I tillegg til å være elementært for opplevelsen av empowerment og mestring er brukermedvirkning ytterligere en etisk og juridisk plikt, som ikke kan velges bort (Norsk sykepleierforbund, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

### **5.2.2 Formålstjenlige mestringsstrategier**

For å oppleve empowerment må pasienten i følge Brown et al. (2007) også inneha effektive mestringsstrategier. Hvilke mestringsstrategier pasienten benytter vil være avgjørende for graden av livskvalitet og diabetesrelatert stress den enkelte opplever (Karlsen et al., 2011; Kristoffersen, 2016c). Sykepleieren bør derfor hjelpe pasienten med å få innsikt i egne mestringsstrategier og introdusere nye dersom de som benyttes oppleves utilstrekkelige. Tilstedeværelsen av flere symptomer på depresjon og lav livskvalitet indikerer at pasientens mestringsstrategier er utilfredsstillende (Kristoffersen, 2016b). I følge Karlsen et al. (2011) vil mestringsstrategier basert på emosjonsfokuset mestring kunne medføre slike symptomer, da distansering fra sykdommen sannsynligvis vil reflektere en følelse av opplevd hjelpeløshet i relasjon til å hankes med sykdommens krav. Disse resultatene støttes også av Kristoffersen (2016c) som hevder at forsvarspregede holdninger som ikke korrigeres vil kunne resultere i at pasienten aldri aksepterer sin livssituasjon eller lærer seg å leve godt med sykdommen. På den andre siden vil derimot mestringsstrategier basert på problemorientert mestring være gunstig, da slike strategier bidrar til å fremme nyorientering og aktiv tilpasning til sykdommen (Karlsen et al., 2011; Kristoffersen, 2016c). Pasienten vil kunne oppleve betydelig økt livskvalitet ved å ta grep om eget liv og benytte en problemorientert mestringsstrategi (Kristoffersen, 2016c). I følge Karlsen et al. (2011) relateres problemorientert mestring også til positive følelser hos pasientgruppen. Disse positive følelsene knyttes spesielt til strategier som omhandler problemløsning, planlegging og sosial støtte.

Sykepleieren kan i henhold til de diskuterte resultatene bidra til å fremme mestring ved å introdusere pasienten for problemorienterte mestringsstrategier, dersom disse ikke allerede benyttes. Problemorienterte mestringsstrategier kan omfatte selvstendig innhenting av nødvendig informasjon i anerkjente oppslagsverk, utprøving av egne løsninger og samtale om utfordringer med venner og pårørende (Johansson et al., 2018). Sykepleieren kan øke sannsynligheten for at pasienten velger de foreslåtte mestringsstrategiene ved å (1) iverksette tiltak som korrigerer feilaktige forestillinger og fantasier om sykdommen, (2) klargjøre pasientens verdier og nyorientere han eller henne, (3) gi kunnskaper og ferdigheter, og (4) gi pasienten en aktiv rolle i oppfølgingen (Kristoffersen, 2016c). Det er viktig at tiltakene og forslagene sykepleieren presenterer rettes direkte mot faktorer som påvirker pasientens vurdering av egne mestringsmuligheter og stress. Pasienten vil først kunne velge en problemorientert mestringsstrategi når vedkommende har en subjektiv opplevelse av muligheten til å lykkes med en slik strategi (Johansson et al., 2018). En kontinuerlig, støttende og åpen dialog vil være en forutsetning for å klargjøre pasientens tanker omkring temaet og hjelpe den enkelte med å styrke forutsetningene for å lykkes med de nye mestringsstrategiene (Kristoffersen, 2016c).

### **5.3 Livsstilsendring som forebyggende tiltak**

Livsstilsendring er ikke bare en hjørnestein i diabetesbehandlingen, forskning indikerer at livsstilsendringer også kan ha en signifikant depresjonsforebyggende effekt. I følge Timar et al. (2016) assosieres god evne til egenomsorg, gjennom blant annet et sunt kosthold og fysisk aktivitet med høy opplevelse av livskvalitet. En annen studie utført av Ruusunen et al. (2012) støtter den positive effekten livsstilsendringer har på en pasients mentale helse. Studien konkluderer blant annet med at deltakere som evnet å redusere sitt daglige energiinntak, samt øke sitt fysiske aktivitetsnivå hadde stor reduksjon i symptomer på depresjon. Sammenhengen bekreftes i meta-analysen til Luppino et al. (2010). I følge Helsedirektoratet (2016a) skal alle frisklivssentraler ha et strukturert og individuelt tilpasset tilbud om støtte til fysisk aktivitet og kosthold. Støtte til livsstilsendring vil derfor være en hovedoppgave for sykepleieren i en frisklivssentral, og et viktig depresjonsforebyggende tiltak.

#### **5.3.1 Livsstilsendring gjennom motiverende intervju**

I frisklivssentralen bygger sykepleierens samtale med pasientene på prinsipper hentet fra motiverende intervju, da metoden har vist seg å være hensiktsmessig når det gjelder endring



av livsstil (Helsedirektoratet, 2016a). Sykepleieren må i henhold til metodens prinsipper først og fremst kartlegge og styrke pasientens motivasjon til endring. Motivasjon er en forutsetning for livsstilsendring, ettersom den forårsaker aktivitet og holder aktiviteten ved like (Kristoffersen, 2016c). For en nydiagnostisert diabetespasient vil fordelene og ulempene med livsstilsendring måtte veies opp mot hverandre før endringen kan tre i kraft. Pasienten må i følge Brown et al. (2007) ha tro på at fordelene med livsstilsendring overveier ulempene. Ved å rette pasientens oppmerksomhet mot positive konsekvenser av livsstilsendring og bringe frem endringssnakk kan sykepleieren fremme motivasjonen til endring, ved å stimulere til refleksjon rundt pasientens livssituasjon (Barth et al., 2014, s. 111, 181). Åpne spørsmål som eksempelvis: «Hvordan skulle du ønske situasjonen var om to år?» vil kunne bidra til dette (Kristoffersen, 2016b).

I følge Kristoffersen (2016b) vil pasienten ha større sannsynlighet for å lykkes med livsstilsendring dersom motivasjonen kommer innenfra. Hestvold (2018) støtter dette utsagnet. Sykepleieren bør derfor forsøke å dreie en eventuell ytre motivasjon om til en indre motivasjon. Ved å utforske pasientens ønsker om endring og sette opp personlige SMART-mål kan sykepleieren bidra til å endre motivasjonsfokuset (Kristoffersen, 2016b). Dette forutsetter at sykepleieren er tilbakeholden og lar pasienten selv komme frem til egne mål og løsninger. Barth et al. (2014, s.43) skriver at råd, oppfordringer og anbefalinger kan virke mot sin hensikt, da disse vil kunne vekke motstandstanker hos pasienten. Ved å stille utforskende spørsmål, vise empati, aksept og tilstedeværelse kan sykepleieren forebygge slike tanker og støtte opp under brukermedvirkning og livsstilsendring (Brown et al., 2007; Helsedirektoratet, 2016a).

Det er imidlertid viktig å merke seg at den nydiagnostiserte pasientens tanker ikke alltid vil være ensrettede mot målet, ettersom ambivalens er en naturlig del av endringsprosessen (Barth et al., 2014, s.21). I møte med ambivalensen er det viktig at sykepleieren viser aksept og respekt for pasientens motstridende tanker, for å forhindre at pasienten havner i en defensiv posisjon. Kristoffersen (2016b) anbefaler sykepleieren å lytte aktivt og benytte non-verbale signaler, som blikk-kontakt, nikk og bekreftende ytringer. Pasienten kan gå i forsvar dersom sykepleieren kun argumenterer for livsstilsendring, og ikke viser forståelse for vedkommendes nåværende livssituasjon (Barth et al., 2014, s.20-21). For å unngå argumentasjon vil det derfor i følge Helsedirektoratet (2017) være gunstig at sykepleieren tar seg god tid og «ruller med motstanden». Dette ved å trekke seg tilbake, parafrasere og bekrefte pasientens tanker og følelser (Kristoffersen, 2016b). For å overkomme ambivalensen

må pasienten ha tro på at han eller hun kan mestre de aktuelle livsstilsendringene, noe sykepleieren må støtte opp under. Først da vil endring finne sted (Kristoffersen, 2016a).

Et viktig prinsipp innenfor motiverende intervju er at endring skal skje på pasientens vilkår, ikke sykepleierens (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan være utfordrende da sykepleierens og pasientens interesser vil kunne være motstridende. Sykepleieren har et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, noe som kan innebære å få pasienten til å foreta nødvendige livsstilsendringer. Dette er nødvendigvis ikke i pasientens interesse, da vedkommende kanskje er tilfreds med sin livsstil og ønsker å beholde denne. I henhold til yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren respektere pasientens autonomi og rett til å ta selvstendige beslutninger. Sykepleieren kan derfor ikke påtvinge pasienten endring, kun bidra til at pasienten tar kompetente avgjørelser og motivere den enkelte til livsstilsendring (Norsk sykepleierforbund, 2016).

### **5.3.2 Vekttap og helsegevinster**

Forskning indikerer at vektreduksjon vil ha spesielt gunstig effekt på pasientens mentale helsestatus. I følge studien til Ruusunen et al. (2012) medfører vektnedgang signifikant reduksjon i symptomer på depresjon, noe funnene til *Look AHEAD Research Group* (2014) støtter opp under. Timar et al. (2016) fant på sin side en korrelasjon mellom høy BMI og lav opplevelse av livskvalitet, noe som sett i sammenheng med funnene over styrker teorien om vektreduksjons positive effekt.

Vektreduksjon kan oppnås gjennom reduksjon i inntaket av høykalorimat, porsjonskontroll og fysisk aktivitet (Mertig, 2012, s.33). Dersom vekttap er målet krever det imidlertid at et sunt kosthold kombineres med fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet vil kunne være en bidragsyter til vektnedgang, men vil ikke nødvendigvis, isolert sett, gi ønskede resultater. Dette fordi regelmessig fysisk aktivitet kan medføre omfordeling av kroppsmasse, fra fettvev til muskelmasse, slik at vekttap uteblir (Sagen, 2011). Til tross for dette bør fysisk aktivitet ikke kuttes ut eller nedprioriteres. Fysisk aktivitet kan i seg selv være depresjonsforebyggende ved å bidra til økt velvære, mestringsfølelse og selvtillit, økt energinivå og en bedre fysisk helse (Helsedirektoratet, 2010; Sagen, 2011). Fysisk aktivitet vil i tillegg redusere risikoen for senkomplikasjoner, noe som på lang sikt kan bidra til en større økning i livskvalitet, sett oppimot hva vektnedgang alene ville ha medført (Sagen, 2011; Timar et al., 2016). På den andre siden kan vektnedgang i seg selv redusere risikoen for senkomplikasjoner ved å

stabilisere pasientens blodsukker. Vektreduksjon inngår derfor som anbefaling i Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje for diabetes» (2018), og bør tilstrebes. En sunn livsstil bør likevel være hovedfokus for oppfølgingen, ettersom beregning av pasientens vekt kan forsterke et allerede dårlig humør og øke en eventuell følelse av mislykkethet (Gillebrand & Holdich, 2010).

### **5.3.3 Veien mot varig livsstilsendring**

Livsstilsendring er et krevende og langvarig prosjekt. Innarbeidede vaner og uvaner påvirker det meste den enkelte foretar seg i livet (Karlsen, 2011). Omlegging av hele livsstilen vil kunne oppleves overveldende og u håndterlig, og mange mislykkes med dette (Allgot, 2011). Å mislykkes vil kunne medføre vonde følelser, og indusere symptomer på depresjon (Karlsen et al., 2011). Sykepleieren bør derfor fokusere på mindre og mulige endringer, som til sammen gir en stor helsegevinst. Eksempler på slike endringer kan være å spise grovbrød i stedet for loff og gå et ekstra busstopp. Endringene bør tilpasses pasientens kulturelle bakgrunn, og i følge Coates & Chaney (2007) rettes mot aktiviteter som pasienten allerede utfører eller liker å utføre, da dette vil øke sannsynligheten for at pasienten lykkes. Ved å legge vekt på mestring, tro på den enkelte og bekrefte fremskritt vil pasientens selvfølelse og motivasjon til å holde livsstilsendringene ved like øke (Gillibrand & Holdich, 2010; Johansson et al., 2018).

## **5.4 Sosial støtte: Oppfølgingens grunnpilar**

Sosial støtte vil være av sentral betydning for hvordan en nydiagnostisert diabetespasient tilpasser seg sykdommen. Et liv med diabetes innebærer psykisk stress, noe sosial støtte kan bidra til å redusere (Allgot, 2011). I følge studien til Karlsen et al. (2011) er sosial støtte av større betydning for om pasienten opplever diabetesrelatert stress enn andre kliniske indikatorer som BMI, HbA1c og tilstedeværelsen av senkomplikasjoner. Artikkelen til Baek, Tanenbaum & Gonzalez (2014) bekrefter den betydelige stressreducerende effekten sosial støtte har på en diabetespasient. Opplevelse av diabetesrelatert stress er en predisponerende faktor for depresjonsutvikling, og bør derfor unngås (Fisher et al., 2010). Fremming av pasientens opplevelse av sosial støtte vil dermed være et viktig forebyggende tiltak mot depresjon, og er i henhold til yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 også en plikt, ettersom sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016).

### 5.4.1 Sykepleieren som støttespiller

I følge studien til Goetz et al. (2012) er sosial støtte fra sykepleieren avgjørende for pasientenes evne til egenomsorg, samt opplevelse av livskvalitet og trivsel. Studien til Pols et al. (2017) underbygger disse funnene, da flere av studiens deltakere oppga at god kontakt med sykepleieren bidro til å løfte sykdomsbyrden fra skuldrene. Videre viste studien at samtaler om symptomer på depresjon og stress isolert sett kan oppleves nyttig. Å samtale med sykepleieren vil ikke nødvendigvis få problemene til å forsvinne, men kan bidra til å holde disse i sjakk (Pols et al., 2017). En god relasjon og gode kommunikasjonsteknikker vil som nevnt i avsnitt 5.1.1 være en forutsetning for en god samtale. En god relasjon vil ikke bare være betydningsfull i samtale med pasienten. I følge Hummelvoll (2016, s.39-40) kan relasjonen til sykepleieren også bidra til å fjerne eventuelle følelser av ensomhet, håpløshet og isolasjon som pasienten sitter inne med. På den andre siden vil en dårlig relasjon mellom sykepleieren og pasienten kunne medføre mer frustrasjon enn støtte, ved at pasienten hverken føler seg sett eller tatt på alvor (Pols et al, 2017). Slike følelser kan i følge Brown et al. (2007) i seg selv inducere symptomer på depresjon, noe som underbygger påstanden om at relasjonsbygging bør være en av sykepleierens hovedprioriteter.

Kristoffersen (2016b) hevder at formålet med sykepleierens støtte er å sette pasienten i stand til å ta kontroll over eget liv gjennom engasjement, oppmuntring, nærvær og deltakelse i pasientens vei mot målet. Sosial støtte vil derfor være spesielt viktig for en nydiagnostisert pasient i en fase hvor nye ferdigheter skal utprøves og en ny livsstil innarbeides. Ikke bare virker støtten tryggende på det emosjonelle plan, den vil i følge Hummelvoll (2016, s.39-40) gi den enkelte større motivasjon til å prøve ut ny atferd. Dette inkluderer å komme i gang med livsstilsendring (Aas, 2011). Motivasjonen må vedlikeholdes for at pasienten ikke skal falle tilbake til gamle vaner, noe støtte fra sykepleieren kan være drivkraften bak (Goetz et al., 2012; Karlsen, 2011). Dette ved hjelp av regelmessige samtaler med pasienten, som gir mulighet til å snakke om oppdukkende vansker og hindringer (Kristoffersen, 2016a). I studien til Pols et al. (2017) uttrykte pasientene at regelmessig oppfølging føltes som et trygghetsnett. Regelmessig oppfølging over lang tid vil imidlertid ikke være mulig i en frisklivssentral, da tilbudet opprinnelig er ment for en 12-ukers periode (Helsedirektoratet, 2016a). Dette vil være uheldig da livsstilsendring er en tidkrevende prosess, som er vanskelig å få til alene (Kristoffersen, 2016b). For å unngå at livsstilsendringen mislykkes etter endt oppfølging i frisklivssentralen kan det være gunstig å introdusere pasienten for et tilbud i en oppfølgingsgruppe. Deltakelse i en slik gruppe vil kunne bidra til at motivasjonen holdes ved like, gjennom regelmessig oppfølging av helsepersonell og nye bekjentskaper (Johansson et

al., 2018). Ettersom flere pasienter i studien til Goetz et al. (2012) oppga at de ikke kjente til slike tilbud er det viktig at sykepleieren, ved behov, henviser pasienten videre til disse.

#### **5.4.2 Betydningen av pårørendeinvolvering**

I følge Goetz et al. (2012) er pårørende pasientens hovedkilde til sosial støtte. Støtte fra pårørende vil for mange muliggjøre mestring av hverdagen når sykdom rammer, og være avgjørende for å kunne leve godt med denne (Haugstvedt, 2011, s.303). Støtten kan eksempelvis innebære å dempe pasientens opplevelse av stress gjennom samtale og stimulere til mestring gjennom ros (Karlsen et al., 2011). Sykepleieren bør derfor tilstrebe å inkludere pårørende i oppfølgingen av diabetespasienten. Det er viktig å ta dette ansvaret på alvor, da sykepleieren i følge Goetz et al. (2012) ble funnet å være hovedkilden til å integrere familiemedlemmer inn i behandlingen. På den andre siden er det viktig å diskutere involvering av pårørende med pasienten, da vedkommende kan ha motstridende tanker om dette. Pasienten ønsker kanskje å samtale alene med en utenforstående sykepleier, hvilket i tilfelle må respekteres. Alle pasienter vil ha et unikt behov for sosial støtte, og dette behovet bør sykepleieren kartlegge innledningsvis.

Som nevnt over kan pårørende bistå i den daglige håndteringen av sykdommen og hjelpe pasienten med å ta gode valg. På den andre siden vil pårørende ikke alltid oppleves som støttende. Mas og kritikk kan redusere diabetespasientenes følelse av autonomi, noe som igjen kan medføre mindre motivasjon til å hankses med sykdommens utfordringer og bidra til økt diabetesrelatert stress (Mertig, 2012. s.252-253). I studien til Karlsen et al. (2011) rapporterte 11% at pårørende opplevdes som støttende. På den andre siden rapporterte kun 2,4% at de opplevde pårørende som ikke-støttende, noe som indikerer at støtte fra pårørende oftere er konstruktiv, men også har stort forbedringspotensiale. Familien ønsker sannsynligvis å hjelpe, men vet kanskje ikke hva pasienten har behov for. Sykepleieren kan hjelpe pårørende med dette ved å forklare sykdommens prosess og behandlingsmuligheter (Johansson et al, 2018). I følge Mertig (2012, s.252-253) vil en mer langsiktig løsning imidlertid være å styrke pasientens empowerment til å selv samtale med pårørende om egne behov, da dette vil legge til rette for sosial støtte på pasientens premisser resten av livet.

## 6 Avslutning

Denne oppgaven søker å besvare problemstillingen: «Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge utvikling av depresjon hos voksne pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2?». I henhold til egne erfaringer og forskningslitteratur legges det lite vekt på problemstillingen i praksis, til tross for at så mange som 25% av pasientgruppen opplever komorbid diabetes og depresjon. Forebygging av sykdom er etter samhandlingsreformens inntog i større grad et kommunalt ansvar, og sykepleieren må derfor være bevisst sin forebyggende funksjon i en frisklivssentral, og tillegge depresjonsforebygging hos pasientgruppen høy prioritet.

Opgaven konkluderer med at det finnes en rekke forebyggende tiltak sykepleieren kan iverksette for å redusere den dystre statistikken. En god relasjon vil være fundamentalt for alle tiltakene, gjennom å blant annet legge til rette for god kommunikasjon. En god relasjon må etableres innledningsvis, slik at symptomer på depresjon kan identifiseres så tidlig som mulig og håndteres før de utvikler seg. Ved å utstråle varme, nærvær, empati og tillit kan sykepleieren bidra til dette. PHQ-9 er et annet egnet verktøy som kan bidra i identifiseringen av symptomer på depresjon. Screeningverktøyet er anerkjent til bruk hos diabetespasienter, og innehar flere gode egenskaper som kan åpne opp for samtaler omkring mental helse. Skjemaet bør inkorporeres i diabetesoppfølgingen, men sykepleieren bør likevel ikke stole blindt på kartleggingsverktøyet, da en pasients mentale helse er et komplisert samspill mellom flere faktorer. Manglende opplevelse av empowerment og mestring kan eksempelvis påvirke pasientens mentale helse negativt og lede til depresjonsutvikling. Tiltak som fremmer disse faktorene bør derfor iverksettes. Korrigering av pasientens kunnskapsmangler, stimulering til brukermedvirkning og introduksjon av problemorienterte mestringsstrategier vil i henhold til fag- og forskningslitteratur være egnede tiltak.

Et tiltak sykepleieren bør vie oppmerksomhet er livsstilsendring, ettersom livsstilsendringer og vekttap vil kunne ha en signifikant depresjonsforebyggende effekt. Ved å ta i bruk prinsipper hentet fra motiverende intervju kan sykepleieren støtte opp under dette. Det er imidlertid viktig å merke seg at vekttap ikke bør være hovedfokus, da beregning av vekt kan øke en pasients opplevelse av mislykkethet. Fokus bør ligge på mindre og overkommelige livsstilsendringer, som samlet har en stor helsegevinst og øker sannsynligheten for at pasienten lykkes. Livsstilsendring og sykdommens krav til egenomsorg vil være vanskelig å takle alene. Sosial støtte vil derfor være et annet egnet tiltak for å forebygge depresjonsutvikling blant pasientgruppen. Sykepleieren kan bidra til dette gjennom å være

tilgjengelig, engasjert, oppmuntrende og deltakende på veien mot pasientens mål. Pårørende oppgis av mange som hovedkilde til sosial støtte og bør derfor inkluderes i pasientoppfølgingen, dersom pasienten tillater dette.

Forebygging av depresjon hos diabetespasienter er en kompleks oppgave, og tiltakene som presenteres må derfor ses i lys av hver enkelt pasient. Per dags dato er det behov for mer forskning, både kvalitativ og kvantitativ, som omhandler hvordan sykepleieren direkte kan forebygge depresjon hos diabetespasienter, samt hvordan det forebyggende arbeidet på best mulig måte kan inkorporeres i en frisklivssentral.

## Referanseliste

- Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 123-146). Oslo: Akribe.
- Acee, A. M. (2010). Detecting and managing depression in type II diabetes: PHQ-9 is the answer!. *Medsurg Nursing*, 19(1), 32-39.
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 205-215). Oslo: Akribe.
- Baek, R. N., Tanenbaum, M. L. & Gonzalez, J. S. (2014). Diabetes burden and diabetes distress: the buffering effect of social support. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(2), 145-155. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9585-4>
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2014). *Motiverende intervju- samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brown, F., Skinner, T. C. & Barnard, K. (2007). Psychological care. I J. R. S. McDowell, D. M. Matthews, & F. J. Brown (Red.), *Diabetes: a handbook for the primary healthcare team* (2. utg., s. 39-66). London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Coates, V. & Chaney, D. (2007). Education for life. I J. R. S. McDowell, D. M. Matthews, & F. J. Brown (Red.), *Diabetes: a handbook for the primary healthcare team* (2. utg., s. 245-280). London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner- personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fisher, L., Glasgow, R. E. & Strycker, L. A. (2010). The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 33(5), 1034-1036. <https://doi.org/10.2337/dc09-2175>
- Folkehelseinstituttet (2015). Fakta om depresjon. Hentet 9. januar 2019 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/depresjon---faktaark/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet 20. mars 2019 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Gardsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A. & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3666-3678. <https://doi.org/10.1111/jocn.14330>
- Gillibrand, W. & Holdich, P. (2010). Supporting people with diabetes-related stress and depression. *Practice Nursing*, 21(7), 362-365.



- <https://doi.org/10.12968/pnur.2010.21.7.48804>
- Goetz, K., Szecsenyi, J., Campbell, S., Rosemann, T., Rueter, G., Raum, E., ... & Miksch, A. (2012). The importance of social support for people with type 2 diabetes—a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3205%2Fpsm000080>
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 269-315). Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (2010). Fysisk aktivitet og psykisk helse [brosjyre]. Hentet 13. januar 2019 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016a). Veileder for kommunale frisklivssentraler. Hentet 26. februar 2019 fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler\\_IS1896.pdf#page=10](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf#page=10)
- Helsedirektoratet. (2016b). Depresjon. Hentet 9. januar 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helsedirektoratet. (2017). Motiverende intervju som metode. Hentet 4. desember 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#endringssnakk---selvmotiverende-ytringer>
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Hentet 12. januar 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). NCD-strategi. Hentet 5. desember 2018 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd\\_strategi\\_060913.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet 20. mars 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet 21. februar 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L. H. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-160). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Janssen, E. P., Köhler, S., Stehouwer, C. D., Schaper, N. C., Dagnelie, P. C., Sep, S. J., ... & Schram, M. T. (2016). The Patient Health Questionnaire-9 as a screening tool for depression in individuals with type 2 diabetes mellitus: The Maastricht study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), e201-e206.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.14388>
- Jensen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 379-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansson, K., Österberg, S. A., Leksell, J. & Berglund, M. (2018). Supporting patients learning to live with diabetes: a phenomenological study. *British Journal of Nursing*, 27(12), 697-704. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.12.697>
- Karlsen B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkelen til bedret mestring? I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 216-236). Oslo: Akribe.
- Karlsen, B., Oftedal, B. & Bru, E. (2011). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 391-401.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05751.x>
- Klette, G. S., Evju, A. S., Kasen, A. & Bondas, T. (2014). *Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap*. Hentet 04. desember 2018 fra  
<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3- pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 295-348). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3- pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016c). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3- pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1- sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Look AHEAD Research Group. (2014). Impact of intensive lifestyle intervention on depression and health-related quality of life in type 2 diabetes: The Look AHEAD Trial. *Diabetes care*, 37(6), 1544-1553. <https://doi.org/10.2337/dc13-1928>
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Matthews, D. (2007). What is diabetes? I J. R. S. McDowell, D. M. Matthews, & F. J. Brown (Red.), *Diabetes: a handbook for the primary healthcare team*. (2. utg., s. 1-19). London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Mertig, R. G. (2012). *Nurses' Guide to Teaching Diabetes Self-Management*. New York: Springer Publishing Company.
- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., ... & Tarkun, I. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic medicine*, 30(7), 767-777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2015). *Depresjoner*. Hentet 22 februar 2019 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/#T5.5#Depresjoner>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 11. januar 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s.17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K. & Pouwer, F. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53:2480–2486. <https://doi.org/10.1007/s00125-010-1874-x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 22 februar 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pols, A. D., Schipper, K., Overkamp, D., Dijk, S. E., Bosmans, J. E., Marwijk, ... & Tulder M. W. (2017). Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences. *BMC Family Practice*, 18(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0583-7>
- Raddock, M., Martukovich, R., Berko, E., Reyes, C. D., & Werner, J. J. (2015). 7 Tools to help patients adopt healthier behaviors: here's how to use the 5 As, the FRAMES protocol, and 5 other techniques to encourage patients to address issues such as diet, exercise, smoking, and substance use. *Journal of Family Practice*, 64(2), 97-103.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 161-171). Oslo: Akribe.
- Ruusunen, A., Voutilainen, S., Karhunen, L., Lehto, S. M., Tolmunen, T., Keinänen-Kiukaanniemi, S., ... & Lindström, J. (2012). How does lifestyle intervention affect depressive symptoms? Results from the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetic Medicine*, 29(7), 126-132. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03602.x>
- Sagen, J. V. (2011). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 147-157). Oslo: Akribe.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stänicke, L. (2016). Selvmord og selvmordsvurdering. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 05. januar 2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Timar, R., Velea, I., Timar, B., Lungeanu, D., Oancea, C., Roman, D. & Mazilu, O. (2016). Factors influencing the quality of life perception in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient preference and adherence*, 10: 2471-2477.  
<https://doi.org/10.2147/PPA.S124858>
- Torgauten, J. O. A. (2011). Psykisk helse og type 1 diabetes. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 186-202). Oslo: Akribe.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Hentet 16. januar 2019 fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Hentet 13. februar 2019 fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018a). Diabetes- Key facts. Hentet 12. januar 2019 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization. (2018b). The top 10 causes of death. Hentet 11. Mars 2019 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Zurita-Cruz, J. N., Manuel-Apolinar, L., Arellano-Flores, M. L., Gutierrez-Gonzalez, A., Najera-Ahumada, A. G. & Cisneros-González, N. (2018). Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 94.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0906-y>

# Vedlegg 1: The Patient Health Questionnaire 9

## PHQ-9

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

*Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene.*

**0** Ikke i det hele tatt      **1** Noen dager      **2** Mer enn halvparten av dagene      **3** Nesten hver dag

	0	1	2	3
1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vansker med å sovne, sove uten avbrudd eller sovet for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Følt deg trett eller energiløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dårlig matlyst eller å spise for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

Ikke vanskelig i det hele tatt       Litt vanskelig       Svært vanskelig       Ekstremt vanskelig

## Vedlegg 2: PICO-skjemaet

<b>Patient/problem</b> Hvem/hvilke	<b>Intervention</b> Hva	<b>Comparison</b> Alternativer	<b>Outcomes</b> Resultater
Voksen pasient med diabetes mellitus type 2.	Forebygge depresjon		-Opplevelse av livskvalitet. -Redusert opplevelse av stress. -Opplevelse av trygghet, støtte og mestring.