



# Bachelorgradsoppgave

Depresjon etter myokardinfarkt

Depression following acute myocardial infarction

Sykepleieres kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinsk avdeling

Screening for depression in cardiac wards, as performed by nurses

Sara Tuset  
Hanne Raaken Nausthaug

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



**HINT**

## Abstrakt

**Introduksjon:** Blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt, tilfredsstiller omtrent 20% ICD-10 kriteriene for en depressiv lidelse, og nesten halvparten rapporterer å ha depressive symptomer. Komorbid depresjon er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet blant pasienter med koronarsykdom. Helsedirektoratet og The American Heart Association anbefaler systematisk kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinske avdelinger

**Hensikt:** Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse sykepleieres kunnskaper og holdninger til kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinsk avdeling blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt

**Metode:** Det er gjennomført et allment litteraturstudie. Litteraturstudiet er basert på 12 vitenskapelige artikler som ble funnet ved hjelp av litteratursøk i anerkjente databaser

**Resultat:** Depresjon viser seg å være underdiagnostisert blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt. Sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger mangler kunnskap når det gjelder identifisering av depressive symptomer, og hevder at manglende kunnskap hindrer dem fra å kartlegge depressive symptomer. Sykepleiere anser ikke kartlegging av depressive symptomer som sitt ansvarsområde

**Diskusjon:** Sykepleiere mangler kunnskap for å skille mellom naturlige og patologiske reaksjoner på akutt og kritisk sykdom. Manglende kunnskap viser seg å ha innvirkning på sykepleieres holdninger til pasienter med komorbid depresjon og koronarsykdom. Det at sykepleiere ved hjertemedisinske avdelinger ikke anser kartlegging av depressive symptomer som sitt ansvarsområde, kan være en konsekvens av reduksjonistiske holdninger i en avansert medisinsk kontekst. Sykepleiere som praktiserer helhetlig omsorg er mer positive til sin rolle i kartleggingen av depressive symptomer

**Konklusjon:** Sykepleiere har behov for økt kunnskap om depressive symptomer blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt. Økt kunnskap, samt en holistisk tilnærming til pasienter i hjertemedisinske avdelinger bidrar til at sykepleiere anser kartlegging av depressive symptomer som sitt ansvarsområde. Ved å benytte et systematisk kartleggingsverktøy for depresjon kan sykepleiere bidra til å avdekke depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt

**Nøkkelord:** myocardial infarction, depression, screening, nursing, attitudes of health personnel, knowledge, cardiac ward

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0. Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Hensikt</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2. Begrepsavklaring</b> .....	<b>3</b>
1.2.1. Myokardinfarkt .....	3
1.2.2. Depresjon .....	3
1.2.3. Komorbiditet.....	4
<b>2.0. Metode</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1. Etske overveielser</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3. Analyse</b> .....	<b>8</b>
<b>3.0. Resultat</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1. Sykepleieres mulighet til å avdekke depressive symptomer blant pasienter etterfulgt av et myokardinfarkt</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2. Sykepleieres bruk av kartleggingsverktøy for å kartlegge depressive symptomer</b> .....	<b>10</b>
<b>3.3. Sykepleieres holdninger til kartlegging av depressive symptomer</b> .....	<b>11</b>
<b>3.4. Sykepleieres holdninger til pasienter med komorbide psykiske lidelser i somatisk sykehus</b> .....	<b>12</b>
<b>4.0. Diskusjon</b> .....	<b>14</b>
<b>4.1. Resultatdiskusjon</b> .....	<b>14</b>
<b>4.1.1. Sykepleieres mulighet til å avdekke depressive symptomer blant pasienter etterfulgt av et myokardinfarkt</b> .....	<b>14</b>
4.1.1.0. Å skille mellom normale og patologiske reaksjoner på akutt og kritisk sykdom.....	15
4.1.1.1. Helhetlig tilnærming til pasienter med komorbid depresjon og koronarsykdom .....	18
<b>4.1.2. Sykepleieres bruk av kartleggingsverktøy for å kartlegge depressive symptomer</b> .....	<b>19</b>
4.1.2.0. Kritikk av implementering av et formelt kartleggingsverktøy .....	19
4.1.2.1. Forutsetninger for kartlegging av depressive symptomer .....	20
4.1.2.2. Observasjoner og det kliniske blick .....	20
<b>4.1.3. Sykepleieres holdninger til kartlegging av depressive symptomer</b> .....	<b>21</b>
4.1.3.0. Økt kvalitet i pasientbehandlingen .....	21
4.1.3.1. Usikkerhet i forhold til ansvars- og rollefordeling .....	21
<b>4.1.4. Sykepleieres holdninger til pasienter med komorbide psykiske lidelser i somatisk sykehus</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2. Metodediskusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>5.0. Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>
<b>Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier</b>	
<b>Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte vitenskapelige artikler</b>	
<b>Vedlegg 3: Eksempel på tekstanalyse</b>	
<b>Vedlegg 4: Artikkelgranskings skjema</b>	

## 1.0. Introduksjon

På tross av fallende insidens er hjerte- og karsykdommer den ledende dødsårsaken på verdensbasis (World Health Organization [WHO], 2015). Hjerte- og karsykdommer er en samlebetegnelse for ulike sykdommer som rammer hjertet og blodkar, hvilket innbefatter blant annet myokardinfarkt, angina pectoris og hjerneinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2012). Det estimeres at 17,5 millioner mennesker i verden døde som følge hjerte- og karsykdommer i 2012. Av disse anslås det at 7,4 millioner dødsfall skyldtes koronarsykdom (WHO, 2015). Ifølge Helsedirektoratet (2009) utgjør hjerte- og karsykdommer en betydelig andel av den totale sykdomsbyrden i den norske befolkningen, både av hensyn til dødelighet, sykelighet og sykdomsrelatert tap av livskvalitet.

Sammenlignet med de kroniske sykdommene angina, astma, artritt og diabetes, er depresjon den lidelsen i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Moussavi et al., 2007). Analyser antyder at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsaken til sykdom i den vestlige verden (Helsedirektoratet, 2009). I løpet av de siste tre tiårene har omfattende epidemiologisk forskning tatt sikte på å kartlegge sammenhengen mellom depresjon og koronarsykdom (Dahl & Grov, 2014). En sammenfatning av forskningen viser at forekomsten av depresjon er vesentlig høyere blant individer med koronarsykdom enn i befolkningen forøvrig (Nemeroff & Goldschmidt-Clermont, 2012).

Blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt, tilfredsstillende omtrent 20% ICD-10 kriteriene for en depressiv lidelse, og nesten halvparten rapporterer å ha depressive symptomer (van Melle et al., 2006). Til sammenligning estimeres prevalensen av depresjon i befolkningen for øvrig til å være mellom 6-12% (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg til den høye forekomsten, har en sammenfatning av 25 års forskning konkludert med at komorbid depresjon bidrar til å komplisere det kardiovaskulære sykdomsforløpet (Meijer et al., 2011). Flere studier viser at pasienter som har depressive symptomer etter et myokardinfarkt har en betydelig høyere risiko for reinnleggelser grunnet nye koronare hendelser, sammenlignet med pasienter uten depressive symptomer (Myers, Gerber, Benyamini, Goldbourt, & Drory, 2012; Kurdyak, Gnam, Goering, Chong, & Alter, 2008). Komorbid depresjon og koronarsykdom er også forbundet med økt mortalitet. Personer som lider av depresjon etter et myokardinfarkt har tre ganger så høy dødelighet som de som ikke har en depressiv lidelse (Lespérance, Frasure-Smith, Talajic, & Bourassa, 2002). Ruo et al. (2003) hevder at depresjon blant pasienter med koronarsykdom er av større betydning for pasientens livskvalitet, symptombelastning og fysisk begrensning enn både venstre ventrikel funksjon og grad av myokard iskemi.

Grunnet den høye forekomsten av depresjon blant pasienter med koronar sykdom, samt den negative innvirkningen depresjon har på kardiovaskulær prognose, anbefaler både Helsedirektoratet (2009), The American Heart Association (Lichtman et al., 2008) og The European Society of

Cardiology (Perk et al., 2012) rutinemessig kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinske avdelinger. Allikevel mener majoriteten av kardiologer at det ikke er deres ansvar å avdekke depresjon blant pasienter med koronarsykdom. De fleste kardiologer mener at dette ansvaret hviler på andre klinikere, deriblant sykepleiere, ledere for rehabiliteringsprogram og allmennleger (Stewart, Driscoll, & Hare, 2009). Det forventes at sykepleiere vil få en stadig større rolle i gjenkjennelsen og kartleggingen av depresjon i hjertemedisinske avdelinger (Hare, Toukhsati, Johansson, & Jaarsma, 2013).

Behandlingen av akutt myokardinfarkt har gjennomgått drastiske endringer i løpet av de siste årene. Tidligere var behandlingen preget av passivitet. Sengeleie over flere uker var ikke uvanlig, og dødeligheten var høy. I dag er behandlingen av akutt myokardinfarkt preget av effektivitet og strømlinjeformede behandlingsskjeder som tar sikte på å gjenopprette blodtilførselen til hjertet så raskt som mulig (Mangschau & Skjæggetsad, 2007). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2014) viser at pasienter innlagt med akutt myokardinfarkt i gjennomsnitt er innlagt på sykehus i 3,5 døgn.

Sykepleierrollen i hjertemedisinske avdelinger har ifølge Alm & Norekvål (2007) utviklet seg drastisk de siste ti årene. I dag har sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger fått en aktiv rolle i både diagnostikk og behandling, hvilket ifølge Alm & Norekvål (2007) representerer en utfordring i forhold til å bevare sykepleiers etiske grunnverdier om en helhetlig pasientomsorg.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at sykepleiere har ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). En slik helhetlig omsorg bygger på det holistiske menneskesynet, som sykepleiere og andre helseprofesjoner ofte støtter seg til. En holistisk tilnærming i en behandlingssituasjon innebærer at man må ta i betraktning at pasienten er mer enn en fysisk kropp. Som sykepleier må man forholde seg til mennesket som en helhet med en fysisk kropp, tanker, følelser, sårbarhet, ressurser, livserfaringer med mer. Alt dette er komponenter som hører et menneskeliv til, og som ut i fra en holistisk tankegang henger gjensidig sammen og påvirker hverandre (Odland, 2010). Til tross for at en holistisk tilnærming vektlegges i sykepleiefaget, viser det seg at pasienters psykiske plager sjeldent blir oppdaget av sykepleiere i somatisk sykehus (Shiell & Shiell, 1991).

Den franske filosofen René Descartes mente at kropp og sinn var to fundamentalt forskjellige substanser som eksisterte uavhengig av hverandre (Hellesnes, 1999). Selv om nyere forskning avskriver Descartes sitt dualistiske syn på kropp og sinn, opprettholdes det fremdeles en todelt organisering med adskilte tilbud innen somatikk og psykiatri (Roy & Larsen, 2014). Nylehn (2009) karakteriserer skillet mellom kropp og sinn som hovedproblemet i dagens helsetjeneste. Det ideelle

ville være at faggrensene mellom somatikk og psykisk helsevern ble opphevet, slik at alt helsepersonell arbeidet med hele mennesket (Nylehn, 2009).

Sykepleiere er godt representert ved hjertemedisinske avdelinger og har nær kontakt med pasienter som nylig har gjennomgått et myokardinfarkt. Sykepleiere står derfor i posisjon til å avdekke og kartlegge depressive symptomer blant den aktuelle pasientgruppen. Studien vurderes å være relevant for sykepleiefaget, da den vil tilføre ny kunnskap om hvordan faktorer som sykepleieres kunnskaper og holdninger påvirker kartlegging av depressive symptomer. Sykepleieperspektivet benyttes av hensyn til studiens hensikt.

### **1.1. Hensikt**

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse sykepleieres kunnskaper og holdninger til kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinsk avdeling blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt.

### **1.2. Begrepsavklaring**

#### **1.2.1. Myokardinfarkt**

Sirkulasjonsforstyrrelser i hjertemuskelen skyldes begrenset eller opphørt blodtilførsel til muskelen, myokard, grunnet forsnevring eller tilstopping av en eller flere koronararterier. Når tilførselen av arterielt blod ikke dekker vevets behov for oksygen, oppstår iskemi. Iskemisk hjertesykdom omfatter angina pectoris, ustabil angina pectoris og myokardinfarkt. Dersom myokardceller dør på grunn av oksygenmangel, kalles det et myokardinfarkt (Ørn & Brunvand, 2011).

#### **1.2.2. Depresjon**

Ifølge Helsedirektoratet (2009) er depresjon en bred og heterogen diagnosegruppe. Depresjon er en psykisk lidelse som kjennetegnes av senket stemningsleie, redusert energi, nedsatt interesse og/eller opplevelse av glede. Andre vanlige symptomer som kan forekomme er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, samt passivitet og initiativløshet (WHO, 2000). Diagnosen depresjon stilles dersom pasienten har et utvalg av depressive symptomer mesteparten av dagen, tilnærmet hver dag i minst to uker. Det må også være åpenbart at pasienten lider av plagene eller at funksjonsnivået er svekket, for at diagnosen depresjon skal stilles (Aarre, 2012). Depressive lidelser varierer både i varighet og intensitet. Det skilles derfor mellom mild, moderat og alvorlig depresjon, på bakgrunn av grad av symptombelastning (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

Å kartlegge er å avdekke status og bidrar til å danne grunnlaget for videre tiltak på en systematisk måte. Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som skal bidra til å samle inn relevant informasjon (Helsedirektoratet, 2011). Kartleggingsverktøy skiller seg fra diagnoseverktøy, som har som formål å identifisere eller utelukke diagnoser. Det eksisterer en rekke anerkjente verktøy for kartlegging av depressive symptomer, blant annet Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) og Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Olsson, Mykletun, & Dahl, 2005; Montgomery & Åsberg, 1979). Blant pasienter med koronarsykdom benyttes ofte The Cardiac Depression Scale (CDS) og The Patient Health Questionnaire (PHQ) (Hare & Davis, 1996; Stafford, Berk, & Jackson, 2007) for å avdekke depressive symptomer. Verktøyene inneholder spørsmål om symptomer og tegn som kan identifisere tilstedeværelsen av en depressiv lidelse, eller risiko for utvikling av en depressiv lidelse. The American Heart Association anbefaler kartleggingsverktøyet PHQ ved kartlegging av depressive symptomer blant pasienter med koronarsykdom (Lichtman et al., 2008). Helsedirektoratet (2009) har ikke gitt noen føringer for hvilket kartleggingsverktøy som skal benyttes.

### **1.2.3. Komorbiditet**

Komorbiditet defineres som forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser som opptrer samtidig hos en og samme person (Store Medisinske Leksikon, 2014). Komorbiditet mellom somatisk sykdom og psykiske lidelser er vanlig, og er forbundet med økt mortalitet, redusert funksjonsstatus og redusert livskvalitet. I tillegg nevnes redusert behandlingskvalitet som en konsekvens av komorbid somatisk og psykisk sykdom, da komorbiditet representerer en betydelig utfordring for helsepersonell (Dahl & Grov, 2014).

## 2.0. Metode

En metode er en fremgangsmåte som benyttes for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2000). Metoden som er benyttet i det aktuelle studiet er et allment litteraturstudie. Et allment litteraturstudie beskrives gjerne som en litteraturoversikt eller en litteraturgjennomgang, og har til hensikt å beskrive kunnskapsnivået innen et bestemt fagområde. Dette innebærer at det blir søkt, kritisk gransket og sammenfattet litteratur med utgangspunkt i studiens hensikt (Forsberg & Wengström, 2013).

Databasene Medline og Cinahl ble benyttet for å innhente relevante vitenskapelige artikler. Medline er en bred database som inneholder blant annet medisinske- og sykepleiefaglige vitenskapelige artikler. Database Cinahl inneholder hovedsakelig sykepleiefaglig forskning (Forsberg & Wengström, 2013). Ifølge Polit & Beck (2012) er Medline og Cinahl viktige og anerkjente databaser innen vitenskapelig forskning. I forkant av artikkelsøket ble ulike søkeord identifisert. Enkelte søkeord ble også identifisert og inkludert i løpet av søkeprosessen. Dette ble gjort ved å studere nøkkelordene i relevante artikler, samt ved å undersøke ulike MeSH-terminologier og subheadings fra emneordslisten i Medline. Følgende engelske søkeord ble anvendt i litteratursøket: myocardial infarction, coronary disease, heart disease, depression, depressive disorders, anxiety, anxiety disorders, attitude, attitude of health personnel, knowledge, nurses, somatic, screening og mass screening . Ulike kombinasjoner av søkeordene ble deretter knyttet sammen med kombinasjonsordene "AND" og "OR" for å redusere antall treff. Videre ble det gjort avgrensinger i søket. Det ble blant annet kun søkt etter vitenskapelige artikler publisert i 2005 eller senere. Søket ble også avgrenset til å kun inkludere vitenskapelige artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk språk. Én inkludert artikkel ble funnet ved hjelp av et manuelt søk. Dette ble gjort ved å studere litteraturlisten til relevante vitenskapelige artikler. Ifølge Polit & Beck (2012) vil det å dokumentere søk gjøre det mulig å etterprøve søket, hvilket er av betydning for studiens validitet. Søk som resulterte i relevante treff er derfor dokumentert og illustreres i tabell 1.



Data-base	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for videre granskning	Inkluderte
Medline 06.03.15	Publisert i 2005-Current Abstract Danish, English, Norwegian, Swedish	Coronary disease OR heart disease AND depression OR anxiety OR depressive disorder AND mass screening	52	38* 4**	10***	6	4

**Tabell 1.** Søk i Medline

*Se vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier*

De vitenskapelige artiklene ble først valgt ut på bakgrunn av deres tittel. Studier med titler som tydelig ikke var relevante ble forkastet. Videre ble abstrakt lest, og også her ble studier ekskludert på bakgrunn av deres manglende relevans for det aktuelle studiet. Til slutt ble de gjenstående studiene lest i sin helhet. En rekke studier som ble lest i sin helhet ble også forkastet, enten på grunnlag av lav kvalitetsbedømming eller manglende relevans for det aktuelle litteraturstudiet.

### 2.1. Ethiske overveielser

I studier som involverer mennesker må hensyn tas med tanke på deltakernes personvern og rettigheter (Dalland, 2000; Polit & Beck 2012). I Helsinkideklarasjonen påpekes det at de forskningsetiske komiteene har et særlig ansvar for å kontrollere forskning på svake grupper, ved blant annet å sørge for at kriteriene for det frie og informerte samtykket er godt nok ivaretatt. I tillegg påpekes det at de forskningsetiske komiteene skal kontrollere at prosjektene holder vitenskapelig god kvalitet (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014). En etisk godkjenning vil derfor være en kvalitetssikring av forskningen, både i forhold til ivaretagelse av deltakernes interesser og kvaliteten på forskningsprosjektet generelt. På bakgrunn av dette er det tilstrebet at inkluderte studier skal være godkjent av en etisk komité. På tross av dette er det allikevel blitt inkludert studier som ikke er godkjent av etisk komité. To av studiene inneholder etiske resonnement, men ikke en formel etisk godkjenning. Én studie inneholder ikke et etisk resonnement, og det fremkommer ikke at det foreligger en etisk godkjenning. Studiene er allikevel inkludert på

bakgrunn av deres relevans for det aktuelle studiet, samt at de er blitt publisert i velrennomerte tidsskrift. Publikasjon i velrennomerte tidsskrift anses som en kvalitetssikring med tanke på studiens reliabilitet og validitet (Polit & Beck 2012).

Ifølge Forskningsetikkloven (2006, §5) regnes plagiering som vitenskapelig uredelighet. Plagiering ved rapportering av forskning vurderes som uetisk, og er ikke forenelig med god vitenskapelig praksis. Korrekt kildehenvisning er derfor blitt vektlagt i det aktuelle litteraturstudiet.

## **2.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Gjennom utvelgelsesprosessen ble de vitenskapelige artiklene vurdert ved hjelp av et artikkelgranskings skjema (*se vedlegg 4: Artikkelgranskings skjema*) hvor de oppnådde en kvalitetsscore på høy, middels eller lav (Sjöblom & Rygg, 2012). De inkluderte artiklene fikk henholdsvis høy og middels score. Artiklene ble kvalitetsvurdert på bakgrunn av deres validitet og reliabilitet. I de inkluderte artiklene er antall deltakere, frafall, metode og resultat tydelig beskrevet. Artiklene er blitt inkludert på bakgrunn av litteraturstudiets hensikt. I løpet av utvelgelsesprosessen ble de følgende inklusjons- og eksklusjonskriteriene benyttet.

*Se vedlegg 2: Oversikt over inkluderte vitenskapelige artikler*

### **Inklusjonskriterier**

- Studier gjort på sykehus
- Studier som belyser hensikten
- Sykepleieperspektiv
- Pasientene i studien er voksne
- Originale studier
- Studier gjort i vestlige land
- IMRaD-struktur

### **Eksklusjonskriterier**

- Studier hvor det er fokusert på kjønnsforskjeller
- Studier gjennomført i ikke-vestlige land
- Studier som ikke belyser hensikten
- Review – og fagartikler

### **2.3. Analyse**

En analyse er et granskningsarbeid hvor en skal forsøke å finne ut hva de ulike dataene, materialet, har å fortelle (Dalland, 2000). En vitenskapelig analyse innebærer å dele opp det studerte fenomenet i mindre deler og undersøke disse delene separat, for deretter å sette sammen delene til en helhet (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Ifølge Polit & Beck (2012) er utfordringen ved en vitenskapelig analyse å organisere materialet og identifisere et mønster. I det aktuelle studiet ble det foretatt en tekstanalyse av de inkluderte artiklene som er inspirert av innholdsanalysen av Graneheim & Lundman (2004). De inkluderte artiklene ble lest i sin helhet gjentatte ganger for å danne et bilde av hva de ulike dataene fortalte. Etter å ha oppnådd en forståelse av de ulike dataene, ble disse sammenfattet i ulike meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene er en kondensering av data, hvor kjernen i innholdet ivaretas selv om teksten forkortes. De ulike meningsbærende enhetene ble sammenfattet i ulike subkategorier, som igjen dannet grunnlaget for utarbeidelsen av de fire hovedkategoriene i det aktuelle studiet. Hovedkategoriene som ble utarbeidet er identifiserte tema av en helhet, og utgjør selve grunnmuren for innholdet i oppgaven (Graneheim & Lundman 2004). *Se vedlegg 3: Eksempel på tekstanalyse*

### **3.0. Resultat**

#### **3.1. Sykepleieres mulighet til å avdekke depressive symptomer blant pasienter etterfulgt av et myokardinfarkt**

Sykepleiere anerkjenner at depresjon har negativ innvirkning på kardiovaskulær prognose, og mener at det er viktig å identifisere depresjon blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt. Allikevel fremkommer det at sykepleiere underestimerer prevalensen av depresjon blant denne pasientgruppen (Haws, Ramjeet, & Gray, 2011). Sykepleiere mener at komorbid depresjon og koronarsykdom ofte blir oversett, og formidler at forbedring er nødvendig for at identifisering skal være mulig (Worrall-Carter et al., 2011). Sykepleiere rapporterer at undervisning vil bidra til å forbedre kartleggingen av depresjon blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt (Smolderen et al., 2011).

I fravær av et formelt kartleggingsverktøy, er sykepleiere og legers vurdering av pasienters depressive symptomer ukorrekt (Ziegelstein et al., 2005). I flere studier fremkommer det at sykepleiernes vurdering av pasientenes depressive symptomer ikke er overensstemmende med de faktiske forhold (Huffman et al., 2006; Amin, Jones, Nugent, Rumsfeld, & Spertus, 2006; Ziegelstein et al., 2005). Av pasienter som blir vurdert av et psykiatrisk team til å ha depressive symptomer av klinisk betydning, identifiserer sykepleiere og leger 4,1% (Huffman et al., 2006). Studien gjort av Amin et al., (2006) viser at symptomer på moderat til alvorlig depresjon blir oppdaget i 25% av tilfellene. Sykepleiere, leger og kardiologer, uten spesifikk opplæring i gjenkjennelse av depressive symptomer, vurderer at 75% av pasientene ikke har depressive symptomer, på tross av at depressive symptomer er oppdaget av et psykiatrisk team. Det fremkommer også at de vurderer at omtrent 30% av pasientene har symptomer på depresjon, selv om et psykiatrisk team har vurdert at depressive symptomer ikke er tilstede (Ziegelstein et al., 2005). Pasienter med en høy PHQ-score, hvilket indikerer tilstedeværende depressive symptomer, har like stor sannsynlighet for at deres depressive symptomer blir oppdaget i løpet av sykehusinnleggelsen som pasienter med lavere PHQ score (Amin et al., 2006). Ifølge Huffman et al. (2006) er depresjon både underdiagnostisert og underbehandlet i hjertemedisinske avdelinger. Over 70% av pasienter med alvorlig depresjon mottar ikke medisinsk behandling i form av antidepressiva, og har like stor sannsynlighet for å motta slik behandling som andre pasienter uten tilsvarende symptomer (Huffman et al., 2006). Sykepleiere og leger synes det er vanskelig å skille mellom behandlingstrengende depresjon og vanlige psykiske reaksjoner blant pasienter med koronarsykdom. Studien avdekker at majoriteten av sykepleiere og leger mener at psykiske reaksjoner etterfulgt av en akutt koronar hendelse er naturlig, og at dette bidrar til å komplisere gjenkjennelsen av depressive symptomer (Barley, Walters, Tylee, & Murray, 2012).

*I guess if someone was to come in with recently being diagnosed with coronary heart disease and came in a particularly low mood. Initially, again, you might just put it down to the fact that they've been diagnosed with quite significant illness, so you may not call it depression as such.*

(Barley et al., 2012, s. 3)

### **3.2. Sykepleieres bruk av kartleggingsverktøy for å kartlegge depressive symptomer**

Ved fravær av kartleggingsverktøy blir 24,5% til 31,5% av pasientene med milde til alvorlige symptomer på depresjon oppdaget (Smolderen et al., 2011; Haws et al., 2011). I hjertemedisinske avdelinger hvor systematisk kartleggingsverktøy er implementert blir over halvparten av pasientene vurdert til å være i risiko for depresjon (Ski et al., 2012). Mangel på et systematisk kartleggingsverktøy fører til at ansatte i en travel hjertemedisinsk avdeling underdiagnostiserer og underbehandler depresjon blant pasienter med akutt myokardinfarkt (Huffman et al., 2006). Ved fravær av kartleggingsverktøy oppgir majoriteten av sykepleierne at de benytter det kliniske blikket for å vurdere om pasienter er deprimerte (Worrall-Carter et al., 2012; Barley et al., 2012). Etter gjennomført undervisning og implementering av kartleggingsverktøy oppgir 11% at de benytter det kliniske blikket for å vurdere om pasienter er deprimerte (Worrall-Carter, 2012). En sykepleier oppgir at hun kan identifisere depresjon ved å iaktta pasientenes væremåte, men ved benyttelsen av et kartleggingsverktøy blir det oppdaget at den subjektive vurderingen er ukorrekt. "Some of them surprise me – you think 'oh yes, they're fine... and then you get them to fill in this form and you think 'oh!'" (Barley et al., 2012, s. 4).

Sykepleiere oppgir at kartlegging av depresjon er komplisert. Sammenlignet med sykepleiere, mener dobbelt så mange leger at de er kompetente til å benytte kartleggingsverktøy for depresjon (Haws et al., 2011). Sykepleiere mener at manglende kunnskap hindrer dem fra å kartlegge depressive symptomer blant pasienter med koronarsykdom (Smolderen et al., 2011; Worrall-Carter et al., 2011). Sykepleiere oppgir også at de unngår å bruke kartleggingsverktøy for depresjon fordi de frykter å avdekke noe de ikke kan håndtere. "Im bad at asking, in some ways I think, like lots of nurses, you don't want to open up something that you then, then can't deal with afterwards" (Barley et al., s.4 ). Sykepleiere oppgir at de ikke prioriterer kartlegging av depressive symptomer grunnet korte sykehusopphold, samt at de ikke føler at dette er deres ansvar (Smolderen et al., 2011). De føler seg heller ikke kvalifisert til å jobbe med psykiske lidelser (Haws et al., 2011; Barley et al., 2012). Enkelte sykepleiere oppgir også frykt for pasientenes reaksjon som en barriere for kartlegging av depressive symptomer (Smolderen et al., 2011). Studien gjort av Worrall-Carter et al. (2011) viser at langt færre

barrierer for kartlegging av depresjon blir identifisert etter undervisning og innføring av et formelt kartleggingsverktøy i klinisk praksis.

Majoriteten av sykepleiere mener at depresjon blant pasienter med koronarsykdom er underdiagnostisert. Sykepleiere antar at dette skyldes at pasientene føler at det er irrelevant å nevne forandringer i stemningsleie (Barley et al., 2012). Etter implementering av et systematisk kartleggingsverktøy, benyttet av sykepleiere, blir kartlegging av depressive symptomer beskrevet som et tidseffektivt verktøy og som ikke går utover andre sykepleieoppgaver (Sowden, Mastromauro, Januzzi, Fricchione, & Huffman, 2010). Sykepleiere mener at kartleggingsverktøy er essensielt for å forbedre deres praktiske ferdigheter når det gjelder å kartlegge depressive symptomer (Worrall-Carter, 2012). Studien gjort av McGuire, Eastwood, Macabasco-O'Connell, Hays, & Doering (2013) viser at sykepleiere avdekker depressive symptomer blant pasienter med akutt koronarsykdom ved å benytte kartleggingsverktøyet anbefalt av The American Heart Association. Kartleggingsverktøy gjør det lettere for helsepersonell å ta initiativ til samtale med pasienter om endringer i stemningsleie. I tillegg bidrar bruk av kartleggingsverktøy til å øke sykepleiernes bevissthet rundt depresjon blant pasienter med gjennomgått myokardinfarkt (Barley et al., 2012).

En prospektiv studie, hvor det ble innført et formelt kartleggingsverktøy ved hjertemedisinsk- og hjertekirurgisk avdeling, viser at kartleggingsverktøy bidrar til handling (Ski et al., 2012). Blant pasienter med moderat til høy risiko for depresjon blir risikovurderingen dokumentert i pasientens journal i over 90% av tilfellene (Ski et al., 2012). Lignende funn rapporteres i studien gjort av Smolderen et al. (2011), hvor implementering av et kartleggingsverktøy fører til at i overkant av 90% av pasientene med symptomer på depresjon får dette dokumentert i medisinkurve og pasientjournal, samt henvisning til ytterligere behandling. Til sammenligning har 24,5% av pasienter med moderate til alvorlige symptomer på depresjon dokumentasjon på at disse symptomene er oppdaget, når det ikke foreligger et formelt kartleggingsverktøy. I underkant av 40% av pasienter med suicidale tanker har dokumentasjon på at dette er oppdaget (Amin et al., 2006).

### **3.3. Sykepleieres holdninger til kartlegging av depressive symptomer**

Sykepleiere er gjennomgående enig i at kartlegging av depresjon er et nyttig tilskudd i pasientbehandlingen, og at kartlegging vil kunne bidra til økt kvalitet i behandlingen av pasienter innlagt på hjertemedisinsk avdeling (Sowden et al., 2010; McGuire et al., 2013).

Majoriteten av sykepleiere er positive og entusiastiske til implementering av et systematisk kartleggingsverktøy. Flere sykepleiere mener at kartlegging av depressive symptomer er et viktig, men neglisjert område i behandlingen av pasienter med akutt koronar sykdom (McGuire et al., 2013).

Sykepleiere mener at behandling av depresjon blant pasienter med koronarsykdom vil gjøre pasientene i bedre stand til å følge opp aktuelle behandlingstiltak (Barley et al., 2012)

*If you've treated their depression, their outlook on life might be better as a whole, so therefore they want to remain well, so they're taking their medication, not just their medication, their exercise their food, whatever, smoking (...) all goes hand in hand.*

(Barley et al., 2012, s. 5)

Majoriteten av sykepleiere indikerer at depresjon etter myokardinfarkt krever intervensjon. Sykepleiere oppgir å ha kunnskap om komorbid depresjon og koronarsykdom, men har mindre positive holdninger når det gjelder kartlegging av depressive symptomer (Haws et al., 2011). I studien gjort av Liggins & Hatcher (2005) påpeker en sykepleier at psykiske lidelser enkelte ganger blir oversett i somatiske avdelinger. Sammenlignet med leger er sykepleiere mindre enig i at det er deres oppgave å sørge for at pasientene mottar behandling for depresjon. Halvparten av sykepleierne oppgir at depresjon prioriteres i deres konsultasjoner med pasienter (Haws et al., 2011).

### **3.4. Sykepleieres holdninger til pasienter med komorbide psykiske lidelser i somatisk sykehus**

Sykepleiere i somatisk sykehus beskriver det å jobbe med pasienter med psykiske lidelser som en negativ opplevelse (Liggins & Hatcher, 2005). I flere studier avdekkes negative holdninger til pasienter med psykisk sykdom blant helsepersonell (Liggins & Hatcher, 2005; Björkman, Angelman, & Jönsson, 2008). Negative holdninger er mer uttalt blant sykepleiere ved somatisk avdeling, sammenlignet med kollegaene ved psykiatrisk avdeling (Björkman et al., 2008). I flere studier fremkommer det at sykepleiere opplever det å jobbe med psykiske lidelser som skremmende (Liggins & Hatcher, 2005; Björkman et al., 2008). Studien gjort av Liggins & Hatcher (2005) viser at manglende kunnskap om psykiske lidelser blant sykepleiere i somatisk sykehus skaper frykt og usikkerhet i møtet med psykisk syke pasienter. Sykepleiere gir uttrykk for at deprimerte pasienter er uforutsigbare og mer krevende å jobbe med enn andre pasienter (Liggins & Hatcher, 2005; Björkman et al., 2008). I studien gjort av Haws et al., (2011) uttrykker majoriteten av sykepleierne at de føler seg komfortable med å snakke om depresjon med pasienter etter gjennomgått myokardinfarkt. Det fremkommer i en annen studie at halvparten av sykepleierne synes det er vanskelig å snakke med pasienter som lider av depresjon (Björkman et al., 2008). Flere negative holdninger knyttet til det å snakke med pasienter med psykiske lidelser blir oppdaget blant sykepleiere ved somatisk avdeling, sammenlignet med sykepleiere ved psykiatrisk avdeling (Björkman et al., 2008)

12,5% av sykepleiere mener at pasienter med depresjon, uavhengig om de er innlagt på somatisk- eller psykiatrisk avdeling, har seg selv å takke for sykdommen (Björkman et al., 2008). Funnene i studien gjort av Barley et al. (2012) viser at sykepleiere reflekterer rundt årsaken til den høye prevalensen av depresjon blant pasienter med koronarsykdom. Det at pasienter kan ha en opplevelse av å selv være ansvarlig for sin sykdom, mener sykepleiere kan bidra til utvikling av depresjon. Helsepersonell meddeler at pasienter med psykisk sykdom skaper en rekke problemer og forstyrrelser i somatiske avdelinger (Liggins & Hatcher, 2005).



## 4.0. Diskusjon

### 4.1. Resultatdiskusjon

Resultatet viser at depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt. Funnene viser at kun 1/4 av pasienter med moderate til alvorlige symptomer på depresjon blir oppdaget i hjertemedisinske avdelinger hvor det ikke foreligger et systematisk kartleggingsverktøy for depresjon. Resultatet indikerer at sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger mangler kunnskap når det gjelder å identifisere depressive symptomer. Videre fremkommer det at sykepleiere synes det er vanskelig å skille mellom behandlingstrengende depresjon og normale følelsesmessige reaksjoner i etterkant av en akutt koronar hendelse. Resultatet viser at sykepleiere er gjennomgående enige i at kartlegging av depressive symptomer er et nyttig tilskudd i pasientbehandlingen, men at de ikke anser dette som deres ansvarsområde. Videre fremkommer det at negative holdninger til pasienter med komorbid somatisk- og psykisk sykdom er et utbredt fenomen blant sykepleiere.

Funnene i resultatet vil i resultatdiskusjonen diskuteres opp mot relevant forskning, pensumlitteratur og annen tilleggslitteratur. Resultatet vil også diskuteres opp mot betydningen av en holistisk sykdomsforståelse og pasienttilnærming som vektlegges i sykepleieteorien utviklet av Benner & Wrubel (1989).

#### 4.1.1. Sykepleieres mulighet til å avdekke depressive symptomer blant pasienter etterfulgt av et myokardinfarkt

Resultatet viser at depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet blant pasienter med akutt koronarsykdom, hvilket understøttes av Aarre (2014) som hevder at depresjon for sjeldent blir påvist og behandlet blant pasienter med somatisk sykdom. Somatisk sykdom blir oppfattet som mer dramatisk eller alvorlig, og blir av den grunn prioritert (Aarre, 2014). Allikevel viser resultatet at sykepleiere anerkjenner den negative innvirkningen depresjon har på kardiovaskulær prognose, og at de ser viktigheten av å identifisere depressive symptomer.

På tross av den høye forekomsten viser resultatet at sykepleiere gjennomgående underestimerer prevalensen av depresjon blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt. Den høye prevalensen, samt den negative innvirkningen depresjon har på kardiovaskulær prognose, synliggjør viktigheten av at depressive symptomer kartlegges i hjertemedisinske avdelinger. Resultatet viser dog at sykepleiere mangler kunnskap når det gjelder å identifisere depressive symptomer blant denne pasientgruppen. Resultatet understøttes av Aarre (2014) som hevder at helsepersonell i

somatisk sykehus ikke kjenner seg fortrolig med diagnostikk og behandling av depresjon, og at dette bidrar til at depresjon i liten grad blir påvist og behandlet blant pasienter med somatisk sykdom.

#### **4.1.1.0. Å skille mellom normale og patologiske reaksjoner på akutt og kritisk sykdom**

Resultatet viser at majoriteten av sykepleiere og leger mener at psykiske reaksjoner etter en akutt koronarhendelse er naturlig, og at dette bidrar til å komplisere gjenkjennelsen av depressive symptomer. Det er derfor relevant å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til at sykepleiere skal klare å skille normale og hensiktsmessige følelsesmessige reaksjoner fra patologiske reaksjoner på akutt og kritisk sykdom. Et myokardinfarkt er en livstruende hendelse, som vil medføre en psykisk belastning for den som rammes (Grove, 2011). Benner og Wrubel (1989) beskriver sykdom som rammer hjertet som et symbolsk angrep på selve livet. Koronarsykdom kan true personens identitet og påvirke hele livssituasjonen til den som rammes. Dette understøttes av Eide og Eide (2011) som påpeker at det å bli diagnostisert med en alvorlig sykdom er en alvorlig livshendelse, en krise, som kan føre til tap av mening og sammenheng for den det gjelder. Å reagere med angst, uro og fortvilelse er ikke unormalt i slike tilfeller (Dahl, 2014).

Kriseteorien utviklet av Johan Cullberg (1977) deler kriseforløpet inn i fire ulike faser: sjokk-, reaksjons-, bearbeidings- og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen inntreffer umiddelbart etter krisen har inntruffet, og har som regel kort varighet. Etterhvert vil sjokktilstanden gradvis gå over i reaksjonsfasen, hvor individet begynner å ta innover seg det som har skjedd. En følelse av smerte og fortvilelse er ikke uvanlig i reaksjonsfasen. På bakgrunn av den korte liggetiden i sykehus er det sannsynlig at sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger møter pasienter som er i sjokk- og/eller reaksjonsfasen. De resterende fasene vil ikke utdypes nærmere av hensyn til oppgavens hensikt og kontekst. Det er allikevel viktig å presisere at et kriseforløp ytterst sjeldent utvikler seg kronologisk fra en fase til den neste. Det vanligste er at den kriserammede beveger seg frem og tilbake i kriseforløpet (Helgesen, 2011).

Ziegelstein et al. (2005) hevder at helsepersonell sin forventning om lavt stemningsleie blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt bidrar til at depresjon i liten grad blir diagnostisert og behandlet blant den aktuelle pasientgruppen. Dette understøttes av Helgesen (2011) som påpeker at det ikke alltid er lett å skille krisereaksjoner fra symptomer på en psykisk lidelse, men at det allikevel er viktig å gjøre et slikt skille. På bakgrunn av dette er det forståelig at sykepleiere og leger ved hjertemedisinske avdelinger synes det er vanskelig å skille mellom normale krisereaksjoner og depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt. Ifølge Eikeland, Haugland og Stubberud (2010) er det viktig at sykepleiere har kunnskap om vanlige krisereaksjoner

ved akutt og kritisk sykdom, for at de skal forstå den enkelte pasienten sine opplevelser og reaksjoner. Et slikt kunnskapsgrunnlag vil trolig kunne bidra til at sykepleiere lettere evner å skille mellom patologiske- og naturlige reaksjoner på akutt og kritisk sykdom.

Sorg er ifølge Ekeberg (2014) en naturlig del av livet og oppstår som en konsekvens av tap. Begrepene depresjon og sorg benyttes ofte om hverandre (Ekeberg, 2014), og sorgforløpet har en rekke likhetstrekk med kriseforløpet (Helgesen, 2011). Sorg og depresjon har en rekke felles symptomer, deriblant senket stemningsleie, manglende overskudd og energi, redusert matlyst, søvnforstyrrelser og redusert interesse for ting som en tidligere har hatt interesse for. Selv om mange av symptomene er de samme, er det også enkelte symptomer som kan bidra til å skille de to fra hverandre (Ekeberg, 2014). Sorg utløses alltid av en tapsopplevelse, det være seg tap av en nærstående person (Ekeberg, 2014) eller tap av funksjon slik en kan se ved somatisk sykdom (Kristoffersen, Breivne, & Nortvedt, 2011). En sørgende person vil ofte være preget av tanker omkring det som er tapt. Dersom tankene er fokusert på en selv, og da særlig en opplevelse av skyld, skam, håpløshet og selvbebreidelse, er dette noe som taler for at det dreier seg om depresjon og ikke sorg. Evnen til gråt kan også bidra til å avdekke hvorvidt det dreier seg om en sorgreaksjon eller depresjon. Blant sørgende er gjerne evnen til å gråte slik den alltid har vært, mens deprimerte kan ha vanskelig for å gråte selv om behovet er der, eller ha vanskelig for å stoppe og gråte (Ekeberg, 2014). Slik det fremkommer her er det av stor betydning at sykepleiere i somatiske avdelinger har kunnskap om psykologiske reaksjonsmønstre for at identifisering av depressive symptomer skal være mulig.

Resultatet viser at sykepleiere og leger ved hjertemedisinske avdelinger, uten spesifikk opplæring i gjenkjennelse av depressive symptomer, kun oppdager 25% av pasienter med depressive symptomer. Dette understøttes av en metaanalyse som viser at helsepersonell uten spesiell erfaring med diagnostikk av depressive lidelser, gjennomgående underestimerer prevalensen av tilstedeværende depressive symptomer (Cepoiu et al., 2007). Ifølge McGuire, Eastwood, Macabasco-O'Connell, Doering, & Hays (2014) kan symptombildet på depresjon og akutt koronarsykdom overlappe, hvilket bidrar til å gjøre det vanskelig å skille det ene fra det andre. Fatigue, nedsatt matlyst og vekttap, som er vanlige symptomer på depresjon, kan også være et resultat av somatisk sykdom (Aarre, 2014). McGuire et al. (2014) hevder at det overlappende symptombildet, av somatiske, kognitive og affektive symptomer, bidrar til å komplisere kartlegging og diagnostisering av depresjon blant pasienter med koronarsykdom. Tradisjonelt har somatiske og affektive symptomer på depresjon blitt vektlagt, da tilstedeværelsen av slike symptomer er forbundet med forverret prognose og økt mortalitet (de Jonge et al., 2006; Roest et al., 2011; Hoen et al., 2010). Ifølge

Groenewold et al. (2013) blir kognitive og affektive symptomer, som anhedoni, skyldfølelse, dysfori og suicidale tanker, sjeldnere oppdaget blant deprimerede personer med kardiovaskulære sykdommer sammenlignet med somatisk friske. Blant årsaker til at slike symptomer i mindre grad blir oppdaget nevnes følgende faktorer: symptomene er mindre merkbare blant personer med kardiovaskulær sykdom (Groenewold et al., 2013) og at helsepersonell er mer oppmerksomme på de somatiske symptomene i hjertemedisinske avdelinger (McGuire et al., 2014). Funnene i studien gjort av McGuire et al. (2014) indikerer at helsepersonell ved hjertemedisinske avdelinger burde være like oppmerksomme på de kognitive og affektive symptomene som på de somatiske symptomene på depresjon. I resultatet formidler sykepleiere at økt kunnskap og kompetanseheving er nødvendig for at identifisering av depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt skal være mulig. Dette understøttes av McGuire et al. (2014) som hevder at økt bevissthet og kunnskap om kognitive og affektive symptomer blant helsepersonell kan bidra til at flere pasienter som lider av depresjon blir oppdaget.

Ifølge Benner & Wrubel (1989) er dualismens begrensninger særlig tydelig når det er snakk om symptomatologi. I henhold til den kartesianske dualismen er sinnet mottakeren og fortolkeren av inntrykk fra kroppen. Symptomer anses dermed som sinnets subjektive fortolkning av kroppens reelle sykdom, og trenger ikke alltid å være "korrekt". Helsepersonellens oppgave blir derfor å avgjøre hvilke symptomer som er reelle eller ikke. Symptomer som anses som reelle vil være symptomer som kommer av en patologisk kroppslig tilstand. På bakgrunn av funnene i studien gjort av Groenewold et al. (2013) og McGuire et al. (2014), kan det virke som at det dualistiske synet på symptomer fremdeles gjør seg gjeldende i hjertemedisinske avdelinger.

Resultatet viser at sykepleiere og legers vurdering av pasienters depressive symptomer etter gjennomgått myokardinfarkt ikke er overensstemmende med de faktiske forhold. Slik som beskrevet ovenfor kan det være en rekke årsaker til dette, blant annet kan det være en konsekvens av manglende kunnskap om depressive symptomer og hvordan disse skiller seg fra normale krise- og sorgreaksjoner. At depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet, slik det fremkommer i resultatet, kan altså være en konsekvens av at klinikere mangler kunnskap når det gjelder identifisering av depressive symptomer.

#### **4.1.1.1. Helhetlig tilnærming til pasienter med komorbid depresjon og koronarsykdom**

Resultatet viser at sykepleiere mener at komorbid depresjon og koronarsykdom ofte blir oversett. Å overse er noe annet enn å ikke ha tilstrekkelig kunnskap om depressive symptomer, slik at disse ikke blir oppdaget. Hvorvidt dette handler om at depressive symptomer blir gjenkjent, men allikevel blir ignorert er uvisst. Det kan være en konsekvens av at sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger ikke føler seg ansvarlig for pasientens psykiske tilstand, da dette ikke er innenfor deres kompetanseområde. Dette understøttes av Odland (2010) som hevder at det å arbeide innenfor en avansert medisinsk kontekst medfører en risiko for at sykepleiere og deres praksis blir preget av reduksjonistiske holdninger. Reduksjonistiske holdninger kan komme til uttrykk gjennom en klinisk praksis hvor mennesket settes til side, og det kun fokuseres på sykdommen og det syke organet (Odland, 2010). Et slikt reduksjonistisk menneskesyn står i tydelig kontrast til det helhetlige menneskesynet som danner grunnlaget for de sykepleiefaglige verdiene.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at sykepleiere har ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette innebærer at sykepleiere, uavhengig av spesialisering og arbeidssted, har et ansvar for å kartlegge og ivareta alle pasientens behov. Det å nedprioritere eller overse pasientens mentale helse fordi pasienten er innlagt på en somatisk avdeling strider altså mot de Yrkesetiske retningslinjene som skal bidra til å sikre at sykepleieres yrkesutøvelse er etisk- og moralsk forsvarlig. Sykepleieteoretikeren Benner og Wrubel (1989) tar avstand fra det dualistiske menneskesynet, og påpeker viktigheten av en holistisk sykdomsforståelse i klinisk praksis. Dette innebærer å se sammenhengen mellom kropp og sinn, og betrakte mennesket som en helhet. At man interesserer seg for hele pasienten, samt betydningen psykiske- og følelsesmessige aspekter har for sykdomsforløpet, blir ifølge Benner og Wrubel (1989) i økende grad anerkjent som kritiske komponenter for pasientens helbredelse.

Ifølge Naylor, Parsonage, McDaid, Knapp, & Fossey (2012) resulterer separat behandling av psykisk- og somatisk lidelse i dårligere pasientforløp. Videre hevdes det at dagens tilnærming til pasienter med komorbide somatiske og psykiske lidelser står i fare for å mislykkes dersom behandlingen ikke tar sikte på å ivareta hele mennesket. For at hele mennesket skal ivaretas må behandlingen av psykiske lidelser ikke bare følge behandlingen av somatisk sykdom som et vedheng, men som en integrert del av behandlingen (Naylor et al., 2012). Viktigheten av en holistisk tilnærming til pasienter med komorbide psykiske og somatiske lidelser understrekes også av allmennlege Anna Luise Kirkengen som hevder at medisinen ikke bør fortsette med å definere seg som todelt, bestående av en somatisk og en psykiatrisk del (Hanger, 2007). I studien gjort av Imison et al. (2011) hevdes det at utvikling av et mer integrert helsetilbud for pasienter med komorbide psykiske og fysiske lidelser

burde være en av de ti største prioriteringene i det kliniske helsearbeidet i fremtiden. Et helhetlig og integrert helsetilbud for pasienter med komorbide psykiske- og somatiske lidelser er like viktig som primær- og sekundærforebygging av sykdom, samt økt empowerment og pasientautonomi (Imison et al., 2011).

#### **4.1.2. Sykepleieres bruk av kartleggingsverktøy for å kartlegge depressive symptomer**

##### **4.1.2.0. Kritikk av implementering av et formelt kartleggingsverktøy**

Resultatet viser at depresjon blant pasienter som har gjennomgått et myokardinfarkt både er underdiagnostisert og underbehandlet. Kun 1/4 av pasienter med moderate til alvorlige symptomer på depresjon blir oppdaget ved fravær av et systematisk kartleggingsverktøy. På tross av disse funnene fraråder Aarre (2014) bruk av systematisk kartleggingsverktøy, grunnet manglende dokumentasjon på effekten av kartleggingen. Dette understøttes av Hasnain, Vieweg, Lesnefsky, & Pandurangi (2011) som hevder at det foreligger lite bevis på at rutinemessig kartlegging av depresjon er fordelaktig for pasientforløp og prognose. Ifølge Aarre (2014) vil rutinemessig kartlegging av depresjon blant pasienter med koronarsykdom kunne bidra til å sykeliggjøre normale og forventede reaksjoner på akutt og kritisk sykdom. Han hevder at det å stille åpne spørsmål om hvordan pasienten har det, i tillegg til at helsepersonell signaliserer at de er villige til å snakke om det som er vanskelig for pasienten, er en bedre strategi enn systematisk kartlegging. Ziegelstein, Thombs, Coyne, & de Jonge (2009) er også kritiske, og hevder at den høye prevalensen av depresjon samt dens negative effekt på kardiovaskulært forløp, ikke er tilstrekkelige kriterier for å innføre rutinemessig kartlegging av pasienter med koronarsykdom. Slik det fremkommer her er det mange som er kritiske til Helsedirektoratet (2009), The American Heart Association (Lichtman, 2008) og The European Society of Cardiology (Perk et al., 2012) sine anbefalinger om rutinemessig kartlegging av depressive symptomer blant pasienter med koronarsykdom. Mye av kritikken er rettet mot at det er lite forskning som tilsier at behandling av depresjon har en positiv innvirkning på koronarsykdommens forløp. Av dette kan en stille seg spørrende til om hvorvidt depresjon, og den lidelsen depresjon i seg selv medfører, ikke er et tilstrekkelig motiv for å systematisk kartlegge for depresjon blant en pasientgruppe hvor forekomsten er høy. På tross av at det finnes kjente og effektive behandlinger for depresjon, mottar mindre enn halvparten av de som rammes på verdensbasis slik behandling. En av årsakene til at så få mottar adekvat behandling er feilaktig vurdering og diagnostisering. Selv i vestlige land blir ikke alltid depresjon riktig diagnostisert (WHO, 2012). Ifølge Ormel et al. (2008) er depresjon en av de sykdommene som gir størst vansker med å fungere i dagliglivet, i tillegg til at lidelsen medfører en betydelig redusert livskvalitet for den som rammes. Selv om det per dags dato ikke finnes overveiende indikasjoner på at kartlegging og behandling av depresjon bedrer

kardiovaskulær prognose, hevder Colquhoun et al. (2013) at det å behandle depresjon blant pasienter med koronarsykdom vil kunne føre til bedret livskvalitet samt økt evne til å etterleve aktuelle behandlingstiltak. Ifølge Whooley (2009) burde det foreligge systematisk kartlegging av depresjon inntil man er i stand til å vise at dette bidrar til å bedre kardiovaskulært utfall.

#### **4.1.2.1. Forutsetninger for kartlegging av depressive symptomer**

I resultatet kommer det frem at sykepleiere unngår å kartlegge depressive symptomer i frykt for å avdekke noe de ikke kan håndtere. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiseres det at sykepleiere skal erkjenne grensene for sin egen kompetanse, og at de skal praktisere innenfor disse grensene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det at sykepleiere og annet helsepersonell skal forholde seg til sine faglige kvalifikasjoner er også hjemlet i lovverket. Jamfør Helsepersonellovens § 4 (1999) har sykepleiere og annet helsepersonell et ansvar for å innhente hjelp eller henvise pasienter videre dersom deres egen kompetanse ikke er tilstrekkelig. At sykepleiere unngår å kartlegge depressive symptomer blant pasienter innlagt med akutt myokardinfarkt kan trolig sees i sammenheng med blant annet rettslige- og profesjonsetiske retningslinjer. Det at påvist depresjon følges opp med adekvat behandling er en absolutt forutsetning for kartlegging av depressive symptomer blant pasienter med koronarsykdom (Dahl & Grov, 2014). Selv om sykepleiere er i stand til å benytte seg av kartleggingsverktøy for å avgjøre hvorvidt pasienter har depressive symptomer eller ikke, er det ikke sykepleiernes oppgave å diagnostisere og behandle depresjon. De kan derimot bidra til å sørge for at pasienter med depressive symptomer blir henvist til videre behandling. Luttik, Jaarsma, Sanderman, & Fleer (2010) hevder at den stadfestede sammenhengen mellom depresjon og økt forekomst av nye akutte koronare hendelser bekrefter viktigheten av å kartlegge, diagnostisere og behandle depresjon blant pasienter med koronarsykdom. Det understrekes derimot at konsekvensene av rutinemessig kartlegging må vurderes nøye i forkant av implementering av et systematisk kartleggingsverktøy i klinisk praksis, samt at det må avgjøres hvem som skal ha ansvaret for resultatet av kartleggingen. Videre påpekes det at systematisk kartlegging av depressive symptomer blant den aktuelle pasientgruppen vil medføre økt behov for psykiatrisk ekspertise. Det bør derfor forsikres i forkant at slik ekspertise er tilgjengelig for å sikre at pasientene mottar adekvat behandling (Luttik et al., 2010).

#### **4.1.2.2. Observasjoner og det kliniske blikk**

Ved fravær av et systematisk kartleggingsverktøy oppgir sykepleiere at de bruker det kliniske blikket for å vurdere tilstedeværelse av depressive symptomer. I resultatet kommer det frem at disse subjektive vurderingene er ukorrekte. Ved å benytte alle sine sanser, kan sykepleiere danne seg et bilde av pasientens tilstand. Enkeltstående observasjoner kan i enkelte tilfeller gi klare indikasjoner

på en bestemt tilstand, men ofte må flere observasjoner sees i sammenheng for at de skal gi mening (Dahl & Skaug, 2011). Selv om observasjon av pasientenes kliniske tilstand er en viktig sykepleieoppgave, viser resultatet at observasjoner og det kliniske blikket ikke er tilstrekkelig for å vurdere om hvorvidt depressive symptomer er tilstede blant pasienter innlagt på hjertemedisinsk avdeling. Samtidig kan viktige observasjoner gå tapt, dersom sykepleiere kun forholder seg til et formelt kartleggingsverktøy. Altså vil en kombinasjon av observasjoner og benyttelsen av et formelt kartleggingsverktøy utfylle hverandre og være optimal praksis.

#### **4.1.3. Sykepleieres holdninger til kartlegging av depressive symptomer**

##### **4.1.3.0. Økt kvalitet i pasientbehandlingen**

Resultatet viser at sykepleiere mener at kartlegging av depresjon blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt er et nyttig tilskudd i pasientbehandlingen. I tillegg kommer det frem at sykepleiere mener at kartlegging av depresjon vil bidra til økt kvalitet i behandlingen av pasienter innlagt på hjertemedisinsk avdeling. Det er viktig å påpeke at kartlegging av depressive symptomer alene ikke vil bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen. Dersom kartleggingen fører til at flere kardiologiske pasienter med depresjon mottar adekvat behandling, vil trolig kartlegging kunne bidra til økt kvalitet. Slik som tidligere nevnt er det per dags dato lite forskning som tilsier at behandling av depresjon har en signifikant innvirkning på koronarsykdommens forløp og utvikling (Dahl & Grov, 2014). Det er nærliggende å anta at dette har innvirkning på sykepleiernes holdninger til kartlegging av depressive symptomer, samt hvorvidt kartlegging prioriteres eller ikke. Manglende evidens på effekten behandling av depresjon har på kardiovaskulær prognose, burde ifølge Rumsfeld & Ho (2005) ikke bidra til å utelukke kartlegging og behandling av depresjon blant pasienter med koronarsykdom. Å tilrettelegge for gjenkjennelse av komorbide tilstander i hjertemedisinske avdelinger, inkludert depresjon, kan føre til økt kvalitet i helsehjelpen som ytes samt en dreining mot en mer pasientsentrert helsetjeneste (Rumsfeld & Ho, 2005).

##### **4.1.3.1. Usikkerhet i forhold til ansvars- og rollefordeling**

Selv om resultatet viser at sykepleiere mener at kartlegging av depresjon er et nyttig tilskudd i pasientbehandlingen, fremkommer det også at en betydelig andel sykepleiere ikke anser kartlegging av depressive symptomer som deres oppgave. Ifølge Rumsfeld & Ho (2005) hersker det stor usikkerhet blant klinikere i hjertemedisinske avdelinger om deres rolle i behandlingen av depresjon blant pasienter med koronar sykdom. Det er nærliggende å spørre seg om hvorvidt sykepleiere, uten spesialisering innen psykiatri, er kompetente til å kartlegge depressive symptomer i hjertemedisinske avdelinger. At sykepleiere skal holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen eget fagområde



og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis, er hjemlet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Altså har sykepleiere et selvstendig ansvar for å anvende ny og relevant kunnskap i sin yrkesutøvelse.

Rammeplanen for sykepleierutdanningen skiller mellom begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap, når det gjelder nyutdannede sykepleiere sin funksjonsdyktighet. Dette gjøres for å belyse hvilke forventninger arbeidsgiver kan ha til den nyutdannedes kompetanse. Begrepet handlingskompetanse innebærer sykepleieroppgaver som den nyutdannede, gjennom sin grunnutdanning, skal ha kompetanse til å utøve selvstendig. Begrepet handlingsberedskap beskriver områder hvor nyutdannede sykepleiere har kunnskap, men mangler erfaring og spesialisert opplæring for å kunne handle selvstendig. For at sykepleiere skal ha handlingsberedskap må arbeidsgiver legge til rette for opplæring og videreutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008). På bakgrunn av dette kan det virke som at kartlegging av depressive symptomer krever opplæring og/ eller videreutdanning av sykepleiere. Allikevel viser flere studier at sykepleiere uten videreutdanning innen psykiatri og psykisk helsearbeid er i stand til å administrere kartleggingsverktøy for depresjon, og at de ved hjelp av et systematisk kartleggingsverktøy evner å avdekke depressive symptomer (McGuire, Eastwood, Macabasco-O'Connell, Hays, & Doering, 2011; McGuire et al., 2013).

#### **4.1.4. Sykepleieres holdninger til pasienter med komorbide psykiske lidelser i somatisk sykehus**

Holdninger beskrives av Håkonsen (2009) som en tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor mennesker, hendelser eller gjenstander. Holdninger er evaluerende, hvilket medfører en vurdering i enten positiv eller negativ retning. Resultatet viser at negative holdninger til pasienter med komorbid somatisk- og psykisk sykdom er et utbredt fenomen blant helsepersonell. I litteraturstudiet gjort av Van der Kluit og Goossens (2011) beskrives ulike faktorer som er forbundet med sykepleieres holdninger til pasienter innlagt i somatisk sykehus med komorbide psykiske lidelser. Faktorer som blir rapportert som avgjørende for sykepleiernes holdninger er blant annet kunnskap og ferdigheter, utdanningsnivå, profesjonell erfaring, samt den enkelte sykepleiers visjon om helhetlig sykepleie. Dette støttes av Mavundla (2000) som hevder at sykepleiere med kunnskap om psykiske lidelser har mer positive holdninger til pasienter med komorbide psykiske og somatiske lidelser. At mangel på kunnskap bidrar til negative holdninger til pasienter med psykiske lidelser gjenspeiles også i resultatet som viser at sykepleiere ved psykiatrisk avdeling har mer positive holdninger til pasienter med psykisk sykdom, sammenlignet med sykepleiere ved somatisk avdeling. Ifølge Brinchmann (2010) er sykepleieres holdninger med på å prege sykepleieutøvelsen. Slik som tidligere beskrevet viser resultatet at sykepleiere mener at depressive symptomer ofte blir oversett

blant pasienter med koronar sykdom. Altså er det nærliggende å anta at manglende kunnskap om psykiske lidelser blant sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger bidrar til negative holdninger som igjen vil få konsekvenser for prioriteringer i det daglige pasientarbeidet.

Resultatet viser at helsepersonell opplever at pasienter med psykisk sykdom skaper en rekke problemer og forstyrrelser i somatiske avdelinger. Ifølge Reed & Fitzgerald (2005) kan en slik oppfatning skyldes at sykepleiere har et uttalt oppgaveorientert perspektiv, istedenfor et pasientfokusert perspektiv. Slik som beskrevet innledningsvis, har det vært en rivende utvikling innen moderne kardiologi de siste tiårene (Mangschau & Skjæggestad, 2007). Et oppgaveorientert perspektiv i hjertemedisinske avdelinger kan trolig sees i sammenheng med denne utviklingen, og står i sterk kontrast til det pasientorienterte perspektivet og det faglige idealet om helhetlig omsorg. Det er viktig å presisere at det sykepleiefaglige verdigrunnet ikke må vike for medisinske- og tekniske prosedyrer i et høyteknologisk sykehusmiljø.

Et fokus på helhetlig omsorg viser seg å være av betydning for sykepleieres holdninger til pasienter med komorbide somatiske- og psykiske tilstander. Sykepleiere i somatiske sykehus som anser mental helse som en del av sitt ansvarsområde og som praktiserer helhetlig sykepleie, har et mer positivt syn på sin rolle i behandling, pleie og omsorg av pasienter med psykiske lidelser, sammenlignet med sykepleiere som ikke gjør det. Det viser seg også at utøvelse av helhetlig sykepleie til komorbide pasienter fører til at opplevelsen av frykt i møte med denne pasientgruppen reduseres (Reed & Fitzgerald, 2005). I resultatet fremkommer det at sykepleiere opplever det å arbeide med pasienter med psykiske lidelser som skremmende. Dette kan altså være et resultat av at sykepleiere i hjertemedisinske avdelinger ikke vektlegger helhetlig omsorg i sin profesjonsutøvelse, hvilket strider i mot de yrkesetiske retningslinjene som regulerer sykepleieutøvelsen.

#### **4.2. Metodediskusjon**

I det aktuelle litteraturstudiet er både kvalitative og kvantitative studier blitt inkludert.

Dette er gjort blant annet av hensyn til valg av perspektiv, samt for å oppnå både bredde og dybde i det aktuelle studiet. Uttrykk som harde og myke data blir ofte benyttet når det er snakk om data som er samlet inn ved hjelp av henholdsvis kvantitative og kvalitative data. Harde data som kjennetegnes av en kvantitativ orientert metode har til hensikt å gå i bredden av et bestemt fenomen. Dette for å få frem det som er felles eller det gjennomsnittlige. Myke data som kjennetegnes av en kvalitativ orientert metode har derimot til hensikt å gå i dybden av et fenomen. Slike data tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2000). Vitenskapelige artikler av kvantitativ metode er bevisst blitt inkludert for å belyse kartleggingsverktøyets betydning og relevans for klinisk praksis. Studier av

kvalitativ metode er blitt inkludert for å belyse sykepleiere sine erfaringer med og holdninger til kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinsk avdeling. To av de inkluderte artiklene bygger på en kombinasjon av kvalitativ- og kvantitativ metodikk: såkalte mixed-methods. Ifølge Forsberg & Wengström (2013) vil en kombinasjon av kvalitative- og kvantitative metoder kunne bidra til at ulike synsvinkler i et litteraturstudie blir synliggjort. Syv av de 12 inkluderte vitenskapelige artiklene er publisert i 2010 eller senere. Forskingen studien baserer seg på er derfor relativt ny, hvilket bidrar til å underbygge denne studiens reliabilitet og validitet.

De inkluderte studiene er gjennomført i ulike vestlige land, da dette var listet som et av inklusjonskriteriene. På tross av at betegnelsen vestlige og ikke-vestlige land delvis er blitt forkastet (Høydahl, 2008), benyttes betegnelsen i det aktuelle studiet for å signalisere at de inkluderte studiene er gjennomført i det som tidligere er blitt betegnet som vestlige land, henholdsvis Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania. På tross av at studiene er gjennomført i vestlige land, trenger ikke resultatene gjenspeile situasjonen eller være overførbare til norske sykehus. Seks av de inkluderte studiene er gjennomført i Nord-Amerika hvor store deler av helsevesenet er privat finansiert, hvilket skiller seg klart fra den offentlige norske modellen (Berge, 2002). Det er verdt å nevne at språkgrensninger i litteratursøk kan ha bidratt til å utelukke relevante og betydningsfulle studier.

Gjennom litteratursøk ble det funnet en rekke studier som omhandler forekomst og sammenhengen mellom depresjon og koronarsykdom, samt komorbid depresjon sin innvirkning på kardiovaskulær prognose. Flertallet av disse studiene er gjennomført i vestlige land. En kan derfor stille seg spørrende til hvorvidt komorbid depresjon, og dens innvirkning på kardiovaskulær prognose er et vestlig fenomen. I studien gjort av Loerbroks, Bosch, Mommersteeg, Herr, Angerer, & Li (2014) er det tatt sikte på å undersøke hvorvidt komorbid depresjons negative innvirkning på det kliniske utfallet ved angina pectoris er et vestlig fenomen eller ikke. Studien inkluderer data fra 47 land fra fem ulike kontinenter, og konkluderer med at den negative innvirkningen også gjør seg gjeldende i ikke-vestlige land. Depresjon og dens negative innvirkning på kardiovaskulært forløp er altså ikke et vestlig-, men et globalt fenomen. Studien referert til ovenfor bidrar derfor til å underbygge den aktuelle studiens betydning og relevans for klinisk praksis.

Det aktuelle litteraturstudiet har tatt sikte på å belyse sykepleieres kunnskaper og holdninger til kartlegging av depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt i hjertemedisinske avdelinger. Avgrensninger i forhold til perspektiv og kontekster ble derfor gjennomført. Tydelige avgrensninger resulterte i at de inkluderte studiene besvarer studiens hensikt. Dette anses som en styrke ved oppgaven, da de inkluderte artiklene går i dybden på det området som var ønskelig å belyse. Tross avgrensninger ble enkelte artikler som ikke omhandlet spesifikt

myokardinfarkt, men koronarsykdom generelt inkludert. Artikkene ble inkludert da funnene de presenterte bidro til å belyse studiens hensikt. På tross av avgrensning i forhold til kontekst er én av de inkluderte studiene gjennomført i primærhelsetjenesten. Studien tar for seg sykepleieres erfaringer med håndtering av depresjon blant pasienter med koronarsykdom, hvilket ble vurdert til å være av relevans for studiens hensikt. Inkludering av en studie gjort i primærhelsetjenesten kan anses som en svakhet, da en ikke er tro mot de opprinnelige inklusjonskriteriene.

To av de inkluderte artiklene tar sikte på å avdekke sykepleieres holdninger til pasienter med psykiske lidelser. Én av disse studiene er gjennomført i somatisk sykehus, mens den andre sammenligner holdningene til sykepleiere i somatiske sykehus og psykiatriske klinikker. Disse studiene er blitt inkludert grunnet manglende forskning på sykepleieres holdninger til pasienter som lider av depresjon i etterkant av et myokardinfarkt. Disse studiene inkluderer flere psykiske lidelser og ikke eksplisitt depresjon, hvilket kan anses som en svakhet i det aktuelle litteraturstudiet. Enkelte av de inkluderte studiene omhandler diagnostisering av depresjon, og ikke kartlegging av depressive symptomer. Dette kan anses som en svakhet da diagnostisering av depresjon ikke faller innenfor sykepleierens ansvars- og kompetanseområde. Allikevel er kartlegging av depressive symptomer essensielle komponenter i diagnostiseringen av depressive lidelser (Aarre, 2012). Det er også valgt å inkludere studiene på bakgrunn av at sykepleiere og deres rolle er tydelig beskrevet i de aktuelle studiene.

I analysen av de vitenskapelige artiklene kan det ha forekommet feiltolkninger. Dette kan sees i sammenheng med at de inkluderte studiene er skrevet på engelsk og inneholder fagterminologi som vanskelig kan oversettes. Tross denne utfordringen er det tilstrebet å ha en mest mulig nøyaktig forståelse av innholdet i artiklene. Samtidig er det gjort en utvelgelsesprosess, hvor enkelte data er blitt inkludert og presentert, og hvor enkelte data er blitt forkastet. Ifølge Johannessen, Tuft, & Kristoffersen (2006) er forskerens forforståelse for fenomenet som undersøkes av stor betydning for hvilke data som blir inkludert. Forforståelsen for fenomenet kan derfor bidra til å prege hvilke data som blir presentert. Det å forholde seg objektivt til et utvalg av data i analyseprosessen er derfor krevende, men nødvendig for at de presenterte dataene skal være pålitelige. En objektiv tilnærming til utvelgelsen av data er derfor tilstrebet i det aktuelle studiet.

I løpet av analyseprosessen og kvalitetsbedømmingen av de inkluderte studiene er det gjort en vurdering av forskernes autoritet. Dette er gjort på bakgrunn av deres profesjonelle tittel og tilknytning til institusjon eller organisasjon. Under denne prosessen er det oppdaget at flere av de inkluderte studiene har samme forfatter, hvilket indikerer at forfatterne har en spisskompetanse innenfor området. Dette anses som en styrke ved det aktuelle litteraturstudiet. Flere av de inkluderte

studiene er også benyttet i metaanalyser og i systematiske oversiktsartikler om emnet. Enkelte av disse metaanalysene og oversiktsartiklene er blitt benyttet som tillegglitteratur i det aktuelle studiet. I den forbindelse er det verdt å nevne at det er tilstrebet å benytte førstehåndskilder gjennomgående i dette studiet. Ved å kun benytte førstehåndskilder leses litteraturen i sin faktiske form og av den opprinnelige forfatteren. På den måten bevares det opprinnelige perspektivet i litteraturen (Dalland, 2000).

## 5.0. Konklusjon

Økt kunnskap og kompetanse blant sykepleiere når det gjelder identifisering av depressive symptomer blant pasienter med koronarsykdom synes å være nødvendig for at identifisering av depressive symptomer skal være mulig i klinisk praksis. Kunnskap om normale krise- og sorgreaksjoner vil bidra til at sykepleiere evner å skille mellom normale- og patologiske reaksjoner på akutt og kritisk sykdom. Manglende kunnskap om depresjon og psykiske lidelser blant sykepleiere påvirker deres holdninger til pasienter med psykiske lidelser. Sykepleieres holdninger viser seg å være av betydning for prioriteringene i en avansert medisinsk kontekst. Hvorvidt pasientenes mentale helse prioriteres i det daglige pasientarbeidet synes å ha en sammenheng med sykepleieres holdninger samt deres visjon om en holistisk tilnærming i en behandlingssituasjon. Sykepleiere som praktiserer helhetlig omsorg er mer positive til sin rolle i identifisering av depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt, sammenlignet med de som ikke vektlegger helhetlig omsorg i sin sykepleieutøvelse.

Kartleggingsverktøy for depresjon beskrives som et tidseffektivt verktøy, som ikke går utover andre sykepleieroppgaver etter implementering i klinisk praksis. For at implementering skal være vellykket er det nødvendig med en tydelig ansvars- og rollefordeling i hjertemedisinske avdelinger. Det aktuelle studiet viser at sykepleiere kan bidra til å avdekke depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt ved å benytte et systematisk kartleggingsverktøy for depresjon. Forskning som tar sikte på å undersøke effekten kartlegging og behandling av depresjon har på kardiovaskulært forløp vil være fordelaktig, da manglende evidens på effekten av kartlegging synes å ha innvirkning på prioriteringer i klinisk praksis.

## Litteraturliste

- Alm, A., & Norekvål, T. M. (2007). Sykepleiere i norsk kardiologi: fra pleiefunksjoner til aktiv rolle i diagnostikk og behandling. I Forfang, K. & Rasmussen, K. (Red.), *Det norske hjerte – norsk hjertemedisins historie* (1.utg., s. 349-358). Oslo: Universitetsforlaget
- Amin, A. A., Jones, A. M. H., Nugent, K., Rumsfeld, J. S. & Spertus, J. A. (2006). The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *American Heart Journal*, 152(5), 928-934. doi:10.1016/j.ahj.2006.05.006
- Barley, E. A., Walters, P., Tylee, A., & Murray, J. (2012). General practitioners' and practice nurses' views and experience of managing depression in coronary heart disease: A qualitative interview study. *BMC Family Practice*, 13(1). doi:10.1186/1471-2296-13-1
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring*. California: Addison- Wesley Publishing Company
- Berge, V. (2002). Brev fra USA: Helseplaner og helseforsikring i amerikansk helsevesen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(20), 2036-2038. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/587663/>
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2); 170–177. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- Brinchmann, B. S. (2010). Dyddsetikk. I Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i Sykepleien* (2.utg., s.133-148). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole M. G., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2007). Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians - A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-36. doi: 10.1007/s11606-007-0428-5
- Colquhoun, D. M., Bunker, S. J., Clarke, D. M., Glozier, N., Hare, D. L., Hickie, I. B., ... Branagan, M. G. (2013). Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease. *The Medical Journal of Australia*, 198(9), 483-484. doi:10.5694/mja13.1015
- Cullberg, J. (1977). *Mennesker i krise og utvikling: en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie*. Oslo: Aschehoug.

Dahl, A. A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I Dahl, A. A., Aarre T. F., & Loge, J. H. (Red.), *Psykiske Reaksjoner ved Somatisk Sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (1.utg., 31-44). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Dahl, A. A., & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri: Forståelse, betydning og konsekvenser* (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Dahl, K. & Skaug, E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2* (2.utg., 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3.Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

de Jonge, P., Ormel, J., van den Brink, R. H. S., van Melle, J. P., Spijkerman, T. A., Kuijper, A., ...

Schene, A. H. (2006). Symptom dimensions of depression following myocardial infarction and their relationship with somatic health status and cardiovascular prognosis. *American Journal of Psychiatry*, 163(1),138-44. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.138>

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 3. mai 2015 fra [https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/#\\_Toc229220456](https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/#_Toc229220456)

Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G. ,& Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg, 207-242). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ekeberg, Ø. (2014). Kriser og kriseintervensjon. I Dahl, A. A., Aarre T. F., & Loge, J. H. (Red.), *Psykiske Reaksjoner ved Somatisk Sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (1.utg., 311-330). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2012, 13. mai). *Hjerte- og karsykdommer: Faktaark med helsestatistikk*. Hentet 10. mars 2015 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Olika typer av litteraturstudier, Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.



Forskningsetikkloven (2006). (2007, 1.juli). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Hentet 14. april 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=plagiering>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2),105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Groenewold, N. A., Doornbos, B., Zuidersma, M., Vogelzangs, N., Penninx, B. W. J. H., Aleman, A., & de Jonge, P. (2013). Comparing cognitive and somatic symptoms of depression in myocardial infarction patients and depressed patients in primary and mental health care. *PLoS ONE*, 8(1). doi: 10.1371/journal.pone.0053859

Grove, T. (2011). Secondary Prevention Within the Community. I Humphreys, M. (Red.), *Nursing the Cardiac Patient* (1.utg, 205-225). Great Britain: Wiley-Blackwell.

Hanger, M. R. (2007, 25. juli). *Vi må se psykiatri og somatikk i sammenheng*. Hentet 3. april 2015 fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/--vi-ma-se-psykiatri-og-somatikk-i-sammenheng/>

Hare, D. L., & Davis, C. R. (1996). Cardiac depression scale: Validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(4),379-386. doi:10.1016/0022-3999(95)00612-5

Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P. & Jaarsma, T. (2013). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*, 35(21), 1365-1372. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/eh462>

Hasnain, M., Vieweg, W. V. R., Lesnefsky, E. J., & Pandurangi, A. K. (2011). Depression screening in patients with coronary heart disease: A critical evaluation of the AHA guidelines. *Journal of psychosomatic research*, 71(1), 6-12. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.10.009

Haws, J., Ramjeet, J., & Gray, R. (2011). A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3215-3223. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03828.x

Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykiatri* (2. Utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget

Hellesnes, J. (1999). *René Descartes*. Oslo: Gyldendal

Helsedirektoratet. (2009, mai). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 27. mars 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet 6. mai 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Helsedirektoratet. (2015, 22. januar). *Depresjon*. Hentet 10. mars 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

Helsepersonelloven. (1999). (2015, 6. februar). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 25. mars 2015 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8)

Hoen, P. W., Whooley, M. A., Martens, E. J., Na, B., van Melle, J. P., & de Jonge, P. (2010). Differential Associations Between Specific Depressive Symptoms and Cardiovascular Prognosis in Patients With Stable Coronary Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(11), 838-844. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.080

Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Beiser, M. E., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2006). Recognition and Treatment of Depression and Anxiety in Patients With Acute Myocardial Infarction. *American Journal of Cardiology*, 98(3), 319-324. doi:10.1016/j.amjcard.2006.02.033

Høydahl, E. (2008, 8. oktober). *Innvandrerbegreper i statistikken: Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato*. Hentet 6. mai fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Imison, C., Naylor, C., Goodwin, N., Buck, D., Curry, N., Addicott, R., & Zollinger-Read, P. (2011). *Transforming our health care system: Ten priorities for commissioners*. Hentet 6. april 2015 fra [http://www.nhisonline.com/nhis\\_resources/ten\\_priorities\\_for\\_commissioners.pdf](http://www.nhisonline.com/nhis_resources/ten_priorities_for_commissioners.pdf)

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag

Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (2.utg., 245-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapsdepartementet. (2008, 25. januar). *Rammeplan for Sykepleierutdanning*. Hentet 15. april 2015 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Kurdyak, P. A., Gnam, W. H., Goering, P., Chong, A., & Alter, D. A. (2008). The relationship between depressive symptoms, health service consumption, and prognosis after acute myocardial infarction: a prospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 8(200). doi:10.1186/1472-6963-8-200

Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105(9), 1049-1053. doi: 10.1161/hc0902.104707

Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., ... Froelicher, E. S. (2008). Depression and Coronary Heart Disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 118(17), 1768-1775. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769

Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 359-364. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.05.006

Loerbroks, A., Bosch, J. A., Mommersteeg, P. M. C., Herr, R. M., Angerer, P., & Li, J. (2014). The association of depression and angina pectoris across 47 countries: findings from the 2002 World Health Survey. *European Journal of Epidemiology*, 29(7), 507-515. doi: 10.1007/s10654-014-9926-z

Luttik, M. L. A., Jaarsma, T., Sanderman, R., & Fleer, J. (2010). The advisory brought to practice. Routine screening on depression (and anxiety) in coronary heart disease: consequences and

implications. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 228-233. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.08.005

Mangschau, A., & Skjæggestad, Ø. (2007). Behandling av akutt hjerteinfarkt: fra sengeleie til høyt teknologi. I Forfang, K., & Rasmussen, K. (Red.), *Det norske hjerte – norsk hjertemedisins historie* (1.utg., s. 259-268). Oslo: Universitetsforlaget

Mavundla, T. R. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1569–1578. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01661.x

McGuire, A. W., Eastwood, J- A., Macabasco-O'Connell, A., Hays, R. D., & Doering, L. V. (2013). Depression screening: utility of the patient health questionnaire in patients with acute coronary syndrome. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 12-19. doi: 10.4037/ajcc2013899

McGuire, A. W., Eastwood, J-A., Macabasco-O'Connell, A., Doering, L. V. & Hays, R. D. (2014). Depressed or Not Depressed: Untangling Symptoms of Depression in Patients Hospitalized With Coronary Heart Disease. *American Journal of Critical Care*, 23(2), 106-116. doi: 10.4037/ajcc2014146

McGuire, A. W., Eastwood, J-A., Macabasco-O'Connell, A., Hays, R. D., & Doering, L. V. (2011). Depression Screening by Nurses in Hospitalized Acute Coronary Syndrome Patients. *Circulation*, 124(21). Hentet fra [http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting\\_abstract/124/21\\_MeetingAbstracts/A10048](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/124/21_MeetingAbstracts/A10048)

Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., & de Jong, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*, 33(3), 203-216. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.02.007

Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9

- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U., & Drory, Y. (2012). Post-myocardial infarction depression: Increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures - A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 5-10. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.09.009
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., & Fossey, M. (2012). *Long-term conditions and mental health: The cost of comorbidities*. Hentet 7. april 2015 fra <http://www.thementalelf.net/wp-content/uploads/2012/02/long-term-conditions-mental-health-chris-naylor-feb12.pdf>
- Nemeroff, C. B., & Goldschmidt-Clermont, P. J. (2012). Heartache and heartbreak - the link between depression and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(9), 526-539. doi:10.1038/nrcardio.2012.91
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 9. august). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 23. mars 2015 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nylehn, P. (2009). Psyke og Soma i helsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 46(7), 709-710. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=86676&a=4](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=86676&a=4)
- Odland, L-H. (2010). Menneskesyn. I Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i Sykepleien* (2.utg., s.23-40). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Olssøn, I., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*, 5(46). doi:10.1186/1471-244X-5-46
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368-375. doi: 10.1192/bjp.bp.107.039107
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M., ... Zannad, F. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European heart journal*, 19(4), 585-667. doi: 10.1177/2047487312450228
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Designing and conducting qualitative studies to generate evidence for nursing. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9 utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Reed, F., & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurses to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 249–257. doi: 10.1111/j.1440-0979.2005.00389.x

Roest, A. M., Thombs, B. D., Grace, S. L., Stewart, D. E., Abbey, S. E., & de Jonge, P. (2011). Somatic/affective symptoms, but not cognitive/affective symptoms, of depression after acute coronary syndrome are associated with 12-month all-cause mortality. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 158-163. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.018

Roy, B. V., & Larsen, H. S. (2014) Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(3), 253-263. Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2014/03/naar\\_kroppen\\_sladrer\\_boer\\_helsetjenesten\\_lyttemedtoerer](http://www.idunn.no/tph/2014/03/naar_kroppen_sladrer_boer_helsetjenesten_lyttemedtoerer)

Rumsfeld, J. S., & Ho, M. (2005). Depression and Cardiovascular Disease: A Call for Recognition. *Circulation*, 111(3), 250-253. doi: 10.1161/01.CIR.0000154573.62822.89

Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 290(2), 215-221. doi:10.1001/jama.290.2.215

Shiell, J., & Shiell, A. (1991). The prevalence of psychiatric morbidity on a coronary care ward. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1071-1077. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c8a381e0-39eb-4975-92bc-960ef4e70de2%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4212>

Sjöblom, L-M., & Rygg, L. Ø. (2012). *Artikkelgranskning/vurdering – inspirert av Hellzén, Johanson og Pejler for urval i SBU-rapporten (1999)*. Hentet 19. februar 2015 fra [https://fronter.com/hint/links/files.phtml/1754921221\\$584328933\\$/Emner/3+Fokusomr\\_percent\\_E5de/SPU+110/Undervisning/artikkeloppsummering+nyttig+hjelpemiddel.pdf](https://fronter.com/hint/links/files.phtml/1754921221$584328933$/Emner/3+Fokusomr_percent_E5de/SPU+110/Undervisning/artikkeloppsummering+nyttig+hjelpemiddel.pdf)

Ski, C. F., Page, K., Thompson, D. R., Cummins, R. A., Salzberg, M., & Worrall- Carter, L. (2012). Clinical outcomes associated with screening and referral for depression in an acute cardiac ward. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2228-2234. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03934.x

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Smolderen, K. G., Buchanan, D. M., Amin, A. A., Gosch, K., Nugent, K., Riggs, L., ... Spertus, J. A. (2011). Real-World Lessons From the Implementation of a Depression Screening Protocol in Acute Myocardial Infarction Patients: Implications for the American Heart Association Depression Screening Advisory. *Circulation. Cardiovascular Quality & Outcomes*, *4*(3), 283-292. Doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.110.960013
- Sowden, G., Mastromauro, C. A., Januzzi, J. L., Fricchione, G. L., & Huffman, J. C. (2010). Detection of depression in cardiac inpatients: Feasibility and results of systematic screening. *American Heart Journal*, *159*(5), 780-787. doi: 10.1016/j.ahj.2010.02.029
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2007). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *General hospital psychiatry*, *29*(5), 417-424. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.06.005
- Statistisk Sentralbyrå. (2014, 9. april). *Pasienter på somatiske sykehus*. Hentet 12. april 2015 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09>
- Stewart, A., Driscoll, A., & Hare, D. L. (2009). National survey of Australian cardiologists' beliefs and practice regarding screening, diagnosis and management of depression. *Heart, Lung and Circulation*, *18*(3). doi:10.1016/j.hlc.2009.05.010
- Store Medisinske Leksikon. (2014, 18. september). *Komorbiditet*. Hentet 4. mai 2015 fra <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Van der Kluit, M. J., & Goossens, P. J. J. (2011). Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care Toward Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review. *Mental Health Nursing*, *32*(8), 519–527. doi: 10.3109/01612840.2011.571360
- van Melle, J. P., de Jonge, P., Kuyper, A. M. G., Honig, A., Schene, A. H., Crijns, H. J. G. M., ... Ormel, J. (2006). Prediction of depressive disorder following myocardial infarction: data from the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). *International Journal of Cardiology*, *109*(1), 88-94. doi: 10.1016/j.ijcard.2005.05.053
- Whooley, M. A. (2009). To Screen or Not to Screen? Depression in Patients With Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, *54*(10), 891-893. doi:10.1016/j.jacc.2009.05.034

World Health Organization (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

World Health Organization. (2012). *Depression. Fact Sheet N°369*. Hentet 16. april 2015 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (2015). *Cardiovascular Diseases (CVDs). Fact Sheet N°317*. Hentet 9. april 2015 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Worrall-Carter, L., Ski, C. F., Thompson, D. R., Davidson, P. M., Cameron, J., Castle, D., & Page, K. (2011). Recognition and referral of depression in patients with heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 231-238. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.04.005

Ziegelstein, R. C., Kim, S. Y., Kao, D., Fauerbach, J. A., Thombs, B. D., McCann, U., ... Bush, D. E. (2005). Can Doctors and Nurses Recognize Depression in Patients Hospitalized With an Acute Myocardial Infarction in the absence of Formal Screening? *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 393-397. doi: 10.1097/01.psy.0000160475.38930.8d

Ziegelstein, R. C., Thombs, B. D., Coyne, J. C., & de Jonge, P. (2009). Routine Screening for Depression in Patients With Coronary Heart Disease: Never Mind. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(10), 886-890. doi:10.1016/j.jacc.2009.01.082

Ørn, S., & Brunvand, L. (2011) Hjerte- og karsykdommer. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach- Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s. 159-198). Oslo: Gyldendal Akademisk

Aarre, T. F. (2012). Stemningslidningar. I Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (Red.), *Praktisk Psykiatri* (1.utg., s.148-177). Bergen: Fagbokforlaget

Aarre, T. F. (2014). Depresjon. I Dahl, A. A., Aarre T. F., & Loge, J. H. (Red.), *Psykiske Reaksjoner ved Somatisk Sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (1.utg., 135-153). Oslo: Cappelen Damm Akademisk



Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for videre granskning	Inkluderte
Medline 25.02.15	Publisert 2005-current Abstract Middle aged (45 plus years) Danish, English, Norwegian, Swedish	Myocardial infarction AND Depression OR Anxiety OR Anxiety disorders	317	213* 78**	26***	9	4
Medline 06.03.15	Publisert 2005-Current Abstract Danish, English, Norwegian, Swedish	Coronary disease OR heart disease AND depression OR anxiety OR depressive disorder AND Mass screening	52	38* 4**	10***	6	4
Medline 06.03.15	Publisert 2005-Current Abstract Danish, English,	Depression OR Anxiety AND coronary disease AND screening	63	50* 7**	6***	4	1

	Norwegian, Swedish						
Medline 12.03.15	Publisert 2005-Current Abstract Danish, English, Norwegian, Swedish	Attitude of health personnel OR attitude AND knowledge AND coronary disease AND depression	35	23* 7**	5***	2	1
Cinahl 12.03.12	Publisert 2005-Current Abstract Danish, English, Norwegian, Swedish	Attitude AND nurses AND depression AND somatic	2	1*	1***	1	1

\*: Antall ekskluderte artikler etter leste titler

\*\* : Antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt

\*\*\*: Antall artikler som er lest i sin helhet

### Håndsök

Liggins, J. & Hatcher, S. (2005) Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 359–364.

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte vitenskapelige artikler

Forfattere	Tittel	Studiens hensikt	Studiens design/ Intervensjon/ Instrument	Deltagere	Hovedresultat	Kvalitetsvurdering
Barley, Walters, Tylee & Murray  2012  England  BMC Family Practice	General practitioners' and practice nurses' views and experience of managing depression in coronary heart disease: a qualitative interview study	Undersøke allmennlegers og sykepleieres syn på, og erfaringer med håndtering av depresjon blant pasienter med koronarsykdom	Kvalitativ metode  Intervju	10 allmennleger 11 sykepleiere 1 farmasøyt	Allmennleger og sykepleiere mener at psykososiale problemer bidrar til utvikling av depresjon blant pasienter med koronarsykdom. Det eksisterer allikevel usikkerhet om hvordan man best mulig kan håndtere psykososiale problemer knyttet til depresjon. Ingen spesifikk tilnærming til pasienter med komorbid depresjon og koronarsykdom ble identifisert blant	Relevant for studiens hensikt

					allmennleger og sykepleiere	
Chantal, Page, Thompson, Cummins, Salzberg & Worrall-Carter  2012  Australia  Journal of Clinical Nursing	Clinical outcomes associated with screening and referral for depression in an acute cardiac ward	Beskrive implementeringen av et kartleggingsverktøy for depresjon ved en hjertemedisinsk avdeling og en avdeling for hjerte- og karkirurgi	Kvantitativ metode  Prospektiv studie	202 pasienter	Implementering av et kartleggingsverktøy med veiledning for videre oppfølging fører til at flere pasienter i risiko for depresjon får korrekt oppfølging	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité
McGuire, Eastwood, O'Connel, Hays & Doering  2013  USA	Depression screening: utility of the patient health questionnaire in patients with acute coronary syndrome	Evaluere sykepleieradministrert kartlegging av depresjon blant pasienter innlagt på sykehus for en akutt koronar hendelse. Benyttelsen av kartleggingsverktøyet	Kvantitativ metode  Tverrsnittsdesign	101 pasienter	Ved å benytte The Patient Health Questionnaire (PHQ) kan sykepleiere avdekke depresjon blant pasienter i sykehus med akutt koronar sykdom	Relevant for studiens hensikt  Inneholder etisk resonnement

American Journal of Critical Care		the Patient Health Questionnaire (PHQ)				
Ziegelstein et al.  2005  USA  Psychosomatic Medicine	Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening?	Undersøke hvorvidt sykepleiere, leger og kardiologer ved hjertemedisinske avdelinger evner å indentifisere depressive symptomer blant pasienter med nylig gjennomgått myokardinfarkt, uten benyttelsen av et formelt kartleggingsverktøy for depresjon	Kvantitativ metode	88 pasienter	Uten et systematisk kartleggingsverktøy identifiserer sykepleiere, leger og kardiologer langt færre pasienter med depressive symptomer, sammenlignet med et psykiatrisk team.	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité
Björkman, Angelman & Jönsson  2008  Sverige	Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in	Undersøke holdninger til psykisk sykdom og personer med psykiske lidelser blant sykepleiere i somatisk sykehus og psykiatrisk	Kvalitativmetode  Spørreskjema	120 sykepleiere	Sykepleieres holdninger til psykisk sykdom og personer med psykiske lidelser er sammenlignbare med den generelle befolkningens holdninger. Sykepleiere som	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité

Scandinavian Journal of Caring Sciences	psychiatric and somatic care	klinikk.			arbeider innen psykiatri har færre negative holdninger til personer med psykiske lidelser, sammenlignet med sykepleiere i somatisk sykehus	
Haws, Ramjeet & Gray 2011 England Journal of Clinical Nursing	A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction	Å undersøke allmennlegers og sykepleieres holdninger til depresjon etter hjerteinfarkt	Kvalitativ metode Spørreskjema	106 allmennleger 707 sykepleiere	Sykepleiere underestimerer prevalensen av depresjon blant pasienter etter gjennomgått myokardinfarkt og mangler kompetanse når det gjelder diagnostisering av depresjon	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité
Worrall- Carter, Ski, Thompson, Davidson, Cameron, Castle & Page 2011	Recognition and referral of depression in patients with heart disease	Identifisere sykepleieres kunnskap og kliniske praksis når det gjelder kartlegging av depresjon, samt videre håndtering av	Kvalitativ- og kvantitativ metode  Pre og post-test design med selvrapporing	54 sykepleiere	Det ble rapportert økt ferdighet, kunnskap og selvsikkerhet i forhold til kartlegging av depresjon etter gjennomgått myokardinfarkt. Økt	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité

Australia  Cardiovascular Nursing		depresjon, i etterkant av implementering av et validert kartleggingsverktøy	og intervju		engasjement blant sykepleiere i forhold til kartlegging av depresjon og videre handling etter implementering av et kartleggingsverktøy og undervisning	
Sowden, Mastromauro, Januzzi, Fricchione & Huffman  2010  USA  American Heart Journal	Detection of depression in cardiac inpatients:  Feasibility and results of systematic screening	Vurdere resultatet av systematisk kartlegging for depresjon av pasienter innlagt ved hjertemedisinsk avdeling	Kvantitativ metode  Prospektiv studie	3504 sykepleiere	Systematisk kartlegging av depresjon blant pasienter innlagt på hjertemedisinske avdeling er gjennomførbart og et godt tilskudd i pasientbehandlingen	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité
Liggins & Hatcher	Stigma toward the mentally ill in the	Beskrive opplevelsen av stigmatisering av	Kvalitativ metode	10 helsepersonell 5 pasienter	Tilstedeværelse eller mistanke om en psykisk	Relevant for studiens hensikt

2005  New Zealand  General Hospital Psychiatry	general hospital: a qualitative study	pasienter med psykisk sykdom blant helsepersonell i somatisk sykehus	Semistrukturert intervju	5 dommere	lidelse blant pasienter på somatisk sykehus har en negativ innvirkning på pleien. Pasienter med psykisk sykdom blir ansett som skumle og uforutsigbare. Helsepersonell oppgir manglende kunnskap som en mulig faktor for redsel og usikkerhet	
Amin, Jones, Nugent, Rumsfeld & Spertus  2006 USA American Heart Journal	The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome	Fastslå hvor ofte depressive symptomer blir oppdaget blant pasienter med myokardinfarkt i løpet av sykehusoppholdet	Kvantitativ Tverrsnittstudie Prospektiv intervjue	1199 pasienter	Til tross for at depresjon er forbundet med forverret kardoivaskulær prognose blir ikke depressive symptomer blant pasienter med myokardinfarkt oppdaget	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité
Huffman et al.	Recognition and treatment of depression and	Avdekke sykepleieres og legers evne til å gjenkjenne og behandle	Kvantitativ Prospektiv studie	74 pasienter	Leger og sykepleiere underdiagnostiserer og underbehandler depresjon i	Relevant for studiens hensikt



2006  USA  American Journal of Cardiology	anxiety in patients with acute myocardial infarction	depresjon/angst blant pasienter innlagt på hjertemedisinsk avdeling grunnet akutt myokardinfarkt.			hertemedisinske avdelinger. Angst oppdages oftere, og behandles adekvat i større grad enn depresjon	Godkjent av etisk komité
Smolderen et al.  2011  USA  Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes	Real-world lessons from the implementation of a depression screening protocol in acute myocardial infarction patients	Å rapportere om opplevelsen av gjennomføring, samt resultatene av innføringen av et formelt 2-trinns kartleggingsverktøy for depresjon (PHQ-2 og PHQ-9)	Kvantitativ og kvalitativ metode  Kvalitative data er innhentet ved hjelp av et standardisert intervju	503 pasienter  3 sykepleiere 2 spesial-sykepleiere 1 sosialarbeider 3 turnus-kandidater 2 kardiologer	Benyttelsen av PHQ-2 alene kartlegger ikke depressive symptomer korrekt, sammenlignet med PHQ-2 og påfølgende kartlegging ved hjelp av PHQ-9. Sykepleiere rapporterer om et komplisert kartleggingsverktøy som har for mange trinn, samt et ønske om en enklere prosess. Mange pasienter blir ikke kartlagt på tross av implementering av et formelt kartleggingsverktøy for depresjon	Relevant for studiens hensikt  Godkjent av etisk komité

Vedlegg 3: Eksempel på tekstanalyse

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Hovedkategori
<p>Sykepleiere anerkjenner den negative innvirkningen depresjon har på kardiovaskulær prognose</p> <p>Sykepleier mener det er viktig å identifisere depresjon</p> <p>Sykepleiere mener at komorbid depresjon ofte bli oversett i hjertemedisinske avdelinger</p> <p>Sykepleiere formidler at forbedring er nødvendig for at identifisering av depressive symptomer skal være mulig</p> <p>Sykepleieres vurdering av pasientenes depressive symptomer ved hjertemedisinske avdelinger er ikke overensstemmende med de faktiske forhold</p> <p>Sykepleiere synes at kartlegging av depresjon er</p>	<p>Sykepleiere synes det er viktig å kartlegge depressive symptomer</p> <p>Sykepleiere etterlyser mer kunnskap og kompetanse når det gjelder kartlegging av depressive symptomer i hjertemedisinske avdelinger</p> <p>Kartleggingen av depressive symptomer blant pasienter med akutt koronarsykdom er mangelfull og ukorrekt i praksis hvor det ikke foreligger et formelt kartleggingsverktøy</p>	<p>Sykepleieres mulighet til å avdekke depressive symptomer blant pasienter som er rammet av myokardinfarkt</p>

<p>komplisert og føler at de mangler kompetanse når det gjelder bruk av kartleggingsverktøy</p> <p>Sykepleier underestimerer prevalensen av depresjon etter gjennomgått myokardinfarkt</p> <p>Manglende kunnskap hindrer sykepleiere fra å kartlegge depressive symptomer blant pasienter med koronarsykdom</p> <p>Sykepleiere synes det er vanskelig å skille mellom behandlingstrengende depresjon og naturlige følelsesmessige reaksjoner på akutt somatisk sykdom</p>		
---	--	--

Vedlegg 4: Artikkelgranskings skjema

**Artikkelgransking/vurdering**

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Dato:.....

Tittel:.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

**Type studie:** Original  Review  Andre .....

Kvantitativ  Kvalitativ

**Nøkkelord:** .....

**KVALITETSVURDERING**

**Problemstilling/hypotese:**.....

.....

**Type studie**

**Kvalitativ:** Deskriptiv  Intervensjon

Andre .....

**Kvantitativ:** Retrospektiv  Prospektiv

Randomisert  Kontrollert

Intervention  Andre .....

**Studiens omfang:** Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N) .....

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

**Betraktes:** Kjønnforskjeller? Ja  Nei  Aldersaspekter? Ja  Nei

**Kvalitative studier**

Tydlig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja	Nei

**Kvantitative studier**

**Utvalg:** Fremgangsmåten beskrevet    Ja     Nei

Representativt    Ja     Nei

Kontekst beskrevet    Ja     Nei

**Frafall:** Analysen beskrevet    Ja     Nei

Størrelsen beskrevet    Ja     Nei

Intervensjonen beskrevet    Ja     Nei

Adekvat statistisk metod    Ja     Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....  
.....

Etisk resonnement    Ja     Nei

**Hvor troverdig er resultatet?**

Er instrumentet -valide    Ja     Nei

-reliable    Ja     Nei

Er resultatet generaliserbart?    Ja     Nei

**Hovedfunn:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Kvalitetsvurdering:** Høy (I)  Middels (II)  Lav (III)

**Kommentar/begrunnelse**.....  
.....  
.....

**Fortsatt vurdering:** Ja  Nei

**Motivering:**.....