



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Et sørgende hjerte

A grieving heart

Bachelor i sykepleie

SK 152

Avdeling helsefag

Institutt for sykepleierutdanning

02.06.17

Antall ord: 6739

Av: Jeanette Sandnes Steinhaug

Veileder: Irene Valaker

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Opprører

Du der inne -
din frekke inntrenger
din freidige snylter
din elendige fredsforstyrrer
komme her som en tyv om natten

ta seg til rette
forsyne seg grådig
leke blindpassasjer
og late som ingen ting
hvem tror du at du er

Du der inne -
din sleske Terminator
din svarte Beelsebub
kommer her og truer meg på livet
eier du ikke skam i livet

Men dette skal vi bli to om

en av oss må vike
en av oss vil vinne
og jeg akter ikke å gi meg

- bare så mye du vet det

Sammendrag

Tittel

Et sørgende hjerte

Bakgrunn for valg av tema

Hjerteinfarkt er en alvorlig sykdom og rammer omkring 15 000 personer i Norge hvert år. I min praksis i sykepleierutdanningen har jeg møtt pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt og observert flere hjertesyrke som har symptomer på depresjon. Selv om mange rammes av depresjon en eller flere ganger i løpet av livet, så er dette et tabubelagt tema. Det kan ødelegge karriere, ekteskap og drømmer. I tillegg til dette har jeg en interesse for hjertet - og hjertesykdom. Jeg ønsker derfor å lære mer om depresjon som utvikles etter et hjerteinfarkt, og har valgt dette som tema for min bacheloroppgave.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter som viser tegn på begynnende depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt?

Framgangsmåte

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Dette har jeg gjort ved å søke, samle sammen og vurdere litteratur, funnet i bøker og forskningsartikler. I tillegg vil jeg bruke mine egne erfaringer fra klinisk praksis. Artikkene jeg har brukt er kritisk vurdert etter anbefalte retningslinjer fra kunnskapscenteret.

Oppsummering

Det kommer fram i forskningsartikler og litteratur at depresjon etter hjerteinfarkt kan behandles og forebygges med god tilrettelagt hjerterehabilitering, selvhjelpstrategier og samtaler. Samtidig er det en viktig sykepleieroppgave å skape kontakt med pasienten via god kommunikasjon og evnen til å lytte, men sykepleier må også være bevisst på egen kompetanse og ansvarsområde.

Nøkkelord

Sykepleie, hjerteinfarkt, depresjon, informasjon, hjerterehabilitering

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	1
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Hvordan oppgaven er løst	2
2. Metode	4
2.1 Valg av metode	4
2.2 Valg av litteratur og litteratursøk.....	4
2.3 Kildekritikk	5
3 Teori	6
3.1 Hjerteinfarkt	6
3.1.1 Behandling av hjerteinfarkt	6
3.2 Psykiske reaksjoner og depresjon	6
3.3 Psykologisk intervensjon og forebyggende selvhjelp.....	7
3.4. Sykepleier på hjerterehabilitering.....	8
3.5 Sykepleiepedagogikk	9
4. Presentasjon av forskningsartikler.....	10
5. Drøfting	13
5.1 Å oppdage et sørgende hjerte	13
5.2 Den rehabiliterende sykepleier.....	14
5.3 Den relasjonsbyggende sykepleier.....	16
5.4 Den pedagogiske sykepleier	17
6. Konklusjon	19
Bibliografi	20

1. Innledning

Hjertet er et muskelorgan som i løpet av livet vil slå ca. 3 milliarder ganger og frakte mer blod rundt i kroppen enn hva en tankbåt kan klare (Sand, Sjaastad, Hauge & Bjålie, 2014, s. 270). Noen ganger kan hjertet også føre med seg store plager og i verste fall død. Hjerteinfarkt er noe som rammer mange, i 2015 var det ca. 11 000 tilfeller av hjerteinfarktpasienter på somatisk sykehus (Statistisk Sentralbyrå, 2015). Omtrent 20 % av de som får hjerteinfarkt rammes av depresjon (Aarre, 2014, s. 135). I Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer står det at «Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår» (Helsedirektoratet, 2009). I dag tilbys det hjerterehabilitering til pasienter med hjertesykdom hvor det jobbes for å veilede, strukturere og motivere hjertesyke (Mæland, 2006, s. 9). I følge sykepleiernes etiske retningslinjer skal «sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten» og «sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleierforbund, 2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ønsker å skrive en bacheloroppgave som fokuserer på pasientens psykiske helse etter gjennomgått hjerteinfarkt og hva sykepleier kan gjøre i denne situasjonen, spesielt med tanke på depresjon. Gjennom min praksis og arbeidserfaring har jeg møtt flere pasienter som har hatt hjerteinfarkt. Jeg har også møtt deprimerte pasienter i denne sammenhenger og opplever at psykiske plager ikke blir tatt like alvorlig som de fysiske og synlige plagene. I praksis fikk jeg inntrykk av at depresjon er et tema det ble snakket lite om. Min erfaring er at det er mye fokus og kunnskap om de fysiske plagene etter et hjerteinfarkt, og at dette får størst plass i behandlingen. I tillegg opplevde jeg at et nært familiemedlem fikk hjerteinfarkt og utviklet depresjon i ettertid. Som pårørende i den sammenhengen følte jeg at det var få tiltak som ble gjort for å behandle depresjon, og lite informasjon om selvhjelp. Depresjon er derfor et tema som interesserer meg og noe jeg opplever må snakkes mer om. Jeg velger å fokusere på hjerterehabilitering. Dette er fordi det er på en hjerterehabilitering sykepleiere kan observere om noen viser tegn til depresjon, og det er her sykepleiere kan gjøre forebyggende tiltak.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Min problemstilling er derfor:

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter som viser tegn på begynnende depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt?

Jeg har valgt å fokusere på pasienter som står i fare for eller viser tegn på begynnende depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt, men som ikke har fått diagnosen depresjon. Dette er fordi behandling av en depresjon kan gå utenfor en sykepleiers kompetanseområde, da en pasient med diagnosen depresjon kan få behov for psykologisk behandling. Jeg velger derfor ikke å gå i dybden på psykoterapi, medikamentell behandling eller elektrosjokk, og jeg begrenser oppgaven til pasienter med tegn til mild depresjon. Jeg velger å skrive om både kvinner og menn, men begrenser oppgaven til aldre fra 65 år og oppover. Jeg vil ikke vektlegge administrering av medikamentell behandling, selv om dette kan være en viktig sykepleieoppgave. Jeg differensierer ikke mellom pasienter som har gjennomgått hjertekirurgi, PCI (Perkutan Koronar Intervensjon) eller kun medikamentell behandling. Hovedfokus er at pasientene har gjennomgått et hjerteinfarkt. Sykepleiekonteksten er ved en hjerterehabiliteringsenhet. I dag utvikles det stadig nye organisasjonsmodeller innenfor hjerterehabilitering, og tanken er at mye av oppfølgingen til denne pasientgruppen skal foregå etter utskrivelse fra sykehus. I den sammenhengen vil sykepleier ha en viktig funksjon som jeg ønsker å ha fokus på i denne oppgaven. Jeg begrenser oppgaven til rehabilitering etter sykehusinnleggelse, men jeg har ikke avgrenset oppgaven til en spesiell sektor, fordi hjerterehabilitering finnes i kommunen, privat og i spesialhelsetjenesten.

1.3 Begrepsavklaring

Depresjon: En tilstand som er karakterisert ved irritabilitet, tungsinnet, initiativløshet, ubesluttsomhet og håpløshet (Snok og Engedal, 2009, s. 80).

Hjerteinfarkt: Når myokardcellene dør på grunn av oksygenmangel (Ørn og Brunvand, 2014, s. 165).

Hjerterehabilitering: Bedre den funksjonelle tilhelingen etter hjertesykdom, motvirke negative fysiske og psykososiale konsekvenser av sykdommen og redusere tilbakefall og død (Mæland, 2006, s. 11).

1.4 Hvordan oppgaven er løst

Problemstilling og avgrensning av oppgaven er presentert. I neste kapittel viser jeg metoden jeg har brukt for å løse problemstillingen. Metoden forteller hvordan jeg har gått til verks for å skaffe meg kunnskap (Dalland, 2014, s. 50). I kapittel 3 legger jeg fram aktuell teori for temaet jeg har valgt som skal belyse min problemstilling (Thidemann, 2015, s. 104). Kapittel 4 viser forskningsartikler jeg har funnet og kritisk vurdert. Forskningsartikler er data som er samlet inn på en viss måte og som er allment godkjent (Dalland 2014, s. 48). Teorien og forskningsartiklene er igjen brukt i kapittel 5, hvor jeg drøfter disse opp mot min problemstilling. Å drøfte er å diskutere ved at man tar for seg og gransker noe fra forskjellige sider. I drøfting viser man systematisk og kritisk refleksjon ved å

argumentere ut ifra teori og/eller empiri (Dalland, 2014, s. 143). Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor jeg viser resultatet og hva jeg nå vet om problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 70).

2. Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle informasjon og kunnskap for at jeg skal kunne belyse min problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden skal vise hvordan jeg har valgt å skaffe meg kunnskap og er et verktøy i undersøkelsen av oppgaven (Dalland, 2014, s. 111).

2.1 Valg av metode

Jeg var valgt å bruke en litteraturstudie for å svare på min problemstilling. Litteraturstudie er en type studie som samler kunnskap fra skriftlige kilder ved å finne forskjellig litteratur, for så å gå kritisk igjennom disse og til slutt velge ut det som min problemstilling etterspør (Thidemann, 2015, s. 80). Jeg har funnet litteratur i pensumbøker fra skolen, selvvalgt litteratur, evidensbasert forskning og egen erfaring fra praksis og jobb.

2.2 Valg av litteratur og litteratursøk

For å finne litteratur brukte jeg skolens pensumliste og fant bøker som kunne passe til min oppgave. For mer spesifisert litteratur valgte jeg å bruke høyskolens bibliotek. Her søkte jeg i Oria, som er skolens bibliotekbase, og fant bøker som: «*Hjerterehabilitering*», «*Psykatri*» og «*Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*». Søkeord jeg brukte var *hjerterinfarkt*, *hjerterehabilitering* og *depresjon*. Jeg lånte også bøker som: «*Hjerteboka*», «*Kroppens skjulte intelligens*» og «*Tilbake til livet- og hverdagen*», men disse bøkene ble ikke brukt i oppgaven fordi de ikke hadde de akademiske krav jeg ønsket.

I tillegg anbefalte veileder følgende bøker: «*Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*», «*Grunnleggende sykepleie bind 3*» og «*Sykepleie til personer med hjertesykdom*».

For å finne retningslinjer har jeg brukt Norges Sykepleierforbund og Helsedirektoratets retningslinjer.

For å finne forskningsartikler har jeg valgt å bruke Academic Search Elite hvor de fleste forskningsartiklene er fagfellevurdert og er anbefalt fra skolens side. Her valgte jeg å søke i Cinahl og Medline. Søkeordene jeg har brukt står under presentasjonen av forskningene i kapittel 4. Disse engelske ordene fant jeg på Svemed+ ved å søke på norsk for så å finne engelske synonymer. Jeg begrenset søket mitt til de siste 10 årene, fra år 2007 til - 2017. Jeg har også begrenset søket til alderen 65+, og søkt etter norske og engelske artikler. Søkehistorikken ligger vedlagt.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å se om en kilde er sann ved å vurdere og karakterisere kildene som brukes (Dalland, 2014, s. 67). I denne oppgaven har jeg jobbet med å finne litteratur om sykepleieren sin rolle i møte med hjerteinfarkt pasienter som viser tegn til depresjon.

Jeg har sett igjennom mange forskningsartikler for å finne de som er mest relevante for min problemstilling. Alle mine forskningsartikler er skrevet på engelsk, noe som kan føre til misforståelser i oversettelsen. Jeg har derfor brukt norsk/engelsk ordbok for å forstå artiklene bedre.

I oppgaven har jeg brukt to kvantitative studier, to kvalitative studier og en som både er kvalitativ og kvantitativ. Kvantitativ data er målbare enheter som tall og består av harde og objektive data. Tallene kan brukes til statistiske beregninger og kan vises i tabeller. Det lønner seg å bruke kvantitativ data når man ønsker å få svar på «hvor mye?» eller «hvor ofte?». Kvalitativ data brukes når man vil undersøke menneskers mening, opplevelse, erfaring, tanker, forventinger, motiver og holdninger. Denne metoden brukes ofte når man har spørsmål som «hva betyr?» «hvordan foregår?» eller «hvordan opplever?». Dette kan foregå i intervju, observasjon, dokumentasjonsanalyse og feltarbeid (Thidemann, 2015, s. 77). Jeg ønsket å bruke kvantitative studier for å se på hvor mange som har depresjon etter gjennomgått hjerteinfarkt og om dette kan gi påfølgende konsekvenser for helsen.

De to kvalitative studiene ser på pasientens opplevelse med depresjon og deres selvhjelpsstrategier, og på sykepleieres holdning og forståelse av hvor mange som utvikler depresjon etter hjerteinfarkt. At jeg har valgt to kvalitative og to kvantitative studier styrker oppgaven, fordi jeg får med fakta om hvor mange som får depresjon, faren ved det og hvordan dette oppleves for helsepersonell og pasienter. Den siste artikkelen er om rehabilitering for å forbedre psykisk helse hos kvinner som har hjertesykdom. Selv om artikkelen omhandler kvinner er konteksten relevant da studien foregår ved en rehabiliteringsenhet (Davidson, et al., 2008). En svakhet ved artikkelen til Kala et al., (2016) er at denne kun tar høyde for de som har gjennomgått PCI operasjon. I artikkelen fra Chambers et al., (2015) kommer det ikke fram at intervjuobjektene er deprimerte på grunn av gjennomgått hjerteinfarkt, men man kan tenke seg at selvhjelpstrategiene likevel kan implementeres hos de som utvikler depresjon etter hjerteinfarkt.

For å vurdere disse artiklene har jeg brukt en sjekkliste fra kunnskapscenteret (2017). Jeg har tatt stilling til om artikkelen har en klart formulert problemstilling, om designet er velegnet for å svare på problemstillingen, om jeg kan stole på resultatet, hva resultatet er og om resultatet er relevant for min oppgave. Jeg opplever at forskningsartiklene samsvar med disse punktene.

3 Teori

3.1 Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt er en skade i området på myokard på grunn av alvorlig iskemi og forårsakes oftest av en trombose i en av koronararteriene. En trombose dannes når aterosklerotisk plakk i koronararteriene brister. Trombosen kan tette igjen koronararterien og stoppe tilførselen av blod og oksygen til et område i hjertemuskelen, og føre til irreversibel skade av muskelcellene etter få minutter. Infarkt kan ramme hele tykkelsen av hjerteveggen (transmuralt infarkt) eller bare den ytre delen av hjerteveggen (subendokardial infarkt). Symptomene er ofte store smerter i brystet, med stråling til hals og ut i venstre arm, men andre symptomer kan også forekomme (Mæland, 2006, s.23). Risikofaktorer for å få et hjerteinfarkt er hypertensjon, diabetes, inaktivitet, overvekt, røyking og forhøyet LDL-kolesterolinnhold i blodet. Gener spiller også en viktig rolle i risikofaktoren for å utvikle hjertesykdom (Stubberud, 2016, s.41- 43).

3.1.1 Behandling av hjerteinfarkt

Behandling av hjerteinfarkt starter allerede i ambulansen, hvor man gir MONA som står for morfin, oksygen, nitratpreparat og acetylsalisylsyre (Høybakk, 2013, s. 182). På sykehuset blir pasienten overvåket kontinuerlig med tanke på komplikasjoner. Reperfusjonsbehandling vil bli gitt noe som innebærer trombolytisk behandling, PCI-behandling hvor det settes inn en stent i det trange området i koronararterien, eller bypass-kirurgi, hvor man syr inn en åre slik at blodet kan ledes forbi de trange partiene i koronararteriene (Ellingsen, 2016, s. 68). Trombolytisk behandling er legemiddel som fjerner fibernettet som holder trombocytter sammen og løsner blodproppen (Ørn, 2014, s. 98). I den akutte fasen er sykepleiers oppgave å observere og vurdere pasientens tilstand, administrere oksygen ved legens ordinasjon, legge inn perifert venekanyler og innhente informasjon om pasientens legemidler. Sykepleier skal også ha handlingsberedskap for akutte hendelser og følge ABCDE-prinsippene (Ellingsen, 2016, s. 74). Etter den akutte fasen er det viktig at behandlingen fokuserer på å forhindre nye hjerteinfarkt (Ørn og Brunvand, 2014, s. 168).

Sykehusinnleggelsen varer som regel i tre til fem dager. Før utskrivelse vurderer legen hvilke medisiner pasienten skal ha, og det er sykepleiers oppgave å undervise pasienten i medisinbruk. Videre vil pasienten få oppfølging på hjerterehabilitering, hjertepoliklinikk og av fastlegen. Dette skal forebygge reinnleggelse (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 449).

3.2 Psykiske reaksjoner og depresjon

Når en person får et hjerteinfarkt kan dette oppleves som svært dramatisk for både pasienten og pårørende (Høybakk, 2013, s. 160). Etter et hjerteinfarkt vil pasienten ofte gjennomgå en kriseutvikling. Denne er oftest inndelt i fire faser, men varighet og forløp kan variere. Sjokkfasen er

den første og kommer ofte etter noen timer eller dager. Her vil pasienten oppleve at de følelsesmessige reaksjonene er lammet eller undertrykket. Etter hvert går pasienten over i reaksjonsfasen og begynner å forstå realiteten i det som har skjedd. Videre vil pasienten bearbeide det som har skjedd og komme over i reparasjonsfasen. Til slutt kommer reorganiseringsfasen, hvor pasienten vender oppmerksomheten mot virkeligheten og sykdommen har blitt integrert i pasientens selvbilde. Disse fasene er en naturlig reaksjon på sykdom, men noen pasienter kan oppleve en mer alvorlig utvikling, som depresjon (Mæland, 2006, s. 47).

Depresjon er én av de største folkehelseproblemene og rammer ca. 20 % av de med iskemiske hjertesykdommer, men er allikevel en underdiagnostisert sykdom. Ved somatisk sykdom kan depresjon være en direkte eller en indirekte konsekvens av sykdommen. Selve hjertesykdommen kan gi depresjon som en reaksjon, eller depresjon kan oppstå eller bli værende på grunn av motgang, krise, konflikter eller andre psykososiale påkjenninger som sykdommen gir (Aarre, 2014, s. 135 - 147). Årsaken til depresjon er litt uklar, men man tenker at det kan være mekanismer som inkluderer dysfunksjon i hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen eller inflammatoriske og protrombotiske endringer (Stubberud og Ellingsen, 2016, s. 440).

Depresjon preges av irritabilitet, tungsinn, initiativløshet, ubesluttsomhet og håpløshetsfølelse. Mange vil også ha søvnproblemer, lite matlyst og kan i alvorlige tilfeller utvikle selvmordstanker og selvskadning. Pasienten kan ha en enkelt episode eller ofte gjentatte episoder med depresjon (Snoek og Engedal, 2009, s. 81). Vi skiller mellom mild, moderat og alvorlig depresjon (Hummelvoll, 2014, s. 199). For å kartlegge om en pasient har depresjon kan man bruke kartleggingsverktøy som ICD-10 (International Classification of Diseases) og MADRS (Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale) (Aarre, 2014, s. 136) (Se vedlegg 1 og 2). ICD-10 for psykiatri ble innført i 1997 og er deskriptiv ved at den fokuserer på et visst antall vanlige symptomer for sykdommen som skal være til stede for å diagnostisere, såkalt inklusjonskriterier (Snoek og Engedal, 2009, s. 66).

3.3 Psykologisk intervensjon og forebyggende selvhjelp

Den deprimerte har ofte selv en oppfatning om hvilken behandling som hjelper, og dette må sykepleiere og annet helsepersonell ta hensyn til. Når depresjon er påvist må man legge en klar plan for hva som skal gjøres og sikre at pasienten får hjelp av kompetent helsepersonell. Her må man stille seg to spørsmål: Hvilken kompetanse kreves i pasientens tilstand? Hvem skal følge opp pasienten til han har kommet seg og behandlingen er avsluttet? (Aarre, 2014, s. 145). Det finnes også medikamentell behandling og psykoterapeutiske behandlingsmetoder som kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi og psykodynamisk terapi, men disse er lite kjent i sykepleiefaget. Videre finnes det depresjonskurs som jobber for depresjonsforebygging og

behandling (Eknes, 2006, s.76- 78). Det kan også tilbys elektrosjokk kalt ECT ved alvorlig depresjon (Snoek og & Engedal, 2009, s. 86).

Veiledet selvhjelp er en behandlingsmetode hvor pasienten tar til seg ny kunnskap, teknikker og strategier der kontakt med behandler er begrenset. Her lærer pasienten om bruken av selvhjelpemateriell, som i nyere tid har blitt formidlet elektronisk. Selvhjelp kan være en måte å mestre den somatiske sykdommen på og forebygge, begrense og behandle funksjonstap og psykiske plager som følge av sykdom. For å veilede i selvhjelp må man legge alt til rette for at pasienten kan få aktiv mestring av sykdom og behandling ved å øke pasientens opplevelse av kognitiv kontroll. En sykepleieroppgave er å veilede til selvhjelp ved å undervise og motivere (Nordgreen, Fjerstad & Havik, 2014, s. 427- 432).

For å skape kontakt med pasienten i en samtale må sykepleier være til stede med hele seg. Det viktigste for pasienten er at man er nær, tør å se, høre og forsøke å forstå hvordan den deprimerte har det. Berøring er også et tegn på anerkjennelse og en måte å vise at man forstår. De viktigste grunnleggende behovene man har er fysisk ivaretagelse, omsorg, respekt, trygghet, tilhørighet og kjærlighet. Sykepleier må være medlidende ved å delta i lidelsen som personen kjenner. Å lytte på hva den deprimerte har å si kan være det pasienten trenger for å oppleve at noen deler ens lidelse (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2014, s. 263). Man må også vise empati, som er evne til å sette seg inn i en annens opplevelse, og bekrefte den (Ekeberg, 2014, s. 321). For å få en god samtale er det viktig å ta seg god tid, vise respekt og gi håp (Aarre, 2014, s. 147). Bearbeiding gjennom å fortelle kan også være nyttig for pasienten. Dette handler om at pasienten forteller sin egen historie. Sykepleier kan hjelpe til med å få i gang denne samtalen ved å spørre «hvordan begynte det hele?». Sykepleier kan vise omsorg ved å legge en hånd på pasientens skulder og bekrefte at hun/han ser pasienten og hører hva pasienten sier (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2014, s. 278).

3.4. Sykepleier på hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering er tilrettelagt for hjertepasienter og skal motvirke de negative fysiske og psykologiske følgene av en hjertesykdom samt redusere tilbakefall og død. Målet for hjerterehabilitering er «å bedre prognosen, bedre pasientens kroppslige, mentale og sosiale funksjon og å bedre deres følelse av velvære og tilfredshet med livet» (Mæland, 2006, s. 9- 15).

Rehabiliteringen har også depresjonsforebygging som et sekundært mål hvor sykepleier har en terapeutisk funksjon (Stubberud og Ellingsen, 2016, s. 423).

På en rehabiliteringsenhet er det sykepleier som har mange av disse oppgavene og skal fungere som en rådgiver for pasienten (Brataas, 2011, s. 20). Sykepleier skal hjelpe pasienten å gjenoppbygge

funksjonen som han eller hun hadde før sykdommen, ved at sykepleier jobber forebyggende, lindrende og gir behandlende tiltak (Stubberud, 2016, s 29).

3.5 Sykepleiepedagogikk

Pedagogikk er læren om læring og er knyttet til undervisning, oppdragelse og utvikling.

Sykepleiepedagogikk innebærer at sykepleier underviser i sitt kunnskaps- og kompetansefelt, som kan overføres til pasienter, pårørende, studenter og helsepersonell (Brataas, 2011, s. 20). Allerede på midten av 1800-tallet var opplæring en viktig del av sykepleieoppgaven. Dette kommer også fram i Florence Nightingales pionerarbeider, men det er først i de siste 30 årene at det har blitt et stort fokus på pasientopplæring (Askheim, 2011, s. 71). Når sykepleier underviser må man skape en god relasjon med pasienten, ha kunnskap om faktorer som påvirker læreprosessen og mestre den pedagogiske metoden som benyttes (Kristoffersen, 2014, s. 345). Sykepleier skal også informere og veilede pårørende og sørge for at deres behov for omsorg blir ivaretatt (Brataas & Hellesø, 2011, s. 117).

4. Presentasjon av forskningsartikler

Depression and anxiety after acute myocardial infarction treated by primary PCI

Dette er en tverrsnittstudie ved bruk av kvantitativ metode. Målet var å finne ut hvor stor forekomsten var av symptomene depresjon og angst blant en gruppe mennesker med akutt hjerteinfarkt som hadde fått PCI behandling. For å måle symptomer på angst og depresjon brukte de Beck Depression Inventory II (BDI-II) test. Pasientene ble målt 24 timer etter PCI operasjon, før utskrivning fra sykehuset og 3, 6 og 12 måneder etter PCI operasjon. Resultatet var at pasienten hadde stor forekomst av depresjonssymptomer 24 timer etter PCI, men verdien gikk ned før utskrivning, før den igjen gradvis økte etter 3, 6 og 12 måneder. Prosentvis var det 21,5% som hadde depresjonssymptomer 24 timer etter hjerteinfarktet, 9,2 % hadde ved utskrivning, 10,4% etter 3 måneder, 15,4% etter 6 måneder og 13,8% 12 måneder etter hjerteinfarktet (Kala et al., 2016).

A national survey Of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction

Dette er en survey studie hvor de bruker kvalitativ forskningsmetode. De ville undersøke hvilken holdning sykepleiere og leger har til pasienter med depresjon etter hjerteinfarkt. Sykepleiere og leger fikk tilsendt et spørreskjema hvor de skulle svare på spørsmål som «kan du anslå hvor stor prosentandel av pasientene du møter som tidligere har hatt hjerteinfarkt og som utviklet depresjon». Det viste seg at både leger og sykepleiere undervurderte forekomsten av postinfarktdepresjon, det spesielt sykepleier som svarte feil.

Over halvparten av deltakerne mente at antidepressiva og kognitiv atferdsterapi var gode behandlingsmåter for depresjon, men bare to tredjedeler av legene og halvparten av sykepleiere svarte at depresjon hadde en høy prioritering under konsultasjonen med pasienter. Sykepleiere følte seg ikke kompetente til å bruke screeningverktøy på deprimerte (Haws, Ramjeet & Gray, 2011).

Depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction

Dette er kvantitativ forskning og en tverrsnittstudie med populasjons-basert kohortstudie, fordi de følger en gruppe over tid og observerer kohorten og sammenligner i hvilken grad sykdom og død forekommer i undergruppen (Thidemann, 2015, s. 73). Siden depresjon etter hjerteinfarkt rammer 16-27% av pasientene innen to uker etter infarktet ville de i denne forskningen undersøke risikoen

for en ny kardiovaskulær hendelse og/eller død hos pasienter med depressive symptomer etter første gjennomgått hjerteinfarkt.

De registrerte pasienter i Region Midtjylland, som i perioden 1. januar 2009 til 31. desember 2009 ble innlagt på grunn av førstegangs hjerteinfarkt. Pasientene fikk tilsendt et spørreskjema 12-14 uker etter de ble utskrevet fra sykehuset. Det ble deretter vurdert om de hadde depressive symptomer ved hjelp av sykehusets angst- og depresjonsskala.

Av de som fullførte spørreskjemaet var det 167 personer (18,6 %) som hadde depressive symptomer. De med depressive symptomer hadde også en mer alvorlig hjertesykdom, flere sykdommer, brukte antidepressiva hyppigere og mottok sekundær profylaktisk medisiner sjeldnere. Det var også mer sannsynlig at de var kvinner, bodde alene, var arbeidsløse, røykere, mindre fysisk aktive, og hadde et mindre inntak av fisk enn hjerteinfarkt pasienter uten depressive symptomer.

Hjerteinfarktpasienter med depressive symptomer hadde 35% høyere forekomst av ny hjertesykdom eller død enn infarktpasientene som ikke hadde depressive symptomer. Når det justeres for alder, kjønn, karsykdommens alvorlighet og sammensatte diagnoser svekkes dette tallet, som gjør at det ikke er statistisk signifikant for at det forårsaker en ny hendelse.

Det konkluderes med at depresjonssymptomer etter et hjerteinfarkt kan øke sannsynligheten for tidligere død (Larsen, Christensen, Søndergaard & Vestergaard, 2013).

A cardiac rehabilitation program of improve psychosocial outcomes of women with heart disease

Denne forskningsartikkelen brukte både kvalitativ og kvantitativ metode ved å evaluere, bruke spørreskjema, intervju, observere og vurdere virkning av en intervensjon. Her skulle de lage et sykepleier-rettet hjerterehabiliteringsprogram tilpasset kvinners behov etter en akutt hjertehendelse for å møte deres psykologiske og sosiale behov. 48 kvinner deltok i studien og varierte i alder fra 42-80 år.

I del 1 gjennomførte de en systematisk litteraturstudie samtidig som de hadde møter med fagfolk og kvinner med hjertesykdom. Ut ifra dette lagde de et program som skulle øke bevisstheten om risiko for hjertesykdom blant kvinner ved å lage mål og strategier for å forbedre kardiovaskulær helse. I den andre fasen prøvde de ut dette programmet på seks kvinner i alderen 64-83 år, som nylig hadde en akutt koronar hendelses- eller bypassoperasjon. Deretter ble det brukt kvalitativ metode som observasjon, journallesing og intervju.

I del 2 ble det endelige programmet brukt igjen i en større skala. Hver intervensjon besto av et seks ukers program hvor en gruppe på 5-10 kvinner møttes to timer i uken for rehabilitering. Da kvinnene var ferdig med rehabilitering skulle de svare på spørsmål om sin psykososiale tilstand.

Studien viser at symptomene på depresjon, stress og angst ble redusert etter gjennomført intervensjon. Det var også rapportert ekstrem alvorlighetsgrad av depresjon før programmet, men etter programmet rapporterte ingen av deltakerne dette nivået av alvorlighetsgrad, og flere rapporterte mild grad av depresjon.

Det ble ikke funnet noen statistisk signifikant endring i depresjon, angst, stress eller oppfattet sosial støtte i gruppen, men et beskrivende og kvalitativt funn viste likevel en reduksjon i angst og økt sosial støtte. Studien konkluderer til slutt med at et skreddersydd program for kvinner ser ut til å være oppnåelig, men effekten av et slikt program må undersøkes videre (Davidson, et al., 2008).

The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study

Dette er en kvalitativ studie. Her ble dybdeintervju benyttet for å finne ut hvordan deprimerte pasienter bruker egne strategier for å komme ut av depresjonen eller for å holde ut i lidelsen.

Det ble funnet fire hovedpunkter som deltakerne brukte for å takle depresjon: Erfaring med depresjon, selvhjelp, et bredere miljø og selvstyringsstrategier. Flere av deltakerne sa at det hjalp å akseptere diagnosen. I stedet for å prøve å bli kvitt depresjonen kunne de finne måter å takle den på. Andre tenkte «jeg har blitt bedre før, så jeg er ikke uheldelig». Viktige trekk var håp, selvtillit og motivasjon. Noen engasjerte seg i sosiale aktiviteter for å bli mer selvsikker. Mange prøvde også å finne en positiv selvidentitet (Chambers et al., 2015).

5. Drøfting

Hjerte- og karsykdommer er den største dødsårsaken i Norge. En akutt hjertesykdom bringer med seg en sterk opplevelse av frykt, angst, uro og en stor redsel for å dø. Ofte er trombedannelse årsaken til hjerteinfarkt. En trombe dannes når aterosklerotisk plakk revner i blodåren og bindevev og de inflammatoriske cellene i arterieveggen kommer i kontakt med blodet. Dette gjør at koagulasjonsfaktorer settes i gang, og trombocytter strømmer til og lager en trombe (Ørn, 2014, s. 96). Tiden fra man får et hjerteinfarkt til man får behandling er avgjørende for prognosen. Desto tidligere pasienten får behandling, desto større er sjansen for at behandlingen lykkes, og for at pasienten ikke utvikler en permanent skade på hjertet (Høybakk, 2013, s. 160 - 164). I Ørn & Brunvand (2014, s. 168) står det at når den akutte fasen er over skal sykepleier jobbe mot å forhindre et nytt hjerteinfarkt. Men hva med de psykiske plagene, og hvordan skal sykepleier på en rehabiliteringsenhet forholde seg dersom pasientene viser tegn til depresjon? Dette er noe av det jeg ønsker å diskutere i denne oppgaven ved hjelp av teori, funn fra forskningsartikler og egne erfaringer med denne pasientgruppen.

5.1 Å oppdage et sørgende hjerte

Som vist tidligere vil 20 % av de med hjerteinfarkt rammes av depresjon (Aarre, 2014, s. 135). Begrepet depresjon kommer fra det latinske ordet *depressio*, som betyr nedtrykking (Stubberud, 2016, s. 276). I følge Aarre (2014, s. 135) blir depresjon underdiagnostisert hos pasienter med somatisk sykdom. Hummelvoll (2014, s. 205) bekrefter også at depresjon finnes ved svært alvorlige kroppslige sykdommer, men at disse ofte ikke blir oppdaget. Ifølge Kala et al., (2016) er symptomer på depresjon lav ved utskrivelse fra sykehuset, men symptomene øker etter 3, 6 og 12 måneder. Dette kan skyldes kriseutviklingen. Kriseutviklingen begynner med sjokkfasen hvor det gis lite uttrykk for følelser og pasienten virker rolig og likegyldig. Sjokkfasen kan vare i flere dager, og dette kan gjøre det utfordrende for helsepersonell å oppdage at pasienten er nedstemt (Mæland, 2006, s.47). Slik jeg vurderer det, er det en nødvendig forutsetning at sykepleier klarer å observere om noen er deprimerte, og at de vet hvilke tiltak som skal gjøres for at depresjonen skal bli oppdaget og behandlet. I artikkelen til Haws, Ramjeet og Gray (2011) kommer det fram at både leger og sykepleiere undervurderer forekomsten av depresjon hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Studien påpekte også at det var spesielt sykepleiere som hadde vansker med å kartlegge forekomsten. Sykepleierne fortalte at det var komplisert å oppdage depresjon. Det kan tenkes at dette er en medvirkende årsak til at depresjon er underdiagnostisert.

Når pasienten utvikler depresjon etter hjerteinfarkt kan skåringskjemater som MADRS og IDC-10 bli mindre nyttige. Problemet med skåringskjematerne er at det er utfordrende å skille mellom fysiologiske reaksjoner på hjerteinfarkt og depresjon (Aarre, 2014, s. 136). Dårlig matlyst, vekttap og nedsatt energi kan være symptomer på postinfarkt, men vi ser i Snork og Engedal (2009, s. 81) at dette kan også være symptomer på depresjon. Eknes (2006, s. 81) anbefaler å bruke MADRS, mens Aarre (2014, s. 137) anbefaler å bruke ICD-10, men man må likevel være klar over at det kan forekomme overlappende symptomer, og det er derfor lett for en sykepleier å tenke at symptomer på depresjon skyldes symptomer på hjerteinfarkt. I praksis har jeg selv opplevd å møte pasienter som muligens kan ha vært deprimerte, men jeg har blitt usikker og tenkt at symptomene kan skyldes den somatiske sykdommen. Aarre (2014, s. 137) sier likevel at man skal mistenke depresjon når pasienten forteller at han føler seg trist og lei, og har høyere nivå av stress og somatiske plager utover det man kan forvente ved en somatisk lidelse som hjerteinfarkt. I tillegg kan pasienten utvikle fysiske symptomer på depresjon. Dette kan være brennende følelse i tungen, symmetrisk smerte eller parestesier i underarmene eller i beina og ved alvorlig depresjon kan man også observere treg avføring.

5.2 Den rehabiliterende sykepleier

Hjerterehabilitering har et helhetlig syn ved at det fokuserer på det fysiske, psykiske og sosiale, og man ser på pasientens ressurser og muligheter. Stubberud og Ellingsen (2016, s. 423) viser til rehabiliteringsmålene til Helse- og Omsorgsdepartementet, som er «å gi nødvendig bistand til pasienters egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». Dette ser vi også i Stubberud (2016, s. 44) hvor målet for undervisningen og veiledningen er å endre pasientens atferd og livsstil. I den sammenheng har sykepleieren en gjenoppbyggende funksjon ved å hjelpe pasienten med å mestre det han/hun klarte før sykdommen og skape livskvalitet. Her vil sykepleier gi lindrende, forebyggende og behandlende tiltak (Stubberud, 2016, s. 29). På hjerterehabilitering vil pasienten få medisinsk oppfølging og det blir undervist i kosthold, røykestopp og alkohol, samt gitt psykologisk støtte, atferdspåvirkning og yrkesmessig attføring (Mæland, 2006, s. 11-16). Dette rehabiliteringsprogrammet ligner på det som ble brukt i studiet til Davidson et al., (2008) hvor symptomene på angst gikk ned og rehabiliteringsprogrammet ga økt sosial støtte. I dette studiet var det også rapportert ekstrem alvorlighetsgrad av depresjon før deltakerne deltok i programmet, men etter gjennomført rehabilitering var det ingen som rapporterte denne alvorlighetsgraden. Dette kan henge sammen med at sosial støtte og rehabilitering i gruppe kan dempe symptomer på depresjon ved å dele psykiske plager og bekymringer rundt hjertesykdommen med andre.

Mæland (2006, s. 71) mener at trening er en effektiv behandlingsmåte for depresjon. Fysisk aktivitet kan gi følelse av velvære, bedre selvbilde og mestringfølelse. Dette viser seg også å være en av selvhjelpsstrategiene i Cambers (2015), hvor deltakerne forteller at det hjelper å gjøre aktiviteter som gir behag, selv ved små aktiviteter. I Stubberud (2016, s. 126) ser vi også at aktivitet gir bedre livskvalitet og reduserer sykehusinnleggelse. Det er derfor viktig å være bevist på at hjerterehabilitering kan være økonomibesparende, ved å unngå reinnleggelse og kostbare operasjoner. Det gir grunn til å tro at aktivitet på rehabilitering kan være belønnende både på individ- og samfunnsnivå. Utfordringen med dette er at Mæland (2006, s. 141) forteller at hjertepasienter blir mindre sosialt aktive etter hjertesykdom. Dette samsvarer også med funnene i studien til Larsen, Christensen, Søndergaard & Vestergaard (2013) hvor de med depressive symptomer var mindre aktive. Etter min oppfatning er det derfor viktig at sykepleier legger til rette for og motiverer til sosial aktivitet ved hjerterehabilitering.

For at pasienten skal klare å ivareta egenomsorg er det viktig med psykososial støtte både fra sykepleier og pårørende. Positiv sosial støtte vil skape mening i pasientens livssituasjon og det viser seg at samlivspartnere som også etterlever de samme livsstilsrådene fra rehabiliteringen kan gi stor betydning for pasientens motivasjon (Stubberud og Ellingsen, 2016, s. 439). Hvordan sykepleier ivaretar pasientens psykososiale behov har ifølge Ellingsen (2016, s. 89) stor påvirkning på hvordan pasienten takler livet videre med sykdommen. Dette samsvarer med studiet til Cambers et al., (2015) hvor pårørende og sosiale støtte var en viktig ressurs for å redusere utvikling av depresjon. I denne sammenhengen kan pårørende også informere sykepleier om pasienten, som hvordan den psykiske helsen til pasienten var før hjertesykdommen og hvor lenge de depressive symptomer har vært til stede. Dette forutsetter at pasienten samtykker til det (Aarre, 2014, s. 148).

Det er viktig at sykepleier er bevisst eget ansvar- og kompetanseområde. På hjerterehabilitering vil sykepleier jobbe sammen med leger, kliniske ernæringsfysiologer, sosionomer og fysioterapeuter (Stubberud og Ellingsen, 2016, s. 423). Det er alltid en lege som skal diagnostisere om pasienten har depresjon, men sykepleier skal observere og vurdere forandringer i pasientens psykiske helse, og rapportere til den ansvarlige legen (Stubberud, 2016, s. 276). Dersom sykepleier opplever pasienten så deprimert at han ikke greier å se sykepleieres perspektiv, er svært negativ til behandling eller om pasienten har tanker om selvmord, må sykepleier kontakte legen og det er lenge som henviser pasienten videre (Aarre, 2014, s. 146). I den forbindelsen er det viktig at rehabiliteringsenhetene alltid har en medisinsk ansvarlig (Stubberud, 2016, s. 440).

Det sies at «all god hjelp er hjelp til selvhjelp. All annen hjelp er overgrep» (sitert i Kristoffersen, 2014, s. 351). Veiledet selvhjelp brukes ofte på rehabiliteringer som et supplement til

pasientopplæring og er en anbefalt behandlingsform for mennesker med lett depresjon. Veiledet selvhjelp viser seg å være mer effektiv mot depresjonssymptomer for pasienter med angina pectoris, enn bare undervisning alene (Nordgreen, Fjerstad & Havik, 2014, s. 432). Det kan også tenkes at dette kan brukes på pasienter med depresjon etter hjerteinfarkt. Selvhjelp kan også være strategier som pasienten lærer seg i erfaring med depresjon. Et eksempel på dette ser vi i studiet til Chambers et al., (2015), hvor det ble funnet flere strategier som deltakerne brukte for å takle depresjon. Noen følte det hjalp at de hadde erfaring med at depresjonen går over. På den måten kunne de finne trøst i dette når de ble deprimert igjen. Andre følte det hjalp å være engasjert i sosiale aktiviteter, hjelpe andre, føle ansvar og høre på musikk.

5.3 Den relasjonsbyggende sykepleier

I kontakten med pasienten må man som nevnt være til stede med hele seg, det viktigste for pasienten er at man er nær, tør å se, høre og forsøke å forstå hvordan den deprimerte har det. Berøring er også et tegn på anerkjennelse og en måte å vise at man forstår (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2014, s. 263). Dette fremhevet også deltakere i studiet til Chambers (2015) hvor de fortalte at det var viktig at helsepersonell hadde gode ferdigheter i å lytte, vise empati og respekt. Vi må likevel være åpne for at sykepleiere kan ha vansker med å skape en god relasjon. Ofte har sykepleiere ansvar for mange pasienter, og tidspresset i helsesektoren gjør at det blir en utfordring for sykepleier å bygge en god relasjon. Slik jeg vurderer det er en god relasjon en forutsetning for en god samtale.

I samtalen med pasienten er det mye man må tenke på for å kunne gi støtte og redusere utvikling av depresjon. Sykepleier må ha god tid, en sympatisk innstilling, faglig kompetanse og vise medmenneskelighet (Aarre, 2014, s. 147). Videre ser vi at det er viktig å skape kontakt, være tilgjengelig og gi anerkjennelse til pasienten (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2014, s. 262 – 264). Samtalen bør handle om det som er aktuelt og problemet til pasienten, og den skal bygge opp pasientens evne til å mestre problemet. Sykepleier kan stille åpne spørsmål å la pasienten prate (Aarre, 2014, s. 147). Dette ser vi også i Chambers et al., (2015) artikkel, hvor deltakerne følte det var viktig at helsepersonell lyttet, ga individuell behandling og at helsepersonell var fleksible på når de kunne gi hjelp og at dette kunne hjelpe på deres depresjon. De følte også at det var viktig å få en diagnose, og at depresjonen ble oppdaget tidlig i sykdomsløpet. En årsak til at sykepleier finner det utfordrende å snakke med deprimerte kan være at de er usikre på hva de kan gjøre for å hjelpe. Det er ingen overdrivelse å si at depresjon ikke blir tatt på alvor. Dette kan være grunnen til at deltakerne ønsket en diagnose å henvise til, slik at de følte de ble tatt mer på alvor. Min erfaring er at sykepleier

kan oppleve pasienten som negativ og utfordrende, og at de kan grue seg til neste møte med pasienten.

Ekeberg (2014, s. 323) forteller at håpløshetsfølelse er vanlig hos deprimerte. Dette bekrefter også Stubberud og Ellingsen (2016, s. 428). Å gi deprimerte pasienter realistisk håp er derfor viktig og kan gjøres ved å gi pasienten bekreftelse på følelser de opplever og motivere med at det etter hvert vil bli bedre. I den sammenhengen er det også viktig at sykepleier ikke kommer med for mange tips til løsninger på problemet til pasienten. Dette kan oppleves som fornærmende og kan gi uttrykk for at man ikke har forståelse for problemene til pasienten og bagatelliserer det (Ekeberg, 2014, s.323). Håp viser seg også å være viktig i studien til Cambers (2015). Her forteller deltakerne at de opplever håp når de er sammen med andre, spesielt med barn og andre i familien. Det ga dem også håp å ha en religiøs tro eller være ute i naturen.

5.4 Den pedagogiske sykepleier

Når sykepleier underviser i sitt kunnskap- og kompetansefelt kalles dette sykepleiepedagogikk (Brataas, 2011, s. 20). Dette har hatt en stor vekt det 21. århundre (Askheim, 2011, s. 71). Sykepleier kan for eksempel undervise i når og hvordan pasienten skal ta medisiner, hjertesykdom og kosthold. Sykepleier underviser også i de aktuelle undersøkelsesmetodene og behandlingsmulighetene, som gir pasienten kunnskap til å gjenkjenne symptomer på forverring av sykdommen (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 432). I tillegg til dette er sykepleiepedagogikk også å gi pasientveiledning ved emosjonell og kognitiv bearbeiding. Den veiledende samtalen bør begynne med å utforske problemet til pasienten, og sykepleier bør sette seg inn i situasjonen til pasienten og se verden fra pasientens perspektiv (Brataas & Hellesø, 2011, s. 113). Sykepleier bør stille direkte spørsmål om hvordan pasienten har det, har han/hun noen å snakke med og dele tanker med? (Kjetland & Norstad, 2016, s. 474). Videre må samtalen gå på pasientenes premisser og sykepleier må støtte for å normalisere pasientens følelsesmessige tilstand. Gjennom å skape kontakt med pasienten vil man få informasjon og skape en relasjon (Brataas & Hellesø, 2011, s. 113).

Forskning tyder på at pasienter med depresjon etter førstegangs hjerteinfarkt har 35 % høyere sannsynlighet for å dø, enn pasienter med førstegangs hjerteinfarkt som ikke utvikler depresjon (Larsen, Christensen, Søndergaard & Vestergaard, 2013). Dette bekrefter også Nordgreen, Fjerstad & Havik (2014, s. 432) som forteller at depresjon ved hjerte- og karsykdommer kan øke dødeligheten tilsvarende røyking og at depresjon er en risikofaktor for å utvikle hjerte- og karsykdommer. Depresjon blir også forbundet med dårlig prognose for somatiske sykdommer. Dette ser vi også i

Stubberud og Ellingsen (2016, s. 426) hvor det kommer fram at depresjon etter hjerteinfarkt gir høyere risiko for tilbakefall. I den sammenhengen ser vi hvor viktig sykepleierollen er på hjerterehabilitering i forhold til i å utføre tiltak til pasienter som viser tegn og symptomer på depresjon, og at konsekvensene av å ikke behandle depresjon etter hjerteinfarkt kan bli alvorlige.

6. Konklusjon

Forskning viser at depresjon utvikles gradvis og rammer 20 % av de med hjerteinfarkt. Depresjon blir underdiagnostisert, derfor trenger sykepleiere kompetanse på hvordan oppdage depresjon og hvilke tiltak som skal gis. Sykepleier må bruke skåringskjemaer og se etter symptomer på depresjon, men også vite hvilke symptomer som skyldes den somatiske sykdommen. Sykepleier må også kontakte lege dersom pasientens tilstand er utenfor sykepleiers ansvars- og kompetanseområde.

Når man mistenker at pasienten har depresjon må sykepleier tilrettelegge for en god samtale. Samtalen må formidle håp og sykepleier må ha en sympatisk innstilling samt vise empati. Det må settes av god tid til samtalen og sykepleier må stille både åpne og konkrete spørsmål, men også lytte aktivt til det pasienten forteller. På denne måten vil man skape en relasjon. I samtalen må man tørre å være nær, gi anerkjennelse for det pasienten formidler og vise respekt. Forskning viser også at sykepleier må være fleksibel og tilrettelegge behandlingen til den enkelte. Samtalen skal inneholde det pasienten ønsker å snakke om. Sykepleier må bruke sin sykepleiepedagogiske kompetanse til å undervise og veilede på hjerterehabilitering for å gjenoppbygge den psykiske helsen og øke livskvalitet til pasienten. På hjerterehabilitering må sykepleier motivere til sosial aktivitet og gi veiledet selvhjelp. Det bør også tilrettelegges for at pårørende kan delta i hjerterehabiliteringen.

Forskning viser at sykepleier undervurderer forekomsten av depresjon og at de ikke føler de er kompetente nok til å bruke screeningverktøy. Egne tiltak som deprimerte pasienter brukte var å hjelpe andre, prøve å øke selvtilliten, og erfaring med at depresjon kan gå over. Det kunne også hjelpe å drive med sosiale og fysiske aktiviteter som økte livstrivselen og gav dem håp.

For at depresjon skal bli tatt mer på alvor trenger man ytterligere informasjon om alvorligheten ved depresjon samt konsekvensene av ubehandlet depresjon. I framtiden kan det lages mer målrettet hjerterehabilitering for å forbedre utfallet av pasientenes psykiske helse og settes av bedre tid til individuell samtale.

Bibliografi

- Aarre, T, F. (2014). Depresjon. I A. A. Dahl, T.F. Aarre & J. H. Loge (red.) *Psykisk reaksjoner ved somatisk sykdom* (1. utgave., s. 135 - 148). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O, P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utgave., s. 71). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Brataas, H, V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utgave., s. 20). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Brataas, H, V., & Hellesø, N, S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utgave., s. 113-117). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., . . . Ricketts, T. (2015). The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 15(1) 1-16. doi: 10.1186/s12888-015-0550-6
- Davidson, P., Digiacomo, M., Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb, K., Hancock, K., “. . .” Daly, J. (2008). A Cardiac Rehabilitation Program to Improve Psychosocial Outcomes of Women with Heart Disease. *Journal of Women's Health*, 17 (1), 123-134. doi: 10.1089/jwh.2007.0386
- Ekeberg, E. (2014). Kriser og Kriseintervensjon. I A. A. Dahl, T.F. Aarre & J. H. Loge (red.) *Psykisk reaksjoner ved somatisk sykdom* (1. utgave., s.321- 323). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani – forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlag
- Ellingsen, T-L. (2016). Sykepleiers funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsykdom. I D-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1. utgave., s. 68- 89) Oslo: Cappelen Damm AS.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03828.x>
- Helsedirektoratet. (2009, 1. desember). Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hentet 10. mai 2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>
- Høybakk, J. (2013). Sykepleiere til pasienter med hjertesykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleiere – Sykepleieboken 3* (2. utgave., s. 160 - 182). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Kala, P., Hudakova, N., Jurajda, M., Kasperek, T., Ustohal, L., Parenica J., . . . Kanovsky, J. (2016). Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. *PLoS ONE*, 11 (4), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0152367
- Kjetland, M, B., & Nordstad, M, G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1.utgave., s. 449 - 474) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kristoffersen, N, J., Breievne, G & Nortvedt, F. (2014). Lidelse, mening og håp. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2.utg., s. 262 - 278) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N, J. (2014). Den myndige pasienten. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2.utg., s. 345 - 351) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapssenteret (2017). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Hentet 20.05.17, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Larsen, K. K., Christensen, B., Søndergaard, J., & Vestergaard, M. (2013). Depressive Symptoms and Risk of New Cardiovascular Events or Death in Patients with Myocardial Infarction: A Population-Based Longitudinal Study Examining Health Behaviors and Health Care Interventions. *PLoS ONE*, 8(9): e74393. doi:10.1371/journal.pone.0074393
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Nordgreen, T., Fjerstad, E & Havik, O, E. (2014). Veiledet selvhjelp. I A. A. Dahl, T.F. Aarre & J. H. Loge (red.) *Psykisk reaksjoner ved somatisk sykdom* (1. utgave., s 427 - 432). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 03.05.17, fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Sand, O., Sjaastad, Ø, V., Hauge, E., & Bjålie, G, J. (2014). *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Snoek, J, E., & Engedak, K. (2009). *Psykisk -Kunnskap – Forståelse – utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, kjønn, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, tid og statistikkvariabel. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=2017441445379112876082SomatSykehPas&PLanguage=0&MainTable=SomatSykehPas&potsize=2>
- Stubberud, D-G. (2016). Hjertesykdom – en introduksjon. I D-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1.utgave., s.29) Oslo: Cappelen Damm AS.

- Stubberud, D-G & Ellingsen, T-L. (2016). Sykepleiers funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1.utgave., s. 423 - 440) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved primærforebygging av hjertesykdom. I D-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1.utgave., s.41 - 44) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D-G. (2016). Generell observasjoner og kliniske vurderinger ved hjertesykdom. I D-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1.utgave., s.276) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2014). Hjerter og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansom (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utgave., s. 168). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ørn, S. (2014) Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansom (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utgave., s. 96 - 98). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1

Diagnostisk kriterium for depresjon etter ICD-10 (8)

Mist to av disse tre symptomene må være til stede mesteparten av tiden i minst 14 dager:

1) Senka stemningsleie i en grad som helt klart er unormalt for individet, må være til stede mesteparten av dagen nesten hver dag. Dette lar seg ikke påvirke stort av omstendigheten og varer i minst to uker.

Personen er trist og lei, kjenner seg nedstemt og har vansker med å finne lyspunkt i hverdagen. Han eller hun er vanligvis negativ til seg selv, omverdenen og framtiden, og venter seg lite godt.

2) Mindre interesse eller glede ved aktiviteter som vanligvis gir glede.

Driver ikke lenger med hobbyer, følger ikke lenger med i nyhetene eller bryr seg mindre om sin kjære. Depresjon kan føre til smertefull opplevelse av å ikke kunne føle noe selv for de som står en nærest, og til fullstendig apati, der en ikke engang kjenner seg deprimert.

3) Mindre energi eller opplevelse av å bli fortere trøtt.

Enkle oppgaver, som personlig stell eller husarbeid, ikke blir gjort. Enkle gjøremål føles vanskeligere. Ting kan bli så slitsomt at man må ta seg en pause midtveis i oppvask eller på vei opp trappa.

Et eller flere av symptomene fra denne listen må være til stede mesteparten av tiden i minst 14 dager (ved en mild depressiv periode må det være minst seks symptomer, og ved en alvorlig depressiv episode er kravet minst åtte symptomer)

1) Dårlig selvtillit.

Man kjenner seg lite verdt, synes man kommer til kort, ikke strekker til og er mindre verdt enn andre. Mindreverdsfølelse kan gå over i regulære vrangtanker.

2) Urimelig klandring av seg selv eller overdrivende og upassende selvfølelse.

Man gransker fortiden og nåtiden etter bevis på moralsk svikt eller lovbrudd, gir seg selv skylden for hendelser som ligger utenfor egen kontroll, eller skylder seg for religiøs overtramp. Disse symptomene er vanligst ved en alvorlig depresjon, der man ser klar vrangtanker og synd, straff og fortaping.

3) Tilbakevendende tanker om død eller selvmord eller selvmordsatferd.

Suicidalitet utvikler seg gradvis fra tanker om at man er andre til byrde, via tanker om at det hadde vært like greit om man var død, til genuint dødsønske, tanker om å ta livet litt, selvmordsforsøk og fullført selvmord.

4) Subjektiv eller synlig nedsatt evne til å tenke eller konsentrere seg, slik som problem med å ta avgjørelser.

Personen kan ha vansker med å samle tankene om gjøremål. Det viser seg vanligvis ved at de ikke får med seg det de leser eller ikke greier å følge med i samtaler. Vansker med å ta avgjørelser er et relatert symptom som kan føre til store problemer med å avgjøre vanlige spørsmål som f.eks. hva man skal ha på seg, hva man skal ha på brødsnivå, eller hvilken rekkefølge man skal gjøre ting.

5) Psykomotorisk agitasjon eller retardasjon (subjektiv eller observert).

Personen er hemmet eller oppvaket. Ved hemming går alt tregt, både tale, tanke og følelser. Det er lite mimikk, og svar kommer ofte etter en latenstid. Ved agitasjon er det motsatt – personen er urolig, rastløs, aktiv og livlig, og holder høyt tempo i tale og tanker.

6) Forstyrre søvn.

Søvn kan det både bli for lite av og for mye av. Det vanligste er innsovningsvansker, hyppig oppvåkning og forkortet søvnlengde. Noen personer, særlig yngre kvinner, kan ha økt trang for søvn og ligger i senga mer enn ti timer i døgnet.

7) Endra matlyst (økt eller minka) med tilhørende vektendring.

Også her kan det slå ut begge retninger. Det vanligste er mindre matlyst, vekttap og opplevelse av at maten ikke smaker. Noen pasienter vil få sterk økt matlyst og trang for å spise karbohydrater, som gir forbigående lindring av negativ affekt. Disse kan legge på seg mye i løpet av en depresjon (Aarre, 2014, s. 138).

Vedlegg 2

Vurdering av depresjon

MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale), reliabelt instrument som kombinerer frekvens og intensitet av symptomene.

Bruk av MADRS-skjemaet. Skjemaet dekker 10 emner, hvorav legen spør om 9, mens ett observeres.

For hvert emne er det en gradering av alvorlighet på en skala fra 0 til 6.

Den innledende teksten for hvert emne beskriver kort hva det handler om. Annethvert skåringstall er i tillegg ledsaget av en forankringstekst. Sammenfaller pasientens symptomer med en av disse tekstene, brukes det ledsagende skåringstallet (0, 2, 4 eller 6).

Still det foreslåtte spørsmålet. Bruk deretter tekstene over og under det pasienten først sier, for å være sikker på at emnets intensitet blir korrekt vurdert.

Passer de bedre, kan man velge tall *mellom* forankringspunktene (1, 3 og 5).

Tilstanden den siste uken vektlegges. Er det klare døgnvariasjoner, vektlegges tilstanden på det tidspunktet på dagen hvor pasienten er mest deprimeret.

Alle spørsmålene må besvares, og de skal stilles i den rekkefølgen de forekommer i spørreskjemaet.

Skåring. Mange med en totalskår på 20 eller høyere vil ha nytte av medikamentell antidepressiv behandling, såfremt depresjonen har vart i minst 2 uker og ikke skyldes sorg. Noen pasienter med skår mellom 12 og 20 kan også ha nytte av antidepressive midler i tillegg til samtaler. Ved skår over 35 bør innleggelse vurderes, eventuelt henvisning til DPS (distriktpsikiatrisk senter) eller spesialist. Innleggelse bør også vurderes ved lavere sumskår dersom skår på suicidalitet er 4 eller høyere.

MADRS – Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale

1. Synlig tristhet – legeobservert	
Sikter på dysterhet, tungsinn, fortvilelse (mer enn bare vanlig forbigående dårlig humør) slik det avspeiler seg i tale, mimikk og holdning. Grader på grunnlag av dybde og manglende evne til å lysne opp.	
0	Ingen tristhet.
1	

2	Ser trist og humørløs ut, men kan leilighetsvis lyse opp.
3	
4	Virker trist og ulykkelig hele tiden.
5	
6	Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.

2. Tristhet

Tar sikte på subjektivt opplevet sinnsstemning, uansett om stemningen gir seg ytre uttrykk eller ikke. Omfatter senket stemningsleie, tristhet, oppgitthet, tungsinn, håpløshet og hjelpeløshet. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad sinnsstemningen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppstemthet skåres som 0.

Spørsmål: *Har du vært vedvarende deprimert eller nedfor mesteparten av dagen hver dag de siste tre døgn?*

0	Stort sett indifferent stemningsleie. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
1	
2	Overveiende følelse av nedstemthet, men lysere øyeblikk forekommer.
3	
4	Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysterhet. Sinnsstemningen influeres knapt av ytre omstendigheter.
5	
6	Konstant opplevelse av sterk tristhet og fortvilelse.

3. Indre spenning

Sikter på følelse av vag ulystfølelse, ubehagelig indre spenning, uro og angst stigende til panikk. Gradér i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (2).

Spørsmål: *Har du merket noen uro, spenning eller angst siste tre døgn?*

0	Rolig, bare antydning til indre spenning.
1	
2	Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spenning og vag uro.
3	
4	Vedvarende følelse av indre spenning eller panikkepisoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.
5	
6	Vedvarende frykt og angst. Overveldende panikkfølelse.

4. Redusert nattesøvn

Sikter på subjektiv opplevelse av kortvarig eller mindre dyp søvn sammenlignet med vanlig tilstand.

Spørsmål: *Har du hatt søvnproblemer nesten hver natt de siste tre døgn?*

0	Sover som vanlig.
1	
2	Moderate innsovningsvansker eller moderat redusert, lett eller urolig søvn.
3	
4	Søvnen redusert eller avbrutt med minst to timer sammenlignet med vanlig.
5	
6	Mindre enn to til tre timers søvn om natten.

5. Svekket appetitt

Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.

Spørsmål: *Hvordan har det vært med matlysten de siste tre døgn?*

0	Normal eller økt appetitt.
1	
2	Moderat redusert appetitt.
3	
4	Nesten ingen appetitt, maten smaker ikke, må tvinge seg selv til å spise.
5	
6	Næringsvegrende. Må overtales av andre til å spise.

6. Konsentrasjonsvansker

Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne. Gradér i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.

Spørsmål: *Har du hatt vansker med å konsentrere deg de siste tre døgn?*

0	Ingen konsentrasjonsvansker.
1	
2	Leilighetsvis vansker med å samle tankene.
3	
4	Vansker med konsentrasjon og vedvarende oppmerksomhet, som forstyrrer lesing eller konversasjon.
5	
6	Invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne.

7. Initiativløshet

Sikter på vanskelighet med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og å utføre dagligdagse aktiviteter.

Spørsmål: <i>Har du hatt vansker med å komme i gang, ta initiativ eller utføre dagligdagse aktiviteter de siste tre døgn?</i>	
0	Ingen spesielle vanskeligheter med å komme i gang med ting, ingen treghet.
1	
2	Visse vansker med å komme i gang med aktiviteter.
3	
4	Vanskeligheter med å komme i gang med enkelte rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse.
5	
6	Helt manglende evne til å ta initiativ. Uten evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.
8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner	
Sikter på den subjektive opplevelse av svekkede interesser for omgivelsene, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendighetene eller andre mennesker er redusert.	
Spørsmål: <i>Har du i de siste tre døgn vist mindre interesse for de fleste ting, eller vært mindre i stand til å glede deg over ting som pleide å gi deg glede?</i>	
0	Normal interesse for omgivelsene og andre mennesker.
1	
2	Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å føle sinne.
3	
4	Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelser for venner og kjente.
5	
6	Opplevelsen av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller sorg, og til dels smertefull opplevelse av ikke å kunne føle noe for nære slektninger eller venner.
9. Depressivt tankeinnhold	
Sikter på tanker om skyld, mindreverdighet, selvbepreidelser, anger og tanker om økonomisk ruin.	
Spørsmål: <i>Har du følt deg verdiløs eller skyldbetyngt de siste tre døgn?</i>	
0	Ingen depressive tanker.
1	
2	Fluktuerende tanker om ikke å strekke til, selvbepreidelser og mindreverdsfølelse.
3	
4	Vedvarende selvbepreidelser eller klare, men fortsatt rasjonelle tanker om skyld og synd. Ser uttalt pessimistisk på fremtiden.
5	
6	Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgjengelige synder.
10. Suicidaltanker	
Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verd å leve, at en naturlig død ville være velkommen, suicidale tanker og forberedelse til selvmord.	

Spørsmål: <i>Har du selvmordstanker eller har du ønsket at du var død de siste tre døgn?</i>	
0	Ordinær livslyst, tar det som det kommer.
1	
2	Lei av livet, men bare flyktige suicidaltanker.
3	
4	Ville helst være død, suicidaltanker opptrer hyppig, og suicid anses som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner.
5	
6	Uttalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.

Vedlegg 3 Hjelpeskjema til å finne aktuelle søkeord

Sett problemstillingen sin inn i PICO skjemaet:

Patient/problem:	Intervention/Tiltak:	Comparison/Sammenligning:	Outcome/Resultat:
Depresjon Hjerteinfarkt	Rehabilitering		Forebygge/behandle

Finne engelske søkeord og synonymord:

Søk i Svemed+. Søk ett og ett av de norske ordene i skjema over, gå inn på en av artiklene du får som treff, skroll ned til MeSH terms og se hva ordet du søkte på heter på engelsk. Gjenta på minst 3 artikler for å sjekke om det finnes flere synonymord. Skriv opp alle relevante ord.

Patient/Problem		
Norsk ord:	Engelsk ord:	Synonymord:
Depresjon Hjerteinfarkt	Depression Myocardial infarction	

Intervention		
Norsk ord	Engelsk ord	Synonymord
Rehabilitering	Rehabilitation	Follow-Up Care

Comparison		
Norsk ord	Engelsk ord	Synonymord

Outcome		
Norsk ord	Engelsk ord	Synonymord
Forhindre Behandle	Prevent Treat	

Vedlegg 4: Systematisk treff i databaser

Begrensning i søk

Dato/klokkeslett	Søkeord	ASP (CHINAL+MEDLINE)	Artikkel
03.04.17/13:00	S1: Myocardial Infarction S2: Depression S3: Prevalence S4: S1 AND S2 AND S3	S1: 81 664 funn S2: 243 771 funn S3: 351 302 funn S4: 240 funn	Depression and anxiety after acute myocardial infarction treated by primary PCI
22.04.17/13:30	S1: Qualitative OR Patient experience S2: Depression S3: Myocardial Infarction S4: S1 AND S2 AND S3	S1: 180 810 S2: 631 062 S3: 316 944 30	A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease
18.04.17/12:00	S1: Depression S2: Intervention S3: Myocardial Infarction S4: S1 AND S2 AND S3	S1: 195 399 S2: 399 065 S3: 74 474 S4: 303	Depression symptoms and risk of new cardiovascular event or death in patients with myocardial infarction
22.04.17/12:00	S1: Depression S2: Self management S3: S1 AND S2	S1: 635 838 S2: 38 169 S3: 3 107	The self-management of long-term depression

06.04.17 kl 12:34/ Attitudes and beliefs “and” myocardial infarction “and” depression	S1: Attitude and beliefs S2. Myocardial infarction S3: Depression S4: S1 AND S2 AND S3	S1: 16 196 S2: 74 717 S3: 196 008 S4: 11	A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction.
---	---	---	---