

Med tungt hjerte – depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom

*Hvilke sykepleieintervensjoner på sengepost kan kartlegge
depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom?*

Kandidatnumre: 321, 406
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8940

Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 12.04.2021
<p>Tittel</p> <p>Med tungt hjerte – depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>«Hvilke sykepleieintervensjoner på sengepost kan kartlegge depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske grunnlaget er basert på teori om pasientgruppen, depresjon, sykepleiefaglig rammeverk og kartlegging. Det sykepleiefaglige rammeverket inkluderer sykepleierens funksjoner og ansvarsområder, samt juridiske og etiske føringer. Teori om kartlegging omhandler forutsetninger og metoder for kartlegging, hvor fokuset er på kommunikasjon, observasjonskompetanse og kartleggingsverktøy.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie/litterær oppgave hvor besvarelsen av problemstillingen baseres på eksisterende fag- og forskningslitteratur. Forskningsartikler er funnet gjennom litteratursøk i databasen CINAHL. Kapitlet presenterer fremgangsmåte for søk, utvelgelse av litteratur og kildekritikk.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Problemstillingen drøftes med utgangspunkt i en kombinasjon av funn fra forskningslitteratur, det teoretiske grunnlaget og oppgavens kontekst. Kapitlet er inndelt i fem overordnede emner; kunnskap om depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom, å ta ansvar for depresjon, praktisk utførelse av kartlegging, kartlegge eller ikke kartlegge – en etisk utfordring, og å benytte forskningsbasert kunnskap i praksis. Samtlige emner er med på å diskutere utfordringer og mulige løsninger rundt det å kartlegge depresjon på sengepost.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Depresjon kan kartlegges gjennom samtale ved bruk av kommunikasjonsferdigheter og ved bruk av validerte verktøy. Bruk av verktøy vil trolig være et foretrukket alternativ fordi identifisering av depresjon blir mindre tilfeldig ut fra kvalifikasjonene til sykepleieren som har ansvar for pasienten. Kunnskap om komorbiditeten og opplevelse av ansvar er forutsetninger for å kartlegge. Målrettet opplæring i komorbiditeten og kartlegging, samt oppklaring av ansvarsforhold er mulige løsninger. Kartlegging av depresjon kan være en etisk utfordring, men bør utføres på grunn av depresjonens konsekvenser for pasienten.</p>	

(Totalt antall ord: 267)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	2
1.4 Avgrensning	2
2. Teoretisk grunnlag	4
2.1 Akutt koronarsyndrom	4
2.1.1 Symptomer og diagnostiske kriterier	4
2.1.2 Psykiske reaksjoner på AKS	5
2.2 Depresjon	5
2.2.1 Symptomer og diagnostiske kriterier	6
2.2.2 Depresjon hos pasienter med koronar hjertesykdom	7
2.3 Sykepleiefaglig rammeverk	7
2.3.1 Sykepleierens behandlende funksjon	8
2.3.2 Sykepleierens fagutviklende funksjon	8
2.3.3 Juridisk rammeverk	9
2.3.4 Etske hensyn ved sykepleie i spesialisthelsetjenesten	10
2.4 Kartlegging	11
2.4.1 Kommunikasjon	11
2.4.2 Kartleggingsverktøy	12
2.4.3 Observasjonskompetanse	13
3. Metode	14
3.1 Valg av database og søkeord	14
3.2 Gjennomføring av litteratursøk og utvelgelse av forskningsartikler	14
3.2.1 Inklusjonskriterier	16
3.2.2 Eksklusjonskriterier	16
3.3 Øvrig faglitteratur	16
3.4 Kildekritikk	17
3.5 Etske vurderinger	17

4. Forskningsresultater	18
5. Drøfting	21
5.1 Kunnskap om depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom.....	21
5.2 Å ta ansvar for depresjon	22
5.3 Praktisk utførelse av kartlegging.....	24
5.3.1 Kartlegging gjennom samtale	24
5.3.2 Bruk av kartleggingsverktøy	26
5.4 Kartlegge eller ikke kartlegge – en etisk utfordring	27
5.5 Å benytte forskningsbasert kunnskap i praksis	29
6. Avslutning	30
Referanseliste.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Resultater fra forskning viser at depresjon er i ferd med å bli den mest dominerende lidelsen i den industrialiserte verden. Hjertesykdom er en sykdomsgruppe som gir økt risiko for depresjon (Helsedirektoratet, 2009). I den nasjonale spesialisthelsetjenesten blir cirka 40.000 personer behandlet for akutt koronarsyndrom hvert år (Folkehelseinstituttet, 2018). I denne pasientgruppen er forekomsten av alvorlig depresjon to til tre ganger høyere sammenlignet med forekomsten i den generelle befolkningen (Celano & Huffman, 2011). I tillegg foreligger det data som peker mot at underdiagnostisering er sannsynlig (Celano & Huffman, 2011; Haws et al., 2011), noe som kan ha sin årsak i at helsepersonell mangler kompetanse om diagnostisering av depresjon (Haws et al., 2011). For den koronarsyke pasienten så kan depresjon være assosiert med redusert livskvalitet og behandlingsresultat, samt økt sykkelighet og dødelighet (Ellingsen, 2016).

Vår erfaring fra behandling av koronarsyke pasienter på medisinsk og kirurgisk sengepost for hjertesykdom er at symptomer på depresjon og/eller depresjon og behandling av disse ikke i særlig grad vektlegges. Dette til tross for at publiserte resultater fra forskning beskriver de negative konsekvensene dette har for pasient, helsetjeneste og samfunn. Fra litteraturstudier så har vi sett at det er en sammenheng mellom depresjon og hjerteinfarkt – depresjon hos friske mennesker kan være en medvirkende årsak til hjerteinfarkt – hvor hjerteinfarkt igjen kan øke risikoen for utvikling av depresjon – som igjen kan resultere i re-infarkt. Dette avviket mellom erfart praksis og publiserte forskningsresultater er bakgrunnen og motivasjonen for valg av tema for denne oppgaven – depresjon hos pasienten med akutt koronarsyndrom.

I løpet av en sykehusinnleggelse er sykepleieren ofte den profesjonsutøveren som har den næreste og hyppigste kontakten med pasienten. Sykepleieren har derfor en unik mulighet til å kunne fange opp eventuelle symptomer på depresjon. American Heart Association (Lichtman et al., 2008), European Association of Preventive Cardiology (Piepoli et al., 2020) og Helsedirektoratet (2009) anbefaler en rutinemessig screening for depresjon i pasientgruppen, også når pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med koronar hjertesykdom har imidlertid kort liggetid på sengepost som følge av krav til effektivitet og rasjonalisering i

helsetjenesten, noe som fører til at depresjon ikke får det nødvendige fokus (Stubberud, 2016a).

Hensikten med denne oppgaven er å øke egen kunnskap om depresjon som en utfordring for pasienter med koronar hjertesykdom. I løpet av oppgaven så ønsker vi å belyse sykepleierens rolle, ansvar og utfordringer rundt det å kartlegge depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom som er innlagt på en somatisk sengepost.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det ovennevnte er følgende problemstilling formulert:

«Hvilke sykepleieintervensjoner på sengepost kan kartlegge depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom?»

1.3 Begrepsavklaring

Depresjon: «Betegner en emosjonell tilstand som enten i seg selv er en psykisk lidelse, eller som er en følge av andre psykiske lidelser. Til forskjell fra den allmennmenneskelige depresjonen vil den emosjonelle opplevelsen her være mer intens og lammende for personens normale sosiale aktiviteter» (Håkonsen, 2014, s. 425).

Kartlegging: Kartlegging omfatter å samle data for å avdekke status og identifisere pasientproblemer (Nortvedt & Grønseth, 2016). I denne oppgaven benyttes begrepet kartlegging om screening (forhåndskartlegging) i forbindelse med identifisering av depresjon.

Screening: Å identifisere uoppdaget sykdom eller ukjent økt risiko for sykdom (Fønhus, 2019). Screening kan foretas opportunistisk (uten en prosedyre eller rutine) eller systematisk (rutinemessig).

1.4 Avgrensning

Sykepleieren møter pasienten på hjertemedisinsk sengepost etter at akutt koronarsyndrom er diagnostisert. Pasienten er hemodynamisk stabil, og har ikke diagnosen depresjon fra tidligere. Pasienten er over 18 år.

Håkonsen (2014) beskriver depresjonen som todelt. Det er en vesentlig forskjell mellom den allmennmenneskelige opplevelsen av depresjon, som tidvis er en naturlig del av et menneskes liv, og depresjon som en psykisk lidelse i seg selv eller som en følge av annen psykisk sykdom. Denne oppgaven fokuserer på depresjon som en psykisk lidelse og begrepet

«depresjon» omfatter de kliniske diagnosene *depressiv episode* og *tilbakevendende depressiv lidelse*. Andre psykiske lidelser hvor depresjon er en del av sykdomsbildet, samt underinndelinger av depresjon (med/uten somatisk syndrom) omtales ikke. Oppgaven omhandler ikke behandling av depresjon.

Det foreligger underinndelinger av de ulike formene for myokardinfarkt, men disse beskrives ikke ytterligere da det ikke anses som relevant for problemstillingen.

Kartlegging av depresjon på sengepost vil ikke kunne si noe om årsaken til depressive symptomer i denne sammenheng, og årsaken er heller ikke en problemstilling i oppgaven. Akutt koronarsyndrom er en risikofaktor for å utvikle depresjon, men depresjon er også en risikofaktor for utvikling av AKS. I denne oppgaven så ønsker vi å undersøke hvordan sykepleier kan kartlegge depresjon der akutt koronarsyndrom er påvist, ikke som følge av akutt koronarsyndrom.

Forskningslitteratur peker på et behov for systematisk henvisning i forbindelse med rutiner for kartlegging. På grunn av oppgavens omfang kommer oppgaven ikke til å fokusere på henvisning.

Opgavens sykepleiefaglige rammeverk er sykepleierens ansvars- og funksjonsområder med hovedvekt på sykepleierens behandlende funksjon, hvor kartlegging er fokuset. Sykepleierens fagutviklende funksjon er også sentral for å drøfte problemstillingen. Oppgaven vil presentere og drøfte tre sentrale forutsetninger og metoder for kartlegging: observasjonskompetanse, kartleggingsverktøy og kommunikasjon. Oppgaven inneholder generell teori om kommunikasjon, men bruker elementer av Joyce Travelbees interaksjonsteori.

2. Teoretisk grunnlag

Kapittelet presenterer teori om pasientgruppen, depresjon, sykepleierens rammeverk og forutsetninger for kartlegging. Dette danner grunnlag for drøfting av hvilke sykepleierintervensjoner som kan kartlegge depresjon hos pasienter inneliggende med AKS.

2.1 Akutt koronarsyndrom

Akutt koronarsyndrom (AKS) er en samlebetegnelse som inkluderer ustabil angina pectoris (UAP), non-ST-elevasjonsmyokardinfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjonsmyokardinfarkt (STEMI). STEMI og NSTEMI er former for myokardinfarkt (MI) omtalt i dagligtalen som hjerteinfarkt. Felles for alle tre tilstandene er akutt myokardiskemi, som følge av redusert eller opphørt blodforsyning til myokard via koronararteriene (Ellingsen, 2016). Den underliggende årsaken er som oftest aterosklerose i koronararteriene (Eikeland et al., 2016; Ellingsen, 2016).

Ved MI, dersom blodforsyningen ikke gjenoprettes, utvikles nekrose i myokard etter 20-30 minutter. Behandling er derfor fokusert på å gjenopprette tilstrekkelig perfusjon.

Behandlingsforløp og metode avhenger av om pasienten har UAP, NSTEMI eller STEMI.

Fordi ubehandlet UAP medfører 10-15 % risiko for utvikling av MI innen én måned, behandles tilstanden nærmest likt som MI (Eikeland et al., 2016; Ellingsen, 2016).

Behandlingen i spesialisthelsetjenesten varer normalt i ca. 1-3 dager (Stubberud, 2016a).

2.1.1 Symptomer og diagnostiske kriterier

Det mest klassiske symptomet på AKS er klemmende, trykkende eller stikkende retrosternale smerter, ofte med utstråling til andre kroppsdelar som hals, skulder, arm eller kjeve. Andre vanlige symptomer er dyspné, kvalme, oppkast, svetting og svimmelhet. Noen, særlig kvinner og eldre, får diffuse, vage eller ukarakteristiske symptomer. Brystsmertene er ofte økende i intensitet og har en varighet på mer enn 20 minutter (Ellingsen, 2016).

Diagnosen stilles på bakgrunn av pasientens symptomer, anamnese, EKG-forandring, den biokjemiske markøren for myokardskade (Troponin) og koronar angiografi (Eikeland et al., 2016; Ellingsen, 2016). Ulikheter i EKG-forandringer og Troponin-nivå muliggjør differensiering mellom de tre diagnosene.

2.1.2 Psykiske reaksjoner på AKS

Akutt koronarsyndrom oppstår for mange plutselig og kan derfor gi en veldig sterk opplevelse av krise. En krise forklares gjerne som den psykologiske reaksjonen hos et menneske i møte med situasjoner hvor personens mestringsstrategier ikke strekker til (Håkonsen, 2014).

Johan Cullberg (2011) beskriver to former for kriser; den traumatiske krisen og utviklingskrisen. Den traumatiske krisen, som kan utløses av ytre hendelser som akutt sykdom, kan deles inn i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen og reaksjonsfasen er beskrevet som akutfasene i den traumatiske krisen.

I sjokkfasen, som kan vare fra sekunder til dager, vil pasienten være preget av den forutgående hendelsen og ikke være i stand til å bearbeide det som har skjedd. Alle pasientens krefter blir mobilisert til å forstå hva som har skjedd uten å makte å finne noen mening eller hensikt med det som har skjedd. I denne fasen vil pasienten kunne oppleve et emosjonelt kaos preget av fortvilelse, sorg og angst (Cullberg, 2011; Håkonsen, 2014). I reaksjonsfasen, som kan vare fra én uke etter den akutte situasjonen og opp til to måneder, vil pasienten kunne ha sterkere emosjonelle reaksjoner som sorg, depresjon, gråt og fortvilelse, på grunn av at pasienten begynner å forstå alvorligheten i situasjon. Følelsene kan også komme til uttrykk gjennom søvnproblemer, redusert matlyst og initiativløshet (Håkonsen, 2014). Noen pasienter vil kunne ty til selvmedisinering i form av rusmidler i et forsøk på å bearbeide følelsene sine.

2.2 Depresjon

Ordet depresjon stammer fra det latinske ordet *depressio*. *Depressio* kan oversettes til nedtrykning, noe som kan være beskrivende for pasientens opplevelse av depresjonen. Pasienten med depresjon er preget av nedstemthet, gledesløshet og energiløshet (Stubberud, 2019b).

Depresjon gir store personlige lidelser og har omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger (Helsedirektoratet, 2009). Til tross for at forståelsen og aksepten for psykisk sykdom har blitt mye større i løpet av de siste tiårene så opplever personer med psykisk sykdom fremdeles stigmatisering fra helsepersonell, personer i pasientens nettverk, offentligheten og mediene (Gullstett et al., 2014). Resultater fra forskningen viser også at psykisk sykdom er assosiert med redusert funksjon i samfunnet og dette kan utfordre personens identitet og følelse av "normalitet".

Det anslås at alvorlige depresjoner utløses av en livshendelse, for eksempel alvorlig sykdom, i omtrent 70 % av tilfellene. Store påkjenninger og skuffelser kan også være utløsende årsaker, og kan gi grobunn for tilbakevendende depressiv lidelse. Ellers i befolkningen er forekomsten av alvorlig depresjon i størrelsesorden 17-18 % (Skårderud et al., 2018).

2.2.1 Symptomer og diagnostiske kriterier

En depresjon som forløper seg som en enkelthendelse refereres til som en depressiv episode. Når en depressiv episode gjentas så kaller man tilstanden en tilbakevendende depressiv lidelse (Skårderud et al., 2018).

Tabell 1: Symptomer på depresjon i henhold til International Classification of Diseases (ICD-10)

Grunnsymptomer:

- Nedsatt stemningsleie
- Interesse- og gledeløshet
- Økt tretthet

Tilleggssymptomer:

- Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder)
- Triste og pessimistiske tanker om fremtiden
- Planer om, eller utføring av, selvskaade eller selvmord
- Søvnforstyrrelser
- Redusert appetitt

(Verdens helseorganisasjon, 2019)

Et sett med kriterier må oppfylles før en depresjonsdiagnose kan stilles. Kriteriene som er gitt i ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2019) tar utgangspunkt i symptomer på depresjon, tabell 1. Symptomenes tilstedeværelse og alvorlighetsgrad vil være med på å bestemme om pasienten lider av mild, moderat eller alvorlig depresjon. Som hovedregel så må symptomene hatt en varighet på minimum to uker.

Depresjonens kjennetegnes ikke bare av psykiske symptomer, men kan også manifestere seg også som fysiske reaksjoner som smerter, svimmelhet, hodepine, tretthet og generelt ubehag. Søvnforstyrrelser og nedsatt/økt appetitt er vanlig i pasientgruppen (Hummelvoll, 2012).

2.2.2 Depresjon hos pasienter med koronar hjertesykdom

Depresjon, eller depressive symptomer av klinisk betydning, forekommer hos 31-45 % av pasientene med koronar hjertesykdom. Av disse så tilfredsstillende cirka 20 % kriteriene som kjennetegner alvorlig depresjon – dette betyr at forekomsten er to til tre ganger høyere i denne pasientgruppen sammenlignet med den generelle befolkningen (Celano & Huffman, 2011).

Stubberud (2019b) beskriver at depresjon er en vanlig komplikasjon ved kritisk og akutt sykdom som ved et hjerteinfarkt. Han beskriver også hvordan mild depresjon kan ha store følger for pasientens livskvalitet, livsutfoldelse og etterlevelse av behandling av den somatiske sykdommen. I og med at pasientens mestringsevner reduseres kan dette medføre et forlenget sykehusopphold (Ellingsen, 2016). Hvis ubehandlet, så kan depresjonen bli mer alvorlig og tilbakevendende. Det er også påvist økt morbiditet og mortalitet hos pasienter med samtidig hjertesykdom og depresjon gjennom flere meta-analyser (Lichtman et al., 2008).

Depresjon er en av utfordringene pasienten kan møte etter hjemkomst fra sykehuset, og Ellingsen (2016) hevder at temaet bør diskuteres med pasienten før vedkommende reiser hjem. Nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler at pasienter med kjent hjertesykdom rutinemessig kartlegges for depresjon under innleggelse i sykehus (Helsedirektoratet, 2009; Lichtman et al., 2008; Piepoli et al., 2020).

2.3 Sykepleiefaglig rammeverk

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1971/1999, s. 29). Sykepleie dreier seg altså om å hjelpe individet igjennom det å være syk. Det innebærer blant annet å sørge for at pasienten får dekket sine grunnleggende behov, støtte pasientens reaksjoner på sykdom og lidelse, samt hjelpe vedkommende med å mestre konsekvensene av sykdommen.

En definisjon på sykepleie er ifølge Travelbee (1999) viktig for sykepleieren fordi den styrer sykepleierens atferd i praksis og fremhever den mellommenneskelige prosessen. Det «mellommenneskelige» vektlegger betydningen av at sykepleier og pasient deler opplevelser og erfaringer som mennesker på grunn av at sykepleie alltid dreier seg om mennesker. «Proessen» understreker at enhver sykepleiesituasjon innebærer forandring siden de to menneskene i møtet påvirker hverandre (Travelbee, 1971/1999).

Pasientens subjektive opplevelse av fenomener og symptomer (fysiske og psykiske) er et viktig perspektiv i sykepleien (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleierens evne til å møte pasienten med empati, respekt og en omsorgsfull væremåte, samt handle ut ifra pasientens beste med en moralsk sensitivitet, er sentrale perspektiver i utførelsen av klinisk praksis (Lillemoen, 2015).

2.3.1 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleieprosessen som metode kan brukes til å beskrive sykepleierens behandlende funksjon. Den innebærer å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleien som gis. Arbeidshverdagen på en sengepost er i stor grad basert på denne metodikken (Nortvedt & Grønseth, 2016). Identifisering av pasientproblemer inngår som en del av sykepleieprosessen, inkludert å kartlegge symptomer på depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom.

Diagnostisering av depresjon er legens ansvar, og i sykepleierens behandlende funksjon ligger et ansvar for å assistere legen i den medisinske utredningen (Nortvedt & Grønseth, 2016). For at pasienten skal kunne få en korrekt utredning og behandling så må sykepleieren observere og vurdere pasientens psykiske tilstand og rapportere til ansvarlig lege (Stubberud, 2019b). Å kartlegge pasientens bekymringer og identifisere symptomer på depresjon er derfor en sykepleieroppgave.

2.3.2 Sykepleierens fagutviklende funksjon

Sykepleierens fagutviklende funksjon innebærer å holde seg faglig oppdatert, benytte kvalitetssikret, forskningsbasert kunnskap i praksis, samt å bidra til kunnskapsutvikling både i faget og blant medarbeidere. Overordnet handler det om å definere, fremme og beskytte et faglig forsvarlig og akseptabelt kvalitetsnivå i sykepleien (Holter, 2015) og ansvaret er presisert i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 1.4). Dette er også sykepleierens profesjonelle ansvar, i henhold til Helsepersonelloven (1999, § 4). Sykepleieren bør bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring, noe som kan gjøres ved å anvende, innarbeide og bidra til utvikling av ny kunnskap. En forutsetning for dette er at sykepleieren har interesse for fag og forskning, og er positiv til endringer (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Det er av sentral betydning for pasienten at kliniske vurderinger bygger på den beste tilgjengelige kunnskapen. Sykepleierens antakelser er ifølge Nortvedt og Grønseth (2016) den minst pålitelige kilden til kunnskap, og kan være en stor kilde til feilvurderinger.

Forskning på implementering av forskningsbasert kunnskap i praksis viser at implementeringsprosjekter oppleves som utfordrende, til tross for at sykepleierne opplever arbeid med endringsprosesser og kunnskapsbasert praksis som motiverende (Renolen et al., 2019; Renolen et al., 2018).

2.3.3 Juridisk rammeverk

Pasientens rettigheter under innleggelse på en medisinsk sengepost reguleres av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Specialisthelsetjenesteloven (1999). Sykepleierens plikter i arbeid på sykehus reguleres i hovedsak av Helsepersonelloven (1999) og Specialisthelsetjenesteloven (1999). Følgende presenteres et utvalg av lover som har relevans for kartlegging av depresjon på sengepost i sykehus.

Sykepleieren plikter å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, med utgangspunkt i sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Forsvarlighetsplikten er i høyeste grad styrende for sykepleierens yrkesutøvelse. Sykehuset har på sin side også en forsvarlighetsplikt og skal tilrettelegge tjenestene for at sykepleieren blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, slik at den enkelte pasient skal kunne gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Specialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2).

Sykepleierens dokumentasjonsplikt er en juridisk plikt til å innhente og nedtegne opplysninger om psykiske behov (Helsepersonelloven, 1999, § 39; Molven, 2016).

Dokumentasjonsplikten har en klar sammenheng med kravet om å yte faglig forsvarlig omsorg.

Ifølge Helsepersonelloven (1999, § 4) har sykepleieren en plikt til å “innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig”. Sykehuset har en generell plikt til å tilrettelegge for samarbeid og samhandling innad i helseforetaket, kommunen eller andre tjenesteytere (Specialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 e.). Pasienter som har behov for koordinerte helsetjenester har rett til en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5) og dersom sykehuset ser behov for en individuell plan med koordinerte tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, plikter helseforetaket å informere kommunen

om behovet, samt medvirke i arbeidet med den individuelle planen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-5).

Pasientens har en rett til medvirkning, blant annet i undersøkelses- og behandlingsmetoder, som reguleres av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1).

2.3.4 Etske hensyn ved sykepleie i spesialisthelsetjenesten

I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019) så skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og utøvelsen skal bære preg av forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert kunnskap.

Etisk pasientbehandling handler blant annet om å være bevisst på det asymmetriske maktforholdet mellom pasient og sykepleier. Pasienten er sårbar som følge av akutt og/eller kritisk sykdom, og kan mangle ressurser til å ivareta egen integritet og autonomi. I tillegg til å ivareta pasientens organfunksjoner har sykepleieren på sengepost også et ansvar for å ivareta pasientens integritet, autonomi og verdighet (Stubberud, 2019a).

Prinsippene i biomedisinsk etikk omtaler fire etiske prinsipper som er viktige for sykepleierens yrkesutøvelse. For oppgavens problemstilling er to av prinsippene av særlig betydning. Ikke skade-prinsippet handler om ikke å forårsake lidelse eller skade, og minimere lidelse der sykepleieren har flere handlingsalternativer. Velgjørenhetsprinsippet handler om at sykepleieren skal handle etter pasientens beste, på en måte som er til hjelp/nytte.

Velgjørenhetsprinsippet kompletterer ikke skade-prinsippet. Velgjørenhetsprinsippet krever aktiv handling, mens ikke skade-prinsippet er passivt (Lillemoen, 2015; Nortvedt & Grønseth, 2016).

Normativ etikk har tre dominerende moralteorier om hvordan en bør handle, hvorav to omtales i oppgaven. Konsekvensetikken er opptatt av handlingers konsekvenser, hvor målet er å skape et best mulig resultat for flest mulige av de berørte partene. Fra et pliktetisk perspektiv er en handling riktig dersom den stemmer overens med korrekte etiske prinsipper (normer) om hva som er riktig handling, uavhengig av konsekvensene. Normene inkluderer religion, retningslinjer/regler og lovverk (Nortvedt, 2016). Pliktetikken kan beskrives som “ryggraden i beskyttelsen av menneskeverdet” (Brinchmann, 2016, s. 61) og teorien representerer tradisjon og historie i sykepleieetikk (Nortvedt, 2016).

2.4 Kartlegging

I sykepleien vil kartlegging danne grunnlaget for kliniske vurderinger og beslutninger (Nortvedt & Grønseth, 2016; Rotegård et al., 2015). Hensikten er å vurdere om pasienten er deprimert. For å kartlegge bør sykepleieren ha kompetanse i kommunikasjon, observasjon og bruk av kartleggingsverktøy.

2.4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som en gjensidig prosess der et budskap skal formidles eller overføres fra en sender til en mottaker (Heyn, 2018). Kommunikasjon foregår i ethvert møte mellom sykepleier og pasient, både i samtale og ved taushet (Heyn, 2015; Travelbee, 1971/1999). Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som et virkemiddel for å etablere et menneske-til-menneske-forhold og på denne måten oppnå målet med sykepleien.

Sykepleierens evne til å formidle kunnskap, forstå pasienten og gjøre seg forstått er viktige elementer som kommer til syne gjennom kommunikasjon (Heyn, 2015). En grunnforutsetning for kommunikasjon i sykepleie er evnen til å sette individet i fokus. Dette innebærer å gi pasienten sin fulle oppmerksomhet, være fullstendig til stede i situasjonen og å være mottakelig for pasientens kommunikasjon (Travelbee, 1971/1999).

Kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting og ha empati beskrives som spesielt viktige for å kunne kartlegge pasientens behov ut ifra pasientens eget perspektiv (Eide & Eide, 2017; Heyn, 2015; Heyn, 2018). Ved å møte pasienten på en empatisk måte så kan sykepleieren bygge opp tillitt i relasjonen som igjen vil gi et godt grunnlag for god kommunikasjon. Aktiv lytting er ifølge Eide og Eide (2017, s. 118) «kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell, personorientert, motiverende og helsefremmende kommunikasjon».

Heyn (2018) beskriver viktigheten av nonverbal oppmuntring. Hvis sykepleien vender seg mot pasienten når pasienten snakker, setter seg ned og har en rolig fremtoning, forteller dette pasienten at sykepleieren har tid og prioriterer samtalen. Aktiv lytting innebærer også å observere nonverbal kommunikasjon hos pasienten, i form av ansiktsuttrykk, stemning og toneleie (Eide & Eide, 2017). Som sykepleier skal en være oppmerksom på eget språk og kroppsspråk i møte med pasienten, og være klar over at signaler som sendes kan endre budskapet som ønskes formidlet (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Studier viser at sykepleiere har en tendens til å anta hva som er pasientens bekymringer, og at disse nødvendigvis ikke samsvarer med pasientens faktiske bekymringer (Heyn, 2015). Bruk

av god, profesjonell kommunikasjon vil kunne forhindre at sykepleieren lager sine egne fortolkninger av pasientens symptomer (Heyn, 2018).

2.4.2 Kartleggingsverktøy

Standardiserte vurderingsskjemaer kan brukes som verktøy i kartleggingsarbeidet. Validerte verktøy som er utviklet basert på forskningsbasert kunnskap kan hjelpe sykepleieren i å vurdere om et problem foreligger og eventuelt problemets alvorlighetsgrad. På den måten kan verktøyet bidra til bedre beslutninger (Kirkebøen, 2013, referert i Nortvedt & Grønseth, 2016; Rotegård et al., 2015). Bruk av verktøy bidrar også til struktur i datainnsamlingen, men må ikke erstatte bruk av faglig skjønn eller være med på å flytte fokus bort fra pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Det finnes en rekke validerte verktøy for å kartlegge depresjon. Helsedirektoratet (2009) anbefaler bruk av verktøy som et supplement til det kliniske intervjuet.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) er det vurderingsverktøyet som er mest brukt av klinikere internasjonalt. Opprinnelig var verktøyet utviklet for diagnostisering av inneliggende pasienter og inneholdt, i originalversjonen (*HDRS₁₇*), 17 elementer. En nyere versjon av dette verktøyet har blitt utviklet (*HDRS₂₁*). Dette inneholder 21 elementer hvorav fire er fokusert på kategorisering av depresjonen (Hamilton, 1960).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) er et selvrapporterings skjema med 9 spørsmål som er relatert til diagnosekriteriene i DSM-IV (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999). Kriteriene i DSM-IV sammenfaller i stor grad med kriteriene i ICD-10 og treffsikkerheten har blitt rapportert til å ligge i området 80-90 % (Langkaas et al., 2020). Utfylling av skjemaet tar vanligvis noen få minutter og kan også gjennomføres i form av et klinisk intervju.

Beck Depression Inventory II (BDI-II) er et selvrapporterings skjema med 21 spørsmål relatert til depressive symptomer som anvendes for å gi en indikator på alvorlighetsgrad av depresjon (Beck et al., 1996). BDI blir ofte brukt av pasienter med hjertesykdom hvor en positiv score over eller lik ti ($BDI \geq 10$) blir assosiert med økt risiko for mortalitet hos pasienter med akutt myokardinfarkt (Bush et al., 2001; Frasure-Smith et al., 1995).

Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression (HADS-D) er et selvrapporteringsverktøy med 7 spørsmål som har blitt utviklet for å kartlegge symptomer på depresjon hos pasienter med somatisk sykdom. Somatiske symptomer på depresjon er derfor utelatt fra verktøyet (Leiknes et al., 2016).

2.4.3 Observasjonskompetanse

For at sykepleieren skal kunne gi kompetent klinisk sykepleie er god kartleggings-, vurderings- og beslutningskompetanse avgjørende (Nortvedt & Grønseth, 2016). Florence Nightingale (1997, referert i Nortvedt & Grønseth, 2016) hevder at observasjon av pasientens kliniske tilstand er den viktigste praktiske kunnskapen sykepleiere kan ha. Det gjelder både fysiske og psykiske symptomer og fenomener. Over de siste 100 årene så har maskiner i økende grad overtatt flere av sykepleierens oppgaver. Det intuitive sanseinntrykket sykepleieren har og får av en pasient og tilstanden vedkommende er i kan ikke erstattes uten videre av maskiner (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Travelbee (1999) understreker at det er *det syke mennesket* og ikke tegnene på sykdom som skal observeres. Sykepleieren må derfor ha god kunnskap og trening i å benytte alle sanser under observasjonen av pasienten. Sinnsstemninger, toneleie og ansiktsuttrykk er ordløse sanseinntrykk som sykepleieren må være oppmerksom på i møte med pasienten. Kunnskap om sykdommer og tidligere erfaringer knyttet til disse viser seg å være direkte overførbart til hvordan sykepleieren observerer, og hvilke indikatorer sykepleieren ser etter. I en kartleggingssammenheng vil det derfor være naturlig at en sykepleier med erfaring fra- eller gode kunnskaper om depresjon vil kunne tyde symptomene på depresjon i større grad enn en sykepleier som ikke har tilsvarende kunnskap eller erfaring (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 25)

3. Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor vi benytter data og resultater hentet fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å belyse og besvare oppgavens problemstilling, i tråd med Thidemann (2019) sin definisjon av litteraturstudien. Resultatet av metoden beskrives av Dalland (2020) som en litterær oppgave.

3.1 Valg av database og søkeord

Majoriteten av forskningsdataene som benyttes i denne oppgaven er hentet fra databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) da denne inneholder et bredt spekter av resultater fra sykepleiefaglig forskning og oppdateres hver måned. I tillegg så åpner søk i denne databasen for bruk av MeSH-funksjon (medical subject headings) som gir god hjelp til å identifisere relevante søkeord. Vi har også foretatt søk i PubMed og Sykepleien Forskning, men utvalgte forskningsartikler ble funnet i databasen CINAHL.

Sentrale ord og uttrykk relevante for oppgavens problemstilling ble identifisert og oversatt til engelsk for å kunne benyttes som søkeord i CINAHL. I de initielle søkene ble søkerord som «depression», «myocardial infarction», «cardiac patients» og «screening» brukt. Ved hjelp av MeSH-funksjonen i CINAHL, basert på det initielle søket, ble nye relevante søkeord foreslått fra systemet. Videre foredling av søkeord ble gjort gjennom å benytte emneord oppgitt i relevante forskningsartikler. Noen av søkene ble også spisset ytterligere ved å benytte søkeord rettet mot forskning på bruk av kartleggingsverktøy hos pasientgruppen.

Som en del av søket ble nøkkelord og MeSH kombinert for enkelte søkeord ved bruk av «OR» siden nyere artikler muligens ikke hadde rukket å bli indeksert med «subject headings».

3.2 Gjennomføring av litteratursøk og utvalgelse av forskningsartikler

Basert på resultatene fra databasesøkene så ble relevante publikasjoner identifisert ved titlene til artiklene. Deretter ble sammendragene studert og sjekket for om de fulgte IMRAD-strukturen, som er den rådende oppbygningen for forskningsartikler (International Committee of Medical Journal Editors, 2019). For relevante publikasjoner hvor IMRAD-strukturen var fulgt så ble det kontrollert om de var fagfelleurdert ved å søke på publikasjonens tidsskrift i Register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD) og Oria. Publikasjoner i tidsskrifter som var godkjent på nivå 1 og 2 hos NSD har blitt inkludert i denne litteraturstudien da dette gir en god indikasjon på tilstrekkelig kvalitet av den publiserte forskningen.

Tabell 2: Søkehistorikk

Søk nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Antall inkludert	Inkludert
1	23/11-20	CINAHL	(MH "Depression+") OR "depression" AND (MH "Myocardial Infarction+") OR (MH "Myocardial Ischemia+") OR "Heart attack" AND "screening"	Published Date: 20100101- 20201231; Research Article; Inpatients; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Language: English, Norwegian	8	1	<u>Treff nr. 4:</u> Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument
2	9/12-20	CINAHL	(MH "Depression+") AND (MH "Myocardial Infarction+") AND (MH "Nurses+")		10	1	<u>Treff nr. 5:</u> Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening?
3	5/1-21	CINAHL	(MH "Depression+") OR "depression" AND (MH "Acute Coronary Syndrome") OR "acute coronary syndrome" OR (MH "Coronary Disease+") OR (MH "Myocardial Ischemia+") OR "coronary heart disease" AND "screening" AND (MH "Nurse Attitudes")	Published Date: 20100101- 20201231	4	2	<u>Treff nr. 1:</u> Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting. <u>Treff nr. 4:</u> A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction.

3.2.1 Inklusjonskriterier

Initialt ble databasesøkene tidsbegrenset til å gjelde for artikler publisert i perioden fra og med 2015 til og med 2020 i forsøk på å fokusere på den mest oppdaterte forskningen. Resultatet fra disse søkene ga få relevante treff, slik at tidsbegrensningen ble utvidet til å gjelde fra og med 2010 til og med 2020.

I søk nummer én, hvor vi var ute etter å finne forskning om screening, satte vi en avgrensning til inneliggende pasienter. Med denne avgrensningen ble antall treff redusert fra 65 til 8. Avgrensningen ble satt fordi vi ønsket å undersøke kartlegging av depresjon i en kontekst hvor pasienten er inneliggende på sykehus. «Research article» ble også brukt som inklusjonskriterium for å utelukke artikler som ikke er definert som forskningsartikler.

3.2.2 Eksklusjonskriterier

Publiserte data fra studier som er gjennomført i Afrika, Asia, Sør-Amerika, Sentral-Amerika (inkl. Mexico) og Midtøsten er ekskludert på grunn av sosioøkonomiske og sosiokulturelle ulikheter.

3.3 Øvrig faglitteratur

Relevant faglitteratur for å bidra til å belyse ulike aspekter ved problemstillingen i denne oppgaven har blitt benyttet. I tillegg til pensumlitteratur fra sykepleieutdanningen har vi brukt noe selvvalgt litteratur for fordypning i enkelte temaer.

Sykepleie til personer med hjertesykdom av Stubberud (2016b) er brukt etter anbefaling fra fagsykepleier på en hjertemedisinsk sengepost. Vi har brukt denne boken fordi den anses som «leksikonet» for sykepleie i det aktuelle fagmiljøet. Boken brukes i hovedsak til å beskrive pasientgruppen.

Håkonsen (2014) sin *Psykologi og psykiske lidelser* har blitt brukt som supplement til pensumlitteratur om psykiske lidelser fordi denne beskriver relevant teori om krisereaksjoner. I denne boken fant vi kriseteorien til Johan Cullberg, og fordi denne teorien er relevant for å drøfte problemstillingen valgte vi å gå til anskaffelse av hans hovedverk, *Mennesker i krise og utvikling* (Cullberg, 2011).

Travelbee (1999) sin interaksjonsteori ble valgt fordi den vektlegger menneske-til-menneske-relasjonen hvor kommunikasjon har en sentral rolle. Teorien er også omtalt i annen litteratur, men for å få en dypere forståelse av teorien valgte vi å bruke primærkilden også her.

Hovedverket ble funnet gjennom søk i Oria.

Faglitteratur omtaler depresjon ulikt. Vi har valgt å benytte ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2019) som kilde til symptomer på depresjon fordi helsepersonell i Norge diagnostiserer depresjon basert på denne.

3.4 Kildekritikk

Vurdering og karakterisering av oppgaverelevant litteratur er et viktig ledd i det å gi leseren innsikt i hvilken relevans og gyldighet utvalgt litteratur har for å belyse problemstillingen (Dalland, 2020).

Ved innhenting av faglitteratur så har hovedfokus vært primærkilder fordi primærkilder inneholder den opprinnelige teksten (Dalland, 2020). En del av pensumlitteraturen vi har brukt er imidlertid sekundærkilder. Primærkildene har blitt benyttet for en dypere beskrivelse av teori og vi har underbygget hovedteori med teori beskrevet i sekundærlitteratur. I utgangspunktet så kan teori fra sekundærkilder være bearbeidet (Dalland, 2020) og man skal være oppmerksom på at forfatteren av sekundærkilden kan ha gjort sine egne tolkninger av den opprinnelige teorien. Hjertesykdom og depresjon er begge fagfelt som stadig er under utvikling. For å sikre at informasjonen i størst mulig grad er oppdatert så benyttes de seneste utgavene av fagbøkene.

Denne oppgaven handler om hvilke sykepleieintervensjoner som kan være med på å kartlegge depresjon på sengepost. Det er derfor viktig å innhente forskningsresultater som validerer metoder for kartlegging og samtidig innhente forskningsresultater som viser til sykepleierens erfaringer. Til dette har forskning utført ved hjelp av både kvantitative og kvalitative metoder blitt benyttet.

Som en del av oppgaven har forfatterne søkt etter litteratur som vil underbygge hypotesen problemstillingen er basert på. Det medfører en risiko for at utvalget av forskningslitteratur er subjektivt, noe som kan gi et mindre nyansert inntrykk av totalbildet.

3.5 Etiske vurderinger

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Oppgaven presenterer ikke informasjon eller detaljer som kan være med på å identifisere personer, av hensyn til personvern og taushetsplikt. Opplysninger som kan identifisere sykehus eller avdeling(er) er også utelatt.

4. Forskningsresultater

Den første artikkelen validerer tre selvrapporteringsverktøy for å screene depresjon på sengepost. Den andre artikkelen hevder at depresjon muligens underdiagnostiseres i pasientgruppen fordi sykepleierne ikke vet hvor hyppig depresjon forekommer. Sykepleierne var ikke fortrolige med å gjenkjenne symptomer på depresjon eller diskutere depresjon med pasienten. Færre sykepleiere enn leger anser det å sikre pasienten behandling for depresjon som en del av sin rolle. Studien konkluderer med at opplæring er nyttig for å øke kunnskap og kompetanse i å kartlegge depresjon hos pasienter etter myokardinfarkt. Den tredje artikkelen indikerer at sykepleiere underestimerer tilstedeværelse av depresjon uten bruk av kartleggingsverktøy. Den fjerde artikkelen hevder at strukturert opplæring i depresjon og bruk av et verktøy for kartlegging bidro til at sykepleierne ble i bedre stand til å identifisere symptomer på depresjon hos hjertepasienter, samt henviser de videre ved behov, uavhengig av sykepleiernes erfaringer og posisjon.

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/år	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Joanna M. Moryś, Jerzy Bellwon, Katarzyna Adamczyk, Marcin Gruchała (2016)	Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument	Kardiologia Polska 2016;74(1):53-60	Å vurdere hvilket selvrapporteringsverktøy som er best egnet for screening av depresjon hos pasienter med koronar hjertesykdom i sykehus, og i tillegg undersøke forekomsten og grad av angst og somatiske symptomer i pasientgruppen.	Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie (valideringsstudie). 120 pasienter ble rekruttert på sykehuset i forbindelse med elektiv angiografi, og om nødvendig, PCI. Studien sammenligner prevalensen av depresjon ved selvrapporteringsverktøyene med prevalensen av depresjon ved kartleggingsverktøy som administreres av klinikere.	Depressive symptomer kartlagt med de ulike verktøyene HRSD, BDI-II og PHQ-9 hadde tilsvarende resultat, mens resultatene som ble hentet inn med HADS-D skilte seg betydelig ut, ved at det i mindre grad påviste depresjon.
2	Joanne Haws, Janet Ramjeet and Richard Gray (2011)	A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after	Journal of Clinical Nursing	Å undersøke- og sammenligne sykepleieres og fastlegers holdninger til	En spørreundersøkelse ble distribuert per e-post til sykepleiere og fastleger som	Respondentene underestimerte forekomsten av depresjon i populasjonen. Sykepleierne

		myocardial infarction	2011;20(21-22):3215-3223	<p>depresjon etter myokardinfarkt: antakelser og holdninger om forekomst, betydning, diagnose og behandling for depresjon.</p> <p>I tillegg undersøker de praksisen for screening, diagnostisering og håndtering av depresjon for personer etter gjennomgått infarkt.</p>	<p>abonnerte på <i>Primary Care Cardiovascular Journal (PCCJ)</i> eller <i>British Journal of Primary Care Nursing (BJPCN)</i>. 813 responderte (106 fastleger og 707 sykepleiere).</p> <p>Undersøkelsen bestod av 27 spørsmål i fem kategorier. Spørsmålene bestod av påstander, hvor respondenten huket av på enighet i påstandene (fra 1 – uenig i stor grad, til 5 – enig i stor grad). Spørsmålene ble kvalitetssikret av en uavhengig gruppe av 10 klinikere i kardiologi-feltet.</p>	<p>underestimerte i større grad enn fastlegene (antatt forekomst var henholdsvis 20 % og 25 %, mot en reell forekomst på 45 %).</p> <p>Sykepleierne anerkjente de negative konsekvensene depresjon har for kardiovaskulær prognose, og majoriteten av hadde generelt en positiv holdning ovenfor behandlingens effektivitet/betydning.</p> <p>1 av 10 sykepleiere følte at diagnostisering var “straight forward”. 60 % av sykepleierne var ikke fortrolige med å gjenkjenne symptomer på depresjon, og 39 % var ikke komfortable med å diskutere depresjon med pasientene.</p> <p>Færre sykepleiere enn leger var enige i at det å sikre pasienten behandling for depresjon var en del av deres rolle.</p>
3	Roy C. Ziegelstein, Young Kim, David Kao, James A. Fauerbach, Brett D. Thombs, Una McCann, Jessica Colburn, David E. Bush (2005)	Can Doctors and Nurses Recognize Depression in Patients Hospitalized With an Acute Myocardial Infarction in the Absence of Formal Screening?	Psychosomatic Medicine 2005;67(3): 393-397	Å undersøke i hvilken grad sykepleiere og leger som jobber med hjertepasienter er i stand til å vurdere tilstedeværelse av symptomer på depresjon hos inneliggende pasienter med akutt hjerteinfarkt, i fravær av et kartleggingsverktøy	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>88 deltakere som tilfredsstilte kriterier for akutt MI ble rekruttert på avdelingen. En forskningsassistent screenet pasientene ved hjelp av BDI to til fem dager etter infarkt.</p> <p>Sykepleiere og leger ble så bedt om å vurdere om pasienten hadde symptomer på depresjon, basert på deres vanlige interaksjon med</p>	<p>Der sykepleier ikke brukte verktøy (BDI) ble 75 % feilaktig screenet negativ for depresjon (BDI \geq 10 ved kartlegging). 30 % ble feilaktig screenet positiv.</p> <p>Sykepleiere undervurderer depresjon hos pasienter med hjerteinfarkt når de ikke bruker skåringsverktøy.</p>

					<p>pasienten, uten å ha mottatt opplæring i depresjonsvurdering. Vurderingene ble så overført til D-VAS av den som vurderte, hvor personen skulle fastslå om pasienten trengte videre undersøkelse, og i hvilken grad pasienten var deprimert.</p>	
4	<p>Chantal F Ski, Sam Munian, John X Rolley, David R Thompson (2014)</p>	<p>Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting</p>	<p>Journal of Clinical Nursing 2014;24(1-2):235-243</p>	<p>Å evaluere sykepleieres erfaringer med et opplæringsprogram og screening- og henvisningsverktøy for depresjon hos pasienter med koronar hjertesykdom, og betydningen av kunnskap og verktøy</p>	<p>Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer av 14 sykepleiere som jobber på en hjerteavdeling, seks uker etter gjennomført kursing og opplæring.</p>	<p>Et strukturert og kortvarig opplæringsprogram om depresjon hos pasienter med koronar hjertesykdom, inkludert bruk av et kartleggingsverktøy med prosedyre for henvisning, bidro til at sykepleierne fikk økt selvtillit til å oppdage symptomer på depresjon.</p> <p>Med bruk av screeningverktøyet lærte sykepleierne å skille mellom symptomer på depresjon og naturlige reaksjoner på akutt hjertesykdom.</p> <p>Opplæringsprogrammet ga økt bevissthet om at depresjon ikke er en normal konsekvens, men en lidelse som har alvorlige konsekvenser for pasienten og behandlingsforløpet.</p> <p>Opplæringen bidro til at sykepleierne var oppmerksomme på den mulige komorbiditeten i alle pasientmøter.</p>

5. Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen «hvilke sykepleieintervensjoner på sengepost kan kartlegge depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom?» bli drøftet. Barrierer og løsninger på disse i klinisk praksis vil også bli diskutert. Utgangspunktet for drøftingen er teori, forskningsresultater, oppgavens kontekst, aktuelt lovverk og etiske føringer.

5.1 Kunnskap om depresjon hos pasienter med akutt koronarsyndrom

Forskning viser at sykepleierne i somatiske avdelinger har utfordringer med å oppdage symptomer på psykisk sykdom, og manglende kunnskap kan være en medvirkende faktor til utfordringene. Ifølge Ski et al. (2014) anser helsepersonell depresjon som en normal del av sykdomsbildet hos pasienter med koronarsykdom. En av utfordringene som identifiseres med å kartlegge depresjon hos inneliggende pasienter på en sengepost er at symptomer på krisereaksjoner som følge av akutt og kritisk sykdom gjerne overlapper med symptomene på depresjon. I tillegg kan symptomer på depresjon også ligne på symptomer på hjertesykdommen, eller bivirkninger av medikamentell behandling. På den ene siden så har sykepleieren et ansvar for å ha kunnskap om at fortvilelse, sorg og meningsløshet er vanlige følelser. På den andre siden så har sykepleieren et ansvar for å oppdage- og skille mellom normale og sykelige forandringer, noe som kan forstås som en meget krevende oppgave. En kan tenke seg til at manglende kunnskap er årsaken til at sykepleiere har utfordringer med å skille mellom en normal krisereaksjon og depresjon. Samtidig er det forståelig at skillet blir vagt når reaksjonene og symptomene i stor grad overlapper.

I tilfellene hvor helsepersonellet anser depresjon som en lidelse vil underestimering forekomme. Sykepleierne antar at 20 % av pasientene rammes av depresjon (Haws et al., 2011) når forekomsten i realiteten er opp mot 45 % (Celano & Huffman, 2011). Videre anslås det at man oppdager kun 10 % av tilfellene hvor inneliggende pasienter med AKS har depresjon (Spitzer et al., 1999, referert i Haws et al., 2011). Ziegelstein et al. (2005) hevder at depresjon muligens ikke anerkjennes som en lidelse fordi personellet som behandler pasienten er helsepersonell uten kompetanse i, eller fokus på psykisk lidelse. Dette kan tyde på at sykepleiere som jobber med den akutt koronarsyke pasienten mangler den nødvendige kunnskapen som skal til for å oppdage symptomer på depresjon. På en side så er det forventet at sykepleiere på en hjertemedisinsk sengepost først og fremst skal ha kunnskap om hjertesykdommer. Erfaringsvis vil arbeidsoppgavene til sykepleieren på sengepost i stor grad rettes mot medisinsk utredning og gjennomføring av medisinsk behandling. De kontekstuelle

forholdene medfører mange praktiske oppgaver for sykepleieren i den akutte og kritiske fasen, og det stilles store krav til sykepleierens kunnskap om medisinsk behandling, observasjon, prosedyrer og rutiner. På en annen side så bør sykepleiere på en hjertemedisinsk sengepost også ha kunnskap om depresjon, nettopp fordi forekomsten av denne lidelsen er såpass høy i pasientgruppen og at konsekvensene av en uoppdaget depresjon kan bli store.

Studien til Ziegelstein et al. (2005) viser at sykepleiere mangler selvtillit til å forstå tegn og symptomer på depresjon og at de ikke er komfortable med å diskutere depresjon med pasientene. Dette samme har Haws et al. (2011) sett i sin studie. Vi kan selv relatere til at det er ukomfortabelt å diskutere et tema hvor en ikke er fortrolig med egne kunnskaper og har erfart at økt kunnskap har gitt oss trygghet og selvtillit i slike situasjoner. Ski et al. (2014) kom frem til at målrettet opplæring bidro til at sykepleiere fikk ny selvtillit til å oppdage symptomer på depresjon og snakke med pasienter om temaet.

Et opplæringsprogram om depresjon med en varighet på to og en halv time kan bidra til at sykepleiere får kunnskap om lidelsen og samtidig anerkjenner det som en psykiatrisk sykdom, viser studien til Ski et al. (2014). Noen sykepleiere fortalte at de nå aktivt så etter symptomer på depresjon. Haws et al. (2011) viser til tilsvarende tendenser: sykepleiere som hadde fått opplæring i å oppdage depresjon i løpet av de siste fem årene var mer positive til deres ansvar i det å behandle depresjon, enn de som ikke hadde fått opplæring.

5.2 Å ta ansvar for depresjon

Det fremkommer av studien til Haws et al. (2011) at det til en viss grad er uenighet om ansvaret når det gjelder håndtering av pasientens depresjon. Færre sykepleiere enn leger anser behandling av depresjon hos pasientgruppen som en del av sin rolle. En kan tenke seg til at legens overordnede ansvar for diagnostisering og behandling er en mulig årsak til sykepleierens tanker om sin egen rolle, da legen er profesjonsutøveren som stiller diagnosen og forordner behandling. Sykepleieren har imidlertid også en behandlende funksjon, og i denne ligger det å assistere legen i medisinsk utredning og behandling, som er en stor del av sykepleierens rolle på sengeposten (Nortvedt & Grønseth, 2016). Det å innhente både somatiske, psykosomatiske og psykiske symptomer på sykdom må forstås som et ledd i diagnostisering og behandling av en eventuell depresjon. Dersom sykepleieren ikke anerkjenner et ansvar for å være delaktig i å hjelpe pasienten til å få håndtert depresjonen kan en tenke seg til at interessen for å kartlegge depresjon heller ikke er tilstrekkelig til stede, eller at sykepleierne ikke helt forstår ansvaret de har i den behandlende funksjonen. Ut ifra et

sykepleiefaglig perspektiv og i samsvar med yrkesetiske retningslinjer så må sykepleieren evne å se hele pasienten – både psyke og soma. I de tilfellene hvor sykepleieren har et ensidig medisinsk fokus ivaretar ikke sykepleieren sitt faglige ansvar (Nordtvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleieren må være klar over hvilket ansvar vedkommende har for å kunne ta sitt ansvar. Etter å ha fått opplæring om komorbiditeten og kartlegging tok sykepleiere ansvar for å få pasienten undersøkt (Ski et al., 2014). Kunnskap om komorbiditeten, inklusive diagnostisering og behandling av depresjon, kan trolig bidra til at sykepleieren får bedre forutsetninger for å forstå ansvaret som ligger i yrkesrollen.

Sykepleiere utfører pleie i henhold til prosedyrer på avdelingen (Renolen et al., 2019). Per dags dato kjenner vi ikke til at det er utarbeidet prosedyrer for henvisning til videre undersøkelse ved mistanke om depresjon. På en sengepost hvor det ikke finnes prosedyrer eller rutiner for kartlegging av depresjon, vil det være opp til den enkelte sykepleieren hvorvidt vedkommende tar ansvar for å kartlegge. Uklarheter med tanke på ansvarsfordeling og veien videre, vil kunne være til hinder for behandling ved at sykepleieren unnlater å kartlegge. Der sykepleieren ikke har prosedyrer kan det tenkes at kartleggingen som utføres ikke nødvendigvis resulterer i noe og at fokuset på kartlegging av depresjon på denne måten er demotiverende. Klare prosedyrer og rutiner for ansvarsfordeling, og henvisning kan være en løsning som bidrar til at sykepleieren anerkjenner sitt ansvar og tar det.

Noe som diskuteres i flere studier er hvilken kontekst som er best egnet for å kartlegge depresjon, hvor poliklinisk oppfølgingssamtale, hjerterehabiliteringsprogram og primærhelsetjenesten nevnes som alternativer. Pasienter som har gjennomgått behandling for AKS får tilbud om poliklinisk oppfølgingssamtale og hjerterehabilitering i etterkant av sykehusoppholdet. Vi ser at det kanskje vil være enklere å kartlegge depresjon i disse kontekstene fordi man kan avsette mer tid til temaet. Disse tilbudene er imidlertid valgfrie, og sykepleier på sengepost bør derfor ikke regne med at pasienten får oppfølgingen på et senere tidspunkt. Vi har flere ganger hørt utsagnene «det kan fastlegen ta seg av» og «dette gjør ikke vi noe med her» der psykisk helse er et tema i samtale mellom helsepersonell, noe som for oss oppleves som ansvarsfraskrivelse. Sykepleieren har et personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 1). Pasienter med depresjon har dessuten mindre insentiver til å delta på valgfrie tilbud (Ziegelstein et al., 2000). Pasienten med depresjon kan mangle ressurser til å mobilisere kreftene som er nødvendige for å mestre livet med den nye sykdommen og vil derfor ha dårligere prognose i etterkant av behandling for

AKS (Lichtman et al., 2008). Oppdagelse av depresjon før utskrivelse fra sengepost vil kunne bidra til at pasienten får behandling for depresjonen kort tid etter at AKS er diagnostisert, noe som kan bedre pasientens prognose. En annen fordel med kartlegging i spesialisthelsetjenesten er at sykepleieren har anledning til å rette oppmerksomhet mot de barrierene en depresjon medfører for etterlevelse av behandling for AKS (Berge et al., 2019). Et viktig moment er at en ikke nødvendigvis må kartlegge i den ene *eller* den andre tjenesten. Ved å kartlegge i flere ledd av helsetjenesten øker sannsynligheten for å oppdage depresjon hos pasienter som lider av det. Det ville også kunne øke sannsynligheten for samordnet behandling (Celano et al., 2016, referert i Berge et al., 2019), men trolig forutsetter dette at de ulike tjenestenivåene og aktørene samhandler i utgangspunktet.

5.3 Praktisk utførelse av kartlegging

Kartlegging kan utføres gjennom samtale eller ved bruk av kartleggingsverktøy.

5.3.1 Kartlegging gjennom samtale

Samtale er én metode som sykepleier kan benytte for å kartlegge depresjon. Sykepleieren kan bruke kommunikasjonsferdigheter som inngår i aktiv lytting. Travelbee (1999) beskriver at sykepleierens evne til å sette pasienten i fokus er en grunnforutsetning for kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Den mellommenneskelige kommunikasjonen er virkemiddelet for å oppnå mål med sykepleien, som i denne sammenheng vil være å kartlegge om pasienten har symptomer på depresjon.

Samtale med bruk av aktiv lytting vil bidra til pasientmedvirkning ved at pasienten får velge hva vedkommende vil dele. Gjennom å stille åpne spørsmål som “hvordan har du det, egentlig?” åpner sykepleieren opp for at pasienten kan velge å snakke om vanskelige følelser og tanker ettersom hva pasienten anser som viktig. Åpenhet fra pasienten krever at sykepleieren og pasienten har etablert et tillitsforhold (Eide & Eide, 2017). Den korte liggetiden er en faktor som kan utfordre etablering av tillitsforholdet i konteksten. På én side så har sykepleieren og pasienten lite tid til å bli kjent. Om sykepleieren har ansvar for fire til seks pasienter og viser tegn til at tid er en ressursmangel, kan sykepleierens effektivitet oppleves som avvisende og lite empatisk. På en annen side kan en argumentere imot at tid er avgjørende for å oppnå et tillitsforhold. Noe som er viktigere enn hvor mye tid sykepleieren har, er hvilke holdninger sykepleieren utstråler i den tiden sykepleieren er til stede hos pasienten. Aktiv tilstedeværelse med oppmerksomhet rettet mot pasienten og utstråling av

interesse for pasientens velbefinnende kan bidra til at pasienten får tillit til sykepleieren (Eide & Eide, 2017; Heyn, 2018).

En annen ferdighet som inngår i aktiv lytting er å observere nonverbale tegn som stemmeleie og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2017). Pasienten kan si “det går bra,” men samtidig ha tårer i øynene og en spak stemme. Disse nonverbale uttrykkene kan gi informasjon om pasientens sinnsstemning som sykepleieren ikke hadde fått med seg gjennom et skjema. Den korte liggetiden kan begrense sykepleierens muligheter til å få kjennskap til pasientens habituelle tilstand og dermed identifisere forandringer i sinnsstemning. Dersom sykepleieren har god observasjonskompetanse, med særlig fokus på sanseintrykk som presentert i kapittel 2.4.3, kan vedkommende allikevel kunne identifisere symptomer på depresjon til tross for kort liggetid.

Fordi kommunikasjon er en gjensidig prosess er det risiko for støy ved koding og dekodning av budskapet i meldingen (Heyn, 2018). Inkongruens, i form av at sykepleieren formidler holdninger og stemninger som ikke samsvarer med innholdet i verbal kommunikasjon, er en viktig kilde til støy i formidling og fortolkning av budskapet (Eide & Eide, 2017). Det stiller krav til mental tilstedeværelse fra sykepleieren slik at vedkommende er i stand til å oppfatte og formidle informasjon, samt følge den opp. Sykepleieren må være lydhør når pasienten åpner seg opp om utfordringer av psykisk karakter, fordi pasienten har en tanke om at sykepleieren har kunnskap og kompetanse til å gi pasienten den hjelpen vedkommende har behov for. Det oppstår da en skjev maktfordeling mellom pasienten og sykepleieren, hvor sykepleieren kan velge å hjelpe pasienten eller unnlate å gi hjelp (Eide & Eide, 2017; Stubberud, 2019a). Pasienten er i en sårbar situasjon og sykepleieren har et faglig og etisk ansvar for å ivareta pasientens verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Fra pasientens perspektiv kan miljøet dessuten innvirke på hvordan pasienten kommuniserer sine symptomer til sykepleieren (Nortvedt & Grønseth, 2016). En kan tenke seg til at det er utfordrende å formidle sine bekymringer og svare ærlig på spørsmål vedrørende psykiske utfordringer i et flermannsrom. Det å snakke om psykiske utfordringer viser seg imidlertid å være en utfordring også i primærhelsetjenesten, til tross for at helsekontakten er i en privat setting. Halvparten av alle som er deprimerte oppsøker ikke lege, og de som oppsøker lege, presenterer heller somatiske plager (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007, referert i Helsedirektoratet, 2009). Andre studier viser også at depresjon ofte overses i primærhelsetjenesten (Olsson, 2006; Tylee & Walters, 2007, referert i Helsedirektoratet,

2009). En kan derfor ikke overlate ansvaret til primærhelsetjenesten med begrunnelsen at miljøet er bedre egnet.

Ziegelstein et al. (2005) har funnet at sykepleierne gjorde feilaktige vurderinger da de skulle gjenkjenne symptomer på depresjon uten formell screening, men heller basert på normal, dagligdags interaksjon med pasientene. I 75 % av tilfellene hvor pasienten scoret positivt for depresjon på BDI så vurderte sykepleierne at pasienten ikke hadde symptomer. De vurderte også at 31 % hadde behov for videre undersøkelser i tilfeller hvor pasienten ikke scoret positivt på depresjon ved bruk av BDI. Funnene kan vitne om at effektiv kommunikasjon stiller sterke krav til sykepleierens kunnskaper og ferdigheter.

Bruk av ferdigheter som inngår i aktiv lytting er en tilnærming for å kartlegge depresjon gjennom samtale. Tid og miljø er kontekstuelle faktorer som kan utfordre kartleggingen. Utfordringene kan løses med kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om psykiske reaksjoner på akutt og kritisk sykdom, om depresjon, og observasjonskompetanse.

5.3.2 Bruk av kartleggingsverktøy

Bruk av kartleggingsverktøy for screening av depresjon bedrer utfallet av depresjonen, viser en meta-analyse (Pignone et al., 2002, referert i Haws et al., 2011). American Heart Association anbefaler selvrapporteringsverktøyene PHQ-9 og kortversjonen PHQ-2 for screening av depresjon ved samtidig hjertesykdom (Lichtman et al., 2008). Morys et al. (2016) har validert PHQ-9 og BDI-II for screening av depresjon hos inneliggende pasienter med koronar hjertesykdom. Resultatene fra kartlegging med disse samsvarer i stor grad med resultatene fra kartlegging utført av kliniker ved bruk av HRSD. En svakhet med studien er at de har kartlagt personer med stabil koronarsykdom. Pasientene er imidlertid innlagt for å gjennomgå elektiv koronar angiografi og eventuelt PCI, og i norsk sammenheng vil disse pasientene være pasienter diagnostisert med UAP. Pasienter som blir innlagt elektivt kan muligens bære mindre preg av krisereaksjon enn pasienter som blir innlagt akutt.

Kartleggingsverktøyene spør om tilstedeværelse av symptomer i løpet av de siste to ukene. Dette tidsperspektivet gjør det lettere å skille mellom de som har en krisereaksjon og de som muligens har en depresjon, fordi pasienten ikke skal svare med utgangspunkt i hva de føler der og da. Dette kan imidlertid ikke garantere for at pasienten svarer for de siste to ukene ettersom den nåværende situasjonen kan ha innvirkning på pasientens oppfatning om de siste to ukene. Det er derfor viktig at sykepleieren gir god veiledning i utfylling av selvrapporteringsverktøyene.

Kartlegging gjennom selvrapporteringsverktøy kan bidra til pasientmedvirkning ved at pasienten selv får definere hva som er viktig for den enkelte. Det er utarbeidet objektive parametere for å stille en depresjonsdiagnose, men det er vel så interessant om pasienten vurderer tilstanden sin likt som klinikerens. Derfor kan selvrapporteringsverktøy som er validert mot et klinikerverktøy være gode alternativer. Medvirkningen kan imidlertid utfordres av faktorer rundt pasienten og medføre at pasienten overlatt svarer feilaktig. Dersom pasienten må fylle ut skjemaet mens sykepleieren observerer kan pasienten påvirkes av sosiale forventninger, viser studien til Bowling (2005). Sykepleierens holdning til selve verktøyet og/eller kartleggingen kan også påvirke pasientens besvarelser. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne holdninger og hvordan vedkommende kommuniserer hensikten med kartleggingen (Eide & Eide, 2017).

Det hektiske miljøet på en hjerteavdeling er en faktor som bidrar til at kartlegging av depresjon hos hjertepasienter er komplekst (Ski et al., 2014). Miljøet er travelt og faglig krevende fordi pasienten oppholder seg i avdelingen i kort tid. Krav til helsetjenestens behandlingseffektivitet og rasjonalisering har medført at pasientene har kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten og at behandlingen rettes mot innleggelsesårsaken (Stubberud, 2016a). Sykepleieren må utføre en rekke observasjoner, vurderinger og intervensjoner for å sikre best mulig utfall av pasientbehandlingene. En vanlig oppfatning er at i de tilfellene der sykehusinnleggelsen varer i noen få dager så kan det å kartlegge for depresjon anses som tidskonsumerende (Ziegelstein et al., 2005). En kan argumentere for at konteksten er passende fordi sykepleierne i høy grad er engasjert i behandlingen av pasienten og dermed i perfekt posisjon for å kunne kartlegge depresjon (Ski et al., 2014). Flere av de anbefalte verktøyene tar dessuten kort tid å fylle ut og ved selvrapportering tar det desto kortere tid for sykepleieren, ettersom vedkommende ikke behøver å være til stede under utfyllingen.

5.4 Kartlegge eller ikke kartlegge – en etisk utfordring

Sykepleierens yrkesutøvelse styres i stor grad av hvilke plikter vi har. Pliktene bestemmes av lovverk, retningslinjer på arbeidsteden, yrkesetiske retningslinjer og normer i samfunnet for øvrig. Overordnet skal sykepleieren utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4), og sykepleieren plikter å gjøre vel og ikke skade (Lillemoen, 2015).

En kan stille spørsmål om det er etisk riktig at sykepleieren aktivt skal se etter symptomer på et potensielt nytt problem (depresjon). Det å få en psykiatrisk diagnose kan oppleves

annerledes enn å bli diagnostisert med en somatisk diagnose. Forklaringen kan illustreres med et eksempel: Diagnosen myokardinfarkt er organspesifikk – det er hjertet som er sykt og skaper utfordringer for pasienten. Når pasienten får en psykiatrisk diagnose er det “selvet” som er det abnorme. Det å få beskjed om at noe fysisk ved deg er sykt vil derfor kunne oppleves annerledes enn å få beskjed om sykdom som påvirker og rokker ved din identitet. Depresjon omtales som en sykdom som medfører mye lidelse for pasienten (Håkonsen, 2014). Pasienter med psykiske lidelser opplever i tillegg stigmatisering fra mange deler av samfunnet, også fra helsepersonell (Gullslett et al., 2014), noe som kan medføre ytterligere lidelse for den berørte pasienten. På én side så kan en tenke at det å se etter symptomer på psykisk sykdom i tillegg til den somatiske kan påføre pasienten ytterligere lidelse. En stigmatiserende holdning fra sykepleieren kan medføre at sykepleieren unnlater å bringe temaet på banen, hvor intensjonen er å gjøre vel og ikke skade, i tråd med velgjøringsprinsippet og ikke-skade-prinsippet. På en annen side så vet en at det potensielle problemet har enorme konsekvenser dersom det går hen uoppdaget og forblir ubehandlet (Lichtman et al., 2014). Forskning viser at en positiv score på depresjon ikke er en forbigående krisereaksjon (Ski et al., 2017; Worcester et al., 2019). Da vil det å unnlate å kartlegge depresjon potensielt være skadelig, og ut ifra et konsekvensetisk perspektiv kan det derfor diskuteres at en problemorientert tilnærming er nyttig. En pliktetisk tilnærming vil derimot ikke ta hensyn til konsekvensene og dermed blir det en vesentlig forskjell mellom «å gjøre» og «la skje». En er altså forpliktet til ikke å utføre handlinger som skader eller krenker en person, men ikke forpliktet til ikke å la noen bli skadet eller krenket. Holdninger om psykisk sykdom vil variere mellom hver enkelt sykepleier, og plikten til ikke å krenke deretter. I tillegg til at konsekvensetikken er opptatt av konsekvenser, skilles det ikke mellom indirekte og direkte ansvar for konsekvenser som følge av handling i yrkesutøvelsen (Nortvedt, 2016). Med indirekte ansvar menes ansvar for unnlattelse av handling. Dette perspektivet stiller store krav til sykepleierens evne til å ha oversikt i sin utøvelse. Fra et konsekvensetisk perspektiv kan det argumenteres for at det vil være uforsvarlig ikke å se etter symptomer på depresjon dersom en unnlater å kartlegge. Sykepleieren kan i praksis ikke bare ta hensyn til én moralteori, men må basere yrkesutøvelsen på en kombinasjon av flere etiske hensyn. Depresjonens konsekvenser og sykepleierens plikt til forsvarlig og helhetlig omsorg kan begrunne at det å kartlegge depresjon er riktig handling.

5.5 Å benytte forskningsbasert kunnskap i praksis

Sykepleieren plikter å opptre i samsvar med lovbestemte krav og faglige normer, i tråd med kravet om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Kunnskap kan hevdes å være en forutsetning for å oppfylle plikten om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. En kan imidlertid ikke forvente at alle sykepleiere på en hjertemedisinsk sengepost skal ha dybdekunnskap om AKS og depresjon. Kravet om faglig forsvarlighet er relativt med hensyn til sykepleierens kvalifikasjoner og Helsedirektoratet (2018) presiserer at det skilles mellom formelle og reelle kvalifikasjoner, hvor reelle kvalifikasjoner avhenger av erfaring. En kan dermed ikke forvente det samme av en nyutdannet som av en erfaren eller spesialutdannet sykepleier. Uavhengig av erfaring og kunnskapsnivå, er hver enkelt sykepleier forpliktet til å holde seg faglig oppdatert og bidra til praksisutvikling i eget fagfelt (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 1.4). Ved å holde seg faglig oppdatert kan sykepleieren bidra til å oppfylle plikten om faglig forsvarlighet.

I forsvarlighetskravet foreligger det en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges (Helsedirektoratet, 2018). Selv om Helsedirektoratet (2009) anbefaler screening av inneliggende pasienter med hjertesykdom så utføres ikke dette rutinemessig i dagens praksis. Ifølge Renolen et al. (2019) verdsetter sykepleiere muligheten til å jobbe med forskningsbasert kunnskap og kvalitetsforbedring som er relevant for praksisen, men synes det er vanskelig å integrere kunnskapen i arbeidshverdagen. En årsak kan være følelsen av manglende makt til å endre praksisen på arbeidststedet basert på en ny retningslinje eller ny evidensbasert kunnskap (Renolen et al., 2019). Mangel på forskningsbasert kunnskap rundt fasilitering av en screeningprosess kan ifølge Ski et al. (2014) være en årsak til at vi per i dag ikke har rutiner for screening og henvisning. En konsekvens av dette kan være at depresjon blir underdiagnostisert, og i de tilfellene hvor depresjon oppdages så er dette tilfeldig og avhenger av hvilken sykepleier pasienten møter, og hvilke kunnskaper og kvalifikasjoner denne sykepleieren har. Ved bruk av verktøy så behøver sykepleieren ikke nødvendigvis ha all kunnskap om depresjon og depresjonssymptomer for å kunne kartlegge depresjon, men kjennskap kan være tilstrekkelig.

6. Avslutning

Oppgaven har hatt som mål å identifisere og diskutere et utvalg av sykepleiefaglige intervensjoner som kan kartlegge depresjon hos pasienter med AKS på en sengepost, samt belyse muligheter og utfordringer ved denne kartleggingen.

Kartlegging gjennom samtale med bruk av ferdigheter i aktiv lytting har fordelen at pasienten kan dele informasjon som vedkommende anser som viktig, men fordrer kommunikasjonsferdigheter på et høyt nivå, samt mye kunnskap om depresjon. Ved bruk av et validert verktøy behøver sykepleieren ikke nødvendigvis ha all kunnskap om depresjon og depresjonssymptomer for å kunne kartlegge; kjennskap kan være tilstrekkelig. Bruk av verktøy vil trolig være et foretrukket alternativ fordi identifisering av depresjon blir mindre tilfeldig ut fra kvalifikasjonene til sykepleieren som har ansvar for pasienten. Vi har flere verktøy som er egnet og validert for pasientgruppen. Forskning på fasilitering av screeningprosessen er en mulig årsak til at kartlegging enda ikke utføres rutinemessig.

Kunnskap om komorbiditeten viser seg å være en viktig forutsetning for å kunne kartlegge depresjon. Målrettet opplæring viser seg å bidra til at sykepleierne anerkjenner depresjon som en lidelse og får fokus på kartlegging. Opplevelse av ansvar er en annen forutsetning. Sykepleieren må se kartleggingen som et ledd i utredning og behandling for å utøve helhetlig sykepleie. Spesifisering av ansvarsfordeling i det aktuelle kartleggingsarbeidet er en mulig løsning. Hvorvidt sykepleieren aktivt skal se etter symptomer på et potensielt nytt problem som kan medføre ytterligere lidelse er en etisk problemstilling som har blitt drøftet ut fra ulike etiske perspektiver og teorier. Depresjonens konsekvenser og sykepleierens plikt til forsvarlig og helhetlig omsorg kan begrunne at det å kartlegge depresjon er riktig handling.

Referanseliste

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Berge, T., Bull-Hansen, B., Solberg, E. E., Heyerdahl, E. R., Jørgensen, K. N., Vinge, L. E., Aarønæs, M., Øie, E. & Hyldmo, I. (2019). Screening for symptomer på depresjon og angst ved en hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0570>
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27(3), 281-291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi031>
- Brinchmann, B. S. (2016). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 55-66). Gyldendal akademisk.
- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H. & Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, 88(4), 337-341. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(01\)01675-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(01)01675-7)
- Celano, C. M. & Huffman, J. C. (2011). Depression and Cardiac Disease: A Review. *Cardiology in Review*, 19(3), 130-142. <https://doi.org/10.1097/CRD.0b013e31820e8106>
- Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling : en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229-280). Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>

- Frasure-Smith, N., Lespérance, F. o. & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91(4), 999-1005.
<https://doi.org/10.1161/01.CIR.91.4.999>
- Fønhus, M. (2019, januar). *Screening*. Cochrane Norway.
<https://www.cochrane.no/nb/screening>
- Gullslett, M. K., Kim, H. S. & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*, 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03828.x>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561).
<https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2018, 28. juni). § 4. *Forsvarlighet* Helsedirektoratet. Hentet 10. mars fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm akademisk.
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Gyldendal akademisk
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

- International Committee of Medical Journal Editors. (2019, Desember). *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*. Hentet 15. januar fra <http://www.icmje.org/recommendations/>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Langkaas, T. F., Rognan, E. & Johnson, S. U. (2020). En innføring i depresjonsvurdering med PHQ-9. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8jwc7>
- Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K. & Siqveland, J. (2016). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2016/maleegenskaper-ved-den-norske-versj/>
- Lichtman, J. H., Bigger Jr, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F. o., Mark, D. B., Sheps, D. S., Taylor, C. B. & 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. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., Freedland, K. E., Jaffe, A. S., Leifheit-Limson, E. C., Sheps, D. S., Vaccarino, V. & Wulsin, L. (2014). Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. *Circulation*, 129(12), 1350-1369. <https://doi.org/doi:10.1161/CIR.0000000000000019>
- Lillemoen, L. (2015). Etik i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 297-338). Cappelen Damm akademisk.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.
- Moryś, J. M., Bellwon, J., Adamczyk, K. & Gruchała, M. (2016). Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. *Kardiologia Polska*, 74(1), 53-60. <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0116>

- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., van der Worp, H. B., van Dis, I., Verschuren, W. M. M., Binno, A. C. S., De Backer, G., Roffi, M., Aboyans, V., Bachl, N., Bueno, H., Carerj, S., Cho, L., Cox, J., De Sutter, J., Egidi, G., Fisher, M., Fitzsimons, D., Franco, O. H., Guenoun, M., Jennings, C., Jug, B., Kirchhof, P., Kotseva, K., Lip, G. Y., Mach, F., Mancina, G., Bermudo, F. M., Mezzani, A., Niessner, A., Ponikowski, P., Rauch, B., Rydén, L., Stauder, A., Turc, G., Wiklund, O., Windecker, S. & Zamorano, J. L. (2020). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(11), NP1-NP96.
<https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
- Renolen, Å., Hjälmhult, E., Høye, S., Danbolt, L. J. & Kirkevold, M. (2019). Evidence-based practice integration in hospital wards—The complexities and challenges in achieving evidence-based practice in clinical nursing. *Nursing open*, 6(3), 815-823.
<https://doi.org/10.1002/nop2.259>
- Renolen, Å., Høye, S., Hjälmhult, E., Danbolt, L. J. & Kirkevold, M. (2018). “Keeping on track”—Hospital nurses’ struggles with maintaining workflow while seeking to integrate evidence-based practice into their daily work: A grounded theory study.

- International Journal of Nursing Studies*, 77, 179-188.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.006>
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 244-268). Cappelen Damm akademisk.
- Ski, C. F., Munian, S., Rolley, J. X. & Thompson, D. R. (2014). Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 235-243.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12703>
- Ski, C. F., Worrall-Carter, L., Cameron, J., Castle, D. J., Rahman, M. A. & Thompson, D. R. (2017). Depression screening and referral in cardiac wards: A 12-month patient trajectory. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(2), 157-166.
<https://doi.org/10.1177/1474515115583617>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Group, P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Stubberud, D.-G. (2016a). Hjertesykdom – en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016b). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019a). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 78-119). Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1971)
- Verdens helseorganisasjon. (2019). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>
- Worcester, M. U., Goble, A. J., Elliott, P. C., Froelicher, E. S., Murphy, B. M., Beauchamp, A. J., Jelinek, M. V. & Hare, D. L. (2019). Mild depression predicts long-term mortality after acute myocardial infarction: a 25-year follow-up. *Heart, Lung and Circulation*, 28(12), 1812-1818. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.11.013>
- Ziegelstein, R. C., Fauerbach, J. A., Stevens, S. S., Romanelli, J., Richter, D. P. & Bush, D. E. (2000). Patients With Depression Are Less Likely to Follow Recommendations to Reduce Cardiac Risk During Recovery From a Myocardial Infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1818-1823. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.12.1818>
- Ziegelstein, R. C., Kim, S. Y., Kao, D., Fauerbach, J. A., Thombs, B. D., McCann, U., Colburn, J. & 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. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000160475.38930.8d>