



Sluttrapport

Sykdom i kroppen – plager i sjelen: forebygging av depressive plager og angstplager ved hjertesykdom

Søkerorganisasjon: Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke

Virksomhetsområde: Forebygging

Prosjektnummer 79721

Prosjektleder: Psykologspesialist Ingrid Hyldmo

Bakgrunn og mål for prosjektet

Depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom og har negative konsekvenser for livskvalitet, arbeidsførhet og evne til etterlevelse av medisinsk behandling. Derfor anbefaler helsemyndighetene kartlegging av depresjon i denne pasientgruppen. Også angstplager kan svekke rehabilitering, med angst for fysisk aktivitet og vedvarende bekymringsangst som hemmer livsutfoldelsen. Pasienter i behandling for hjerte- og karsykdom ved Diakonhjemmet Sykehus er i dette prosjektet blitt kartlagt for depressive plager og angstplager, og de som er identifisert som å ha depressive plager eller angstplager, har mottatt rådgivningssamtale med psykolog. Det er også blitt lagt vekt på formidling av behandlingsrelevant informasjon til fastlege og kardiolog. Studien har prøvd ut enkle og effektive metoder for screening, kartlegging og rådgivning som lar seg implementere i en hektisk sykehushverdag.

Bakgrunn

Depresjon kjennetegnes ved nedstemthet, mangel på energi, søvnevansker, irritabilitet og smerter. En strøm av grubling og bekymring bidrar til handlingslammelse og ubesluttsomhet. Depresjon er altså det siste man trenger som hjertesyk. Men hjertesykdom gir økt risiko for å få depressive plager, med alvorlige konsekvenser for den syke. Dessuten rammes mange personer med hjertesykdom av angstplager. Det er viktig at man i helsevesenet makter å identifisere og iverksette tiltak ved psykiske plager ved hjertesykdom.

Det er et konsistent funn at depresjon forekommer langt oftere blant somatisk syke enn i den friske befolkningen, anslagsvis to til tre ganger høyere (Cohen, Edmondson & Kronish, 2015; Creed & Dickens, 2007; Dhar & Barton, 2016). Studier ved somatiske sykehus tyder på at 15–20 % av pasienter med hjerteinfarkt har en depressiv lidelse etter diagnostiske kriterier, mens enda flere har et økt nivå av depressive plager. Samme forekomst er rapportert hos innlagte pasienter med andre former for hjertesykdom (Lichtman et al., 2014). Også blant pasienter i poliklinisk behandling er forekomsten klart høyere enn hos personer uten hjerte- og karsykdom. En amerikansk studie av 30 000 voksne fant en 12-måneders forekomst på 9,3 prosent hos pasienter med hjerte- og karsykdom og 4,8 prosent hos dem uten samtidig somatisk lidelse (Egede, 2007).

I en gjennomgang av nær 150 000 pasienter som deltok i 54 observasjonsstudier, fant man at depresjon forutsa en episode med hjertesykdom hos pasienter som tidligere ikke har hatt

hjertesykdom så vel som nye episoder for pasienter med hjertesykdom, og at det var en fordoblet risiko for betydelige negative konsekvenser av en episode (Nicholson et al., 2006).

I rapporten *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2009) fremgår det at depresjon er en nesten like sterk risikofaktor for død som røyking, særlig ved hjerte- og karlidelser og infeksjonssykdommer. I rapporten pekes det på tre mulige mekanismer. For det første røyker deprimerte pasienter mer enn befolkningen ellers, de drikker mer alkohol, trener mindre og har dårligere kosthold. For det andre er det en høy samsykelighet mellom depresjon og hjertesykdom: Man kan bli deprimert som følge av belastninger ved sykdom, men depresjon øker også risikoen for hjertesykdom – den negative påvirkningen går altså begge veier. For det tredje kan det foreligge en negativ samspillseffekt som i seg selv øker dødelighet ved depresjon og hjertesykdom, ved at kroppens motstandskraft svekkes.

Pasienter med hjerte- og karsykdom og samtidig depresjon har tre ganger redusert etterlevelse av anbefalt medisinsk behandling (DiMatteo et al., 2000). Det innebærer redusert helse og livskvalitet, økte økonomiske utgifter og i verste fall forkortet livsløp. For helsevesenet medfører det flere konsultasjoner, lengre innleggelser og flere reinnleggelser. Depresjon er en viktig årsak til økt sykefravær ved somatisk sykdom og kan være den avgjørende tilleggsbelastningen som skyver personen ut av arbeidslivet (Henderson et al., 2011; Soderman et al., 2003).

Over en firedel pasienter med hjertesykdom har angstplager, og kombinert hjertesykdom og angstlidelse blitt knyttet til økt risiko for hjertesykdom (Janszky et al., 2010; Roest et al., 2010).

Kartlegging og hjelpetiltak

I tråd med American Heart Association (Lichtman et al., 2014) og en rekke europeiske retningslinjer (Graham et al., 2007) anbefaler Helsedirektoratet (2009) rutiner for kartlegging av og hjelpetiltak ved depresjon. Ved å identifisere depresjon og/eller angstlidelse kan pasienten tilbys rådgivning om forebyggende tiltak, og eventuelt oppfølging med medikamentell eller psykologisk behandling. En slik identifisering kan også gi utgangspunkt for samordnede tiltak mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, spesielt mellom fastlege og kardiolog (Cohen et al., 2015). Det er utviklet former for veiledet selvhjelp og

rådgivning for depressive plager og angstplager ved samtidig somatisk sykdom (Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2014; Berge & Repål, 2012; Nordgreen, Fjerstad & Havik, 2014).

Mål

Det er behov for å hente inn erfaringer fra klinisk praksis om hvordan man kan implementere screening for depressive plager og angstplager på en god måte. Det er ubesvarte spørsmål om hvordan screening optimalt bør skje, hva som er suksessfaktorer for god implementering, når i sykdomsforløpet den eventuelt bør foregå, om den bør være i spesialist- og /eller primærhelsetjenesten og hvordan pasientene følges opp etter screening. Det er et tankekors at selv om en rekke lands helsemyndigheter i mange år har anbefalt screening, er det få eksempler på at slike prosedyrer er gjennomført i praksis.

Prosjektet har vært rettet inn mot å prøve ut enkle metoder for screening, kartlegging og rådgivning for pasienter med hjerte- og karsykdom som har depressive plager og angstplager. Vi har laget en modell for screening, og for oppfølgende kartlegging og rådgivning for de som er i risikogruppen. Vi har evaluert denne prosedyren i sykehusets polikliniske oppfølging av pasienter som har vært innlagt på grunn av hjertesykdom.

Pasienter som er i behandling ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus på grunn av hjerte- og karsykdom er i prosjektet blitt screenet for depresjon og angstlidelser. Pasienter som var i risikozonen for å utvikle psykiske plager ble kontaktet fire uker etter utskrivelse for en samtale om forebygging av og tiltak ved slike vansker.

Prosjektet bygger på erfaringer fra et tidligere prosjekt hvor hjerteteamet på Hjerte- lungeposten ved sykehuset gjennomførte screening og kartlegging av depresjon hos pasienter som var innlagt grunnet hjertesykdom (Berge et al., 2017). Prosjektet er fremlagt Regional etisk komité (REK Sør-Øst, ref.nr. 2016/1137) og vurdert som en del av sykehusets kvalitetssikring, slik at godkjenning ikke var nødvendig. Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus (ref. 2016/16558). Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle pasienter.

Prosjektmedarbeidere

Styringsgruppen for prosjektet har bestått av psykologspesialist ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken Ingrid Hyldmo; fagutviklingsrådgiver og psykologspesialist Torkil

Berge; psykolog ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken Else Resser Heyerdahl; seksjonsoverlege Medisinsk avdeling Erik Øie; enhetsleder Hjertemedisinsk sengepost Jorun Vego; Enhetsleder Hjertemedisinsk poliklinikk Rita Johansen Haga; sykepleier ved Hjertemedisinsk poliklinikk Anne Stormyr Eirheim; Landsforeningen for hjerte- og Lungesyke ved Bent Lidfors; lege Bente Bull-Hansen, Enhet for kunnskapsutvikling, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus; representant sykehusets Brukerutvalg, Liv Hopen. Forskningsveiledere er Professor Arnstein Finset, avdeling for medisinsk atferdsvitenskap og forsker Kjetil Jørgensen ved Enhet for Kunnskapsutvikling, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

Metode

Prosjektet ble utført ved Medisinsk avdeling og Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT), Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, i perioden 2.1.2017–28.6.2017. Pasientene ble rekruttert enten fra medisinsk poliklinikk eller sengepost. I alt 232 pasienter over 18 år med hoveddiagnose hjerteklaffefeil, takyarytmi, hjerteinfarkt eller hjertesvikt samtykket til å delta. Pasienter med kjent alvorlig psykisk lidelse, kjente alvorlige rusmiddelproblemer, pasienter som ikke kunne lese og/eller forstå norsk, eller med manglende samtykkekompetanse, ble ekskludert.

Prosjektet besto av en screeningdel, en oppfølgende kartlegging ved psykolog, og rådgivningssamtaler med psykolog for pasienter som ble identifisert å ha symptomer på angst og eller depresjon og som ønsket samtale med psykolog. Pasienter rekruttert fra poliklinikk ble umiddelbart screenet med fem spørsmål stilt muntlig av kardiolog i forbindelse med poliklinisk time (se ramme 1). Fire av avdelingens kardiologer deltok i tillegg til LIS-leger og sykepleiere på hjertesvikt-poliklinikk. Inneliggende pasienter fra medisinsk avdeling signerte samtykke under innleggelse og ble deretter oppringt av psykolog og screenet med de samme fem spørsmålene som pasientene i poliklinikk (PHQ-2, GAD-2 og et tilleggsspørsmål om panikkanfall) over telefon en måned etter utskrivelse. Pasienter som skåret over satt grenseverdi for symptomer på angstplager og/eller depressive plager på screeningen, fikk alle tilbud om videre kartlegging av psykolog. Denne foregikk over telefon og besto av et klinisk intervju og utfylling av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Ved skår over grenseverdi på HADS og etter ønske fra pasienten selv, ble pasienten tilbudt videre rådgivningssamtaler med en av tre psykologer tilknyttet sykehusets Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT).

Ramme 1. Screening av depressive plager (PHQ-2) og angstplager (GAD-2)

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

1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet
3. Følt deg nervøs, engstelig eller på tuppet
4. Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine

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

Tilleggsspørsmål om panikkangst:

5. Har du i løpet av de siste fire ukene hatt et angstanfall (plutselig følelse av panikk)?
(Svaralternativ Ja / Nei) (se vedlegg)

Kartleggingsverktøy

Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2; Kroenke et al., 2007) og Generalized Anxiety Disorder scale-2 (GAD-2) ble brukt som screeningsverktøy for henholdsvis depressive plager og angstplager. I tillegg ble pasienten bedt om å besvare et ja/nei spørsmål om panikkanfall (Kroenke et al., 2010) (se ramme 1). En skåre på ≥ 2 poeng på PHQ-2 og/eller GAD-2 og/eller svaret «ja» på spørsmål om panikkanfall, ble satt som grenseverdi for videre kartlegging. En grenseverdi på ≥ 2 for PHQ-2 og GAD-2 ble valgt ut fra et mål om høy sensitivitet for å fange opp psykiske plager i den innledende screeningdelen (Arroll et al., 2010). Kombinasjonen av de fire spørsmålene (PHQ-4; Kroenke et al., 2009) er blant annet benyttet i screening i palliativ omsorg for pasienter med kronisk hjertesvikt (Oechsle et al., 2017). Fremgangsmåten er i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet (2009), samt fra American Heart Association og europeiske retningslinjer (Graham et al., 2007).

Hvis screening indikerte depressive plager og/eller angstplager, ble det foretatt en mer grundig kartlegging, der en tok hensyn til at det ofte er overlapp av symptomer ved somatisk sykdom. Kartlegging besto av klinisk intervju supplert med standardiserte hjelpemidler for vurdering av depresjonsdybde: Hospital angst- og depresjonsskala (HADS), med 14 spørsmål om angst og depresjon.

Pasienter med depressive symptomer eller angstsymptomer, ble i tillegg stilt følgende spørsmål:

1. Ved hjertesykdom er det vanlig å få helseråd om fysisk aktivitet, endret kosthold, mindre røyking og om å ta medisiner som anbefalt. Opplever du at de psykiske plagene du har beskrevet her har gjort det vanskelig å følge opp slike råd i praksis?»
2. I hvor stor grad opplever du at de psykiske plagene du har beskrevet her har gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?
3. Opplever du at dine pårørende har uttrykt bekymring for de psykiske plagene du har beskrevet her?
4. Kunne du, eventuelt sammen med en pårørende, ønsket deg en samtale med helsepsykolog om forebygging og mestring av psykiske plager ved hjertesykdom

Pasienter som ønsket det fikk tilbud om rådgivningssamtale med psykolog.

Rådgivningssamtale varte i 50–60 minutter og ble gjennomført med en måned etter kartlegging. Manualen som samtalen fulgte er bygget på anbefalinger ved Helsedirektoratet (2010). Et mål med rådgivningssamtalen var å få informasjon om pasientens:

- forståelse av sine depressive plager og angstplager og deres forbindelse til hjertesykdom og problemer i livet for øvrig
- kunnskap om depresjon og angstlidelser
- hjelpebehov og ressurser i eget nettverk og i helsevesenet
- egen oppfatning om hvilke opplysninger som bør gis til fastlege og kardiolog

Et annet mål var å gi helsefremmende informasjon om betydningen av å:

- Få kunnskap om mestring av psykiske plager
- Ha en god struktur på hverdagen, meningsfulle aktiviteter og sosial kontakt
- Holde seg fysisk aktiv også for den psykiske helsen
- Prøve å snu negative og lite hjelpsomme tankemønstre, grubling og bekymring

Manualen for denne samtalen, som ble utviklet som en del av prosjektet, vil bli publisert i en fagbok under utarbeidelse.

Samarbeid med fastlege

Det er utviklet informasjons- og samhandlingsrutiner med pasientens fastlege.

- Fastlegene fikk tilsendt en oppsummering av den rådgivende samtalen med informasjon om studien og om angst og depresjonsplager og anbefalte tiltak for dette.
- Der det var behov for videre oppfølging av pasienten, ble fastlegene dessuten kontaktet på telefon av psykologen som gjennomførte den rådgivende samtalen.
- I artikkelen som skal formidle erfaringer fra prosjektet, ønsker vi å presentere forslag til konkrete metoder for bedre samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste, med spesiell vekt på delt kunnskap om depressive plager mellom kardiolog og fastlege. Her vil vi også gi eksempler på informasjon som er særlig viktig for å kunne gi pasienten bedre helhetlig oppfølging.
- Det er tidligere utviklet et emnekurs i hjerte- og karsykdom ved Diakonhjemmet Sykehus, hvor fastleger, allmennleger og sykehjemsleger blir invitert, med undervisning av karidologer, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og praksiskonsulent. Det er et mål at undervisning ved helsepsykolog blir en del av kurset, da med tema om psykiske reaksjoner ved hjertesykdom.

Kvantitativ datainnsamling

Det ble gjennomført en kvantitativ datainnsamling i forbindelse med del A i prosjektet, det vil si screening og kartlegging. Ved evaluering av del B i prosjektet, den rådgivende samtalen om forebygging av og hjelpetiltak ved depresjon og angstlidelser, ble deltakerne bedt om å fylle ut Hospital angst- og depresjonsskala (HADS) før samtalen og i en avtalt telefonsamtale tre uker etter der pasientens erfaring med tiltaket ble innhentet. Pasienten ble også bedt om å fylle ut et evalueringsskjema om den opplevde nytten av tiltaket, skjemaet er en bearbeidet versjon et skjema for brukertilfredshet: Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983).

Prosessevaluering

Det har vært viktig å få evaluert gjennomførbarheten til de ulike tiltakene, både kartlegging og rådgivning: Hvordan lar tiltakene seg implementere i en travel sykehushverdag?

Gjennomførbarhet og opplevd nytteverdi av tiltakene har vært tema for to *fokusgruppeintervjuer* med kardiologer og psykologer i prosjektet. Fokusgruppeintervju er en kvalitativ evaluering- og forskningsmetode som gir komplekse tilbakemeldinger på åpne spørsmål som man ikke kan få gode svar på gjennom strukturerte spørreskjemaer.

Resultater

Statistiske analyser

Data er analysert ved hjelp av SPSS Statistics 21.0 og fremstilt deskriptivt. Forholdet med kategoriske variabler ble undersøkt ved hjelp av en khi-kvadrat test hvor $p < 0,05$ ble ansett som statistisk signifikant.

Utvalget besto av 232 pasienter, hvorav 58 med hjerteklaffefeil, 73 med takarytmi, 52 med hjerteinfarkt og 49 med hjertesvikt. I alt 161 (69 %) av pasientene som deltok i screeningen var menn, og gjennomsnittsalderen var 72 år (SD 11,3). Totalt 173 (75 %) av pasientene ble rekruttert fra medisinsk poliklinikk, 59 (25 %) fra medisinsk avdeling. I alt 57 (25 %) pasienter skåret over grenseverdi ved screening. Av de spurte kvinnene skåret 37 % over grenseverdi ved screening, mot 19 % av mennene. Denne kjønnsforskjellen var statistisk signifikant ($\chi^2 = 8,0$, $p = 0,005$), mens det var ingen sammenheng mellom diagnose eller alder og det å skåre over grenseverdi.

Av de 57 pasientene som screenet over grenseverdi, gjennomgikk 56 pasienter videre kartlegging med klinisk intervju og HADS med psykolog. Totalt 41 (73 %) av disse skåret ≥ 4 på HADS-A og/eller HADS-D. Gjennomsnittlig skåre for disse pasientene var 7,8 (SD 4,1) for HADS-A, 6,1 (SD 3,5) for HADS-D og 13,9 (SD 6,6) for HADS totalskår. Totalt 17 (47 %) svarte at de opplevde at de psykiske plagene hadde gjort det litt eller mer vanskelig å følge opp helseråd i praksis, mens 19 (53 %) ikke opplevde dette som vanskelig. Totalt 27 (75 %) pasienter opplevde at de psykiske plagene hadde gjort det litt eller mer vanskelig for dem å utføre arbeidet sitt, ordne med ting i hjemmet eller komme overens med andre og totalt 17 (50 %) av de spurte hadde opplevd at pårørende hadde uttrykt bekymring for deres psykiske plager.

I alt 20 (49 %) av de 41 pasientene som skåret over grenseverdi på HADS-A/D ønsket rådgivningssamtaler med psykolog og 19 av disse gjennomførte dette. Av de 21 pasientene som takket nei til rådgivningssamtaler, ønsket 9 pasienter (43 %) mulighet til å kunne ta kontakt med psykolog senere, ved behov. Resultatene viste en betydelig nedgang i depressive plager og angstplager målt ved HADS ved tre ukers oppfølging hos gruppen av deltakere med rådgivningssamtale.

Pasienttilfredshet

Totalt 15 av pasientene som gjennomførte rådgivningssamtaler fylte ut CSQ-8. Gjennomsnittlig totalskår var på 28,7 (SD 3,0) av en maksimumsskår på 32, det vil si en meget høy grad av brukertilfredshet med samtalen.

Resultater fra fokusgruppeintervjuene

Kardiologene ga tilbakemelding om at stort sett alle pasientene reagerte positivt på å bli spurt spørsmålene om angstplager og depressive plager. Selv opplevde kardiologene at det første spørsmålet i PHQ2 var litt vanskelig for pasientene å forstå, men at det ellers var enkelt å stille spørsmålene. Det var krevende å prioritere spørsmålene når det var en særlig travel klinikk, men flere mente at det vil være enklere å implementere når det ikke er et prosjekt som krever administrering av samtykkeskjema. Det kunne være enklere å implementere dersom det var faste punkter i journal vedrørende dette. Det kom fram forslag om at skjemaet kunne fylles ut av pasienten selv eller at sykepleier kunne gå gjennom skjemaet med pasienten. I artikkelen vil vi presentere nærmere ulike måter å kunne implementere en slik screening på, ut fra hva som kan passe best ved forskjellige sykehusavdelinger.

Psykologene som gjennomførte samtalene erfarte at pasientene opplevde det som positivt å få samtale om mestring av psykiske plager og angstplager forbundet med hjertesykdom.

Begrensninger med prosjektet

Man fikk ikke screenet alle unike pasienter med hjertesykdom i prosjektperioden, blant annet fordi ikke alle LIS-leger deltok i gjennomføring av screening av pasienter og fordi man på enkelte dager med svært høyt arbeidspress valgte ikke å inkludere deltakere. Pasienter som oppfylte eksklusjonskriterier (språkproblemer, demenssykdom, uklar hoveddiagnose og pågående rusmisbruk) ble heller ikke inkludert. Hensikten var å prøve ut en screeningprosedyre for å identifisere angstplager og depressive plager, og det ble derfor ikke benyttet standardisert klinisk intervju for å diagnostisere depresjon og angstlidelser.

Publisering

En fagfelleurdert fagartikkel om forprosjektet, om screening av depressive plager på hjertemedisinsk sengepost er publisert i Tidsskriftet Sykepleien.

<https://sykepleien.no/forskning/2017/01/kartlegging-av-depressive-symptomer-ved-hjertesykdom>. Ved forprosjektet ble det utarbeidet en informasjonsbrosjyre om å leve med somatisk sykdom og psykiske plager

(http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/pasient-og-parorende/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken/_5021|5160). Denne er blitt benyttet i prosjektet, som informasjon til involverte helsepersonell, pasienter og pårørende. En artikkel med resultatene fra prosjektet er under ferdigstilling, med mål om publisering i Tidsskrift for Den norske legeforening. Vi ønsker å formidle informasjon via Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, blant annet med en artikkel på nettsider og/eller medlemsblad. En fagbok i klinisk helsepsykologi er under utarbeidelse. Et kapittel omhandler hjertesykdom og psykiske plager, og inkluderer malen for den rådgivende samtalen som er utviklet i prosjektet.

Prosjektets betydning

For en pasient som blir identifisert med depressive plager og/eller angstplager, kan tiltaket få betydning i form av informasjon og tiltak som kan bidra til økt livskvalitet, opprettholdelse av arbeidsevne, økt evne til å etterleve anbefalt behandling og livsstilsendring. Metodene vi har utviklet både for screening, kartlegging og rådgivning har overføringsverdi til andre sykehus og institusjoner, og i primærhelsetjenesten. Metodene vil med mindre endringer også kunne benyttes for andre høyrisikogrupper, for eksempel pasienter med KOLS, revmatisme og kreft.

Referanser

- Arroll, B., et al. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010;8(4):348–53.
- Berge, T., Finset, A., Fjerstad, E., Henriksen, L. S., Hyldmo, I., Lang, N., Vego, J. & Øie, E. (2015). Sykdom i kroppen – plager i sjelen: screening og kartlegging av depressive plager ved hjertesykdom. Manus under utarbeidelse for publisering.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv terapi ved somatisk sykdom. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 361–380). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Repål, A. (2012). Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 49–58.
- Creed, F. & Dickens, C. (2007). Depression in the medically ill. I S. Steptoe (red.), *Depression and physical illness* (s. 3–18). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101–2107.
- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29, 409–416.
- Ekern, P., Bjertnæs, Ø. A., Sjetne, I. S., Askim, P. J. & Berge, T. (2012). Samhandling i psykisk helsevern: beskrivelse av en samarbeidsmodell med fastleger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132, 1063–1064.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ingulstad, F. (2014). Jeg ble deprimeret etter hjerteoperasjon. Jeg er ikke alene. *Aftenposten*, 23. juli 2014.
- Janszky, I., Ahnve, S., Lundberg, I. mfl. (2010). Early-onset depression, anxiety and risk of subsequent coronary heart disease. 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *Journal of American College of Cardiology*, 56, 31–36.
- 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, 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. mfl. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345–359.
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N. et al. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129, 1350–1369.
- McManus, D., Pipkin, S.S. & Whooley, M.A. (2005). Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *American Journal of Cardiology*, 96, 1076–1081.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nicholson, A., Kuper, H. & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763–2774.

Nordgreen, T., Fjerstad, E. & Havik O. (2014). Veiledet selvhjelp. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 426–441). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Oechsle, K., Ehlert, J., von Kodolitsch, Y., Ullrich, A., Bokemeyer, C. & Rybczynski M. (2017). Self-assessment and screening for palliative care need in patients with chronic heart failure. *Journal of Palliative Care Medicine*, 7(3) DOI: 10.4172/2165-7386.1000304

Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P. mfl. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease. A meta-analysis. *Journal of American College of Cardiology*, 56, 38–46.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G. & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 47, 637–651.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. mfl. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097.

Soderman, E. Lisspers, J. & Sundin, O. (2003). Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science & Medicine*, 56, 193–202.

U.S. Preventive Services Task Force (2002). Screening for depression: Recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136, 760–764.

World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.