



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Depresjon hos pasienter med multippel sklerose

Depression in multiple sclerosis patients

Carina Dyrhaug og Marita Korsnes Høidahl

Totalt antall sider inkludert forsiden: 60

Molde, 07.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Hol

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 05.05.2012

Antall ord: 11 935

Sammendrag

Bakgrunn

I 2009 var det registrert 8000 pasienter med diagnosen multippel sklerose i Norge. Livstidsprevalensen for å utvikle en depresjon er 50 % hos denne pasientgruppen. Som følge av de somatiske symptomene multippel sklerose medfører er det viktig å fokusere på ulike behandlingstiltak som kan hjelpe disse pasientene til å mestre sin depresjon.

Hensikt

Hensikten var å belyse ulike behandlingsmetoder og faktorer som kan bidra til mestring av depresjon hos pasienter med multippel sklerose.

Metode

Systematisk litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler, 11 kvantitative og 1 kvalitativ.

Resultat

Pasientene opplevde mestring av sin depresjon ved hjelp av kognitiv adferdsterapi ved bruk av telefonadministrert terapi, gruppeterapi og individuell terapi. Pasienter som har depresjon i moderat til alvorlig grad kan ha effekt av medikamentell behandling. Vår studie viser at telefonadministrert kognitiv adferdsterapi kan være den beste behandlingsmetoden for pasienter med depresjon og multippel sklerose. Faktorer som kan påvirke depresjonen og behandlingsutfallet er grad av sosial støtte, forholdet mellom terapeut og pasient og dagligdagse aktiviteter.

Konklusjon

Det er behov for ulike behandlingsmetoder for pasienter som i tillegg til sin depresjon har somatiske symptomer som følge av diagnosen multippel sklerose.

Nøkkelord

MS, multippel sklerose, depresjon, behandlingstiltak, behandlingsutfall.

Abstract

Background

In 2009 there was registered 8000 patients diagnosed with multiple sclerosis. Lifetime prevalence of developing depression in this population is 50 %. As a result of the somatic symptoms that multiple sclerosis causes it is important to focus on different forms of treatment that can help these patients to cope with their depression.

Objective

The purpose was to examine various methods of treatment and factors that may contribute to coping with depression in patients with multiple sclerosis.

Method

Systematic literature study based on 12 research papers. 11 quantitative and 1 qualitative.

Result

Patients experienced coping with their depression using cognitive behavioural therapy, by using telephone administered therapy, group therapy and individual therapy. Patients with depression in moderate to severe degree can have effect of drug therapy. Our study shows that telephone administered cognitive behavioural therapy may be the best method of treatment for patients with depression and multiple sclerosis. Factors that may influence depression and treatment outcome is the degree of social support, the relationship between therapist and patient and everyday activities.

Conclusion

There is a need for various treatments for patients in addition to their depression have somatic symptoms as a result of the diagnosis of multiple sclerosis.

Keywords

MS, multiple sclerosis, depression, treatment, treatment outcome.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av temaet	1
1.2 Studiets hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori	3
2.1 Depresjon	3
2.2 Multippel sklerose.....	3
2.3 Sykdommens symptomatiske utfordringer	4
2.4 Depresjon hos pasienter med multippel sklerose	6
2.5 Behandling av depresjon	7
3.0 Metode	9
3.1 Datasamling.....	9
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	12
3.3 Kvalitetsbedømming	12
3.4 Ethiske vurderinger	13
3.5 Kildekritikk	13
3.6 Analyse.....	14
4.0 Resultat	17
4.1 Kognitiv atferdsterapi gir mestring	17
4.1.1 Telefonbasert terapi som terapiform	17
4.1.2 Databasert kognitiv terapi oppleves slitsomt	18
4.1.3 Kognitiv terapi som gruppeterapi.....	19
4.2 Medikamentell behandling med noe effekt.....	20
4.3 Sosial støtte i hverdagen.....	20
4.4 Dagligdagse aktiviteter som faktor	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.2 Ulike depresjonsskalaer som verktøy.....	25
5.2 Resultatdiskusjon	26
5.2.1 Ulike Psykoterapi metoder	26
5.2.2 Medikamentell behandling.....	30
5.2.3 Faktorer som kan bidra til mestring	32
6.0 Konklusjon	35
6.1 Konklusjon	35
6.2 Forslag til videre forskning	36
Litteraturhenvisning	37

Vedlegg nr.1: PIO skjema

Vedlegg nr.2: Oversiktstabell

Vedlegg nr.3: Søkehistorikk

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av temaet

I denne oppgaven ønsket vi å undersøke pasienter som preges av depresjon i tillegg til sin diagnose multippel sklerose (som videre vil omtales som MS). Dette fordi et stort antall av pasientene som har MS lider av depresjon. I 2009 var det om lag 8000 personer med diagnosen MS i Norge (Midgard 2009). Sykdommen rammer omtrent 250-300 nye tilfeller hvert år, oftest i alderen 20-40 år (Eiring 2005). Det er en økende forekomst jo lenger bort fra ekvator man kommer. Norge ligger på syvende plass over antall pasienter med MS på verdensbasis, med 125 tilfeller pr. 100 000 innbyggere (MS-Forbundet 2008).

Livstidsprevalensen for å få en depresjon er gjennomsnittlig 50 % for pasienter med MS, og større hos denne gruppen enn ved andre kroniske lidelser. Depresjon kan være et symptom på MS, i tillegg til at det kan komme som en følge av sykdommen. Det kan også være en bivirkning av sykdomsmodifiserende medikamenter (Ben-Zacharia 2011; Thomas et al. 2009; Værøy og Værøy 2004). Det fremkom i flere forskningsartikler at det er mange mørketall med tanke på pasienter det viser seg burde vært diagnostisert for depresjon, da 41,8 – 66 % fikk en høy score på ulike depresjonsskalaer (Beiske et al. 2007; Chwastiak et al. 2002; Feinstein 2005; Somers et al. 2000; Sollom og Knebone 2007).

Vi har erfart i praksisperioder at depresjon hos denne pasientgruppen får for lite fokus og at de fysiske symptomene blir dominerende, fremfor det psykiske. Mange av de hjemmeboende pasientene kan ofte ha problemer med å komme seg til behandling med psykologisk terapi og/ eller andre terapiformer. Det kan være grunner som tilkomstproblemer, lang reisetid, eller sykdomsforverring. Det kan også være en stressfaktor for pasienten med tanke på planlegging med å komme seg til terapi og frykt for at sykdomstilstanden eventuelt kan forverres. Dette problemet ble synliggjort under en samtale i praksis med en pasient som hadde MS. I følge henne selv slet hun med depresjon og beskrev hindringer som fysiske problemer, lang reisetid og stress i forhold til å dra til behandling ved poliklinikk. Vi har i tillegg valgt å ha med medikamentell behandling fordi dette er en vanlig behandlingsmetode for depressive lidelser, og har en betydning for våre funn. Med denne studien ønsker vi som fremtidige sykepleiere å tilegne oss kunnskap om ulike behandlingsmetoder og faktorer som kan gi mestring av depresjon.

1.2 Studiets hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse behandlingsformer og faktorer som bidrar til mestring av depresjon hos pasienter med diagnosen multippel sklerose.

1.3 Problemstilling

- Hvilke behandlingsmetoder kan bidra til mestring av depresjon hos pasienter med multippel sklerose?
- Hvilke faktorer kan påvirke depresjon og behandlingsutfallet?

1.4 Begrepsavklaring

Mestring

Mestring består av et bredt spekter av bestrebelser og strategier rettet mot å kontrollere både indre og ytre krav og konflikter (Reitan 2006).

En persons evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overstiger det som kan klares på ren rutine” (Medisinsk ordbok 2008, 215)

2.0 Teori

2.1 Depresjon

Ved depresjon har pasienten enten enkelte eller gjentatte episoder med depresjon. Noen av pasientene kan også være jevnt deprimerte over lang tid. Snoek og Engedal (2010) skriver at ved depresjon ser en endringer i stemningsleiet, og tegn på depresjon kan være:

- Nedstemthet: tap av gleder og interesser
- Trettbarhet og nedsatt aktivitet
- Nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse og følelse av verdiløshet
- Pessimisme
- Tanker på selvskading og selvmord
- Søvnforstyrrelser
- Nedsatt matlyst

Det kan være mange ulike årsaker til en depresjon. Det kan være fra individuelt arveanlegg i genene som ligger latent fra fødselen av, eller ulike hendelser i livet som kan drive mennesket ut i en krise og depresjon. For å kalle endringer i stemningsleiet for en depresjon må det være direkte forårsaket av den opprinnelige sykdommen og ikke en depressiv reaksjon på å få en uheldelig sykdom (Snoek og Engedal 2010).

En depresjon kan fremstå med ulik alvorlighetsgrad. Noen har en del depressive plager som hemmer dem, men er i stand til å fungere omtrent som før i hverdagen. Andre kan rammes hardere, og kan få utfordringer med å komme seg opp om morgenen og greie å opprettholde daglige gjøremål. Noen går inn i en dyp depresjon, der de overhodet ikke orker å fungere, og tankene kretser om døden (Berge og Repål 2003).

2.2 Multippel sklerose

MS er en kronisk inflammasjonssykdom i nervesystemet (Myhr og Nyland 2007).

Flekkvise forandringer ødelegger de isolerende myelinkjedene rundt nervefibrene, som gjør at nervebanenes evne til å lede nerveimpulser påvirkes, som igjen vil føre til en rekke symptomer og nevrologiske utfall. Etter hvert vil betennelsesflekkene tilhele og det danner seg faste arr i nervevevet. Sykdommen kan arte seg på ulike måter, men det mest vanlige er at etter hvert som sykdommen utvikler seg vil det danne seg nye betennelsesflekker og

etter hvert arr andre steder i sentralnervesystemet (Jacobsen et al. 2009). Sykdommen kan føre til tidlig invaliditet med store konsekvenser både for pasienten som rammes og for samfunnet (Ben-Zacharia 2011).

Multipel sklerose rammer tilfeldig i den hvite substansen i hjernen og ryggmargen, og kan derfor gi en rekke nevrologiske symptomer og utfall. Et vanlig symptom er betennelse i synsnerven rett bak øyet, noe som medfører smerter og nedsatt syn. Andre symptomer er prikkende og stikkende følelsesfølelser i huden eller forandring av hudfølelsen, dysestesi, der sanseinntrykkende oppleves feil (Medisinsk ordbok 2008). Fatigue, konsentrasjonsproblemer, smerter, pareser, dobbeltsyn, kraftsvikt og styringssvikt i armer og bein på grunn av lillehjerneaffeksjon kan oppstå. Spastisitet og dårlig balanse er symptomer som sent i sykdomsforløpet kan føre til invaliditet (Myhr og Nyland 2007).

De fleste pasienter med MS har et svingende, remitterende forløp med forbigående symptomer. Sykdommen har godartet forløp hos 1/3 av pasientene, med få kliniske episoder og lange intervaller mellom hvert angrep. Opptil tre til fem år mellom hvert angrep er gunstig. Pasienter som har synsforstyrrelser og sensoriske fenomener har ofte bedre prognose enn de som har tegn til cerebral affeksjon, pareser eller sfinkterforstyrrelser. Hos noen er forløpet alvorlig med sterkt invalidiserende nevrologiske utfall som mental svikt, redusert synsevne, koordinasjonssvikt, redusert talefunksjon, lammelser, nedsatt blære- og tarmfunksjon og endret seksualfunksjon (Myhr og Nyland 2007).

Sykdomsbildet kan preges av en rekke emosjonelle faktorer som stress, angst og depresjon. Det kan oppstå store mentale forandringer. Dette har fått en sentral plass først i de senere år. Det er rapportert at kognitiv dysfunksjon og psykiatriske problemer kan ramme 40-60 % hos alle pasienter med MS, som kan føre til redusert korttidshukommelse og evne til problemløsning (Myhr og Nyland 2007). Utvikling av kognitiv svikt har alvorlige kliniske konsekvenser for pasientene. Det viser seg at kognitiv funksjon er viktigere enn fysisk funksjon for arbeidsevne, sosial aktivitet, relasjonsevner og funksjonsevne i hjemmet (Værøy og Værøy 2004).

2.3 Sykdommens symptomatiske utfordringer

Motoriske endringer er et av symptomene som kan oppstå hos pasienter med MS. Pasienten kan kjenne seg "tung" og stiv i et bein eller arm. Spastiske lammelser kan føre til

at pasienten raskt blir trett, og må ofte hvile etter få minutters gange. Trettheten oppleves fundamentalt forskjellig fra vanlig tretthet. Den kan være overveldende og kommer i perioder som kan vare fra flere uker til flere måneder, og lettes ikke ved søvn. Når tretthetsperiodene inntreffer kan pasienten lett bli deprimert, og livssituasjonen og samværet med andre kan bli vanskelig (Myhr og Nyland 2007).

Lammelse eller spastisitet i blæremuskulaturen er et sentralt problem som kan føre til at pasienten får problemer med vannlatingen, som kan arte seg både som inkontinens og som retensjon. Endetarmsmuskulaturen kan også bli rammet slik at pasienten blir obstipert eller inkontinent for avføring (Myhr og Nyland 2007).

Ved cerebrale skader kan bevegelsene bli rykkvise og lite koordinerte. I overekstremitetene vil dette gi seg utslag i intensjonstremor, som blir verre ved fine bevegelser. I underekstremitetene kan ataksien virke inn på gangfunksjonen, og gi vinglete gange. Ataksi kan også ramme talemuskulaturen og fører sammen med spasmer til at talen blir utydelig med dårlig artikulasjon, dysartri (Myhr og Nyland 2007).

Blir hjernestammen angrepet kan pasienten få dobbeltsyn og affeksjon av synsbanene kan gi synsfeltutfall. Hvis dette kombineres med nevropsykologiske problemer og generell funksjonssvikt, må legen jevnlig vurdere om pasienten som kjører bil kan beholde førerkortet. Mange vil også etter hvert bli avhengige av rullestol og vil da trenge hjelp med transport for å komme seg ut (Myhr og Nyland 2007).

Rundt 1/3 av pasientene med MS får mentale forandringer som en direkte følge av de nevrogene skadene. Dersom det oppstår plakk i frontallappen, kan pasienten bli ukritisk og emosjonelt labil, noe som ofte er irreversibelt. De kan videre få kognitiv svikt, med konsentrasjonsproblemer, svekket hukommelse og vanskeligheter med å lære nye ferdigheter. I tillegg til de mentale forandringene er det en stor psykisk belastning å leve med vissheten om at man har MS. Emosjonelle reaksjoner som apati, irritabilitet, sinne, bitterhet, depresjon og mistenksomhet er naturlig. Pasienten er fortvilet over å stadig miste mer av sin helse i ung alder. Gjennomsnittsalderen for å få diagnosen er 20-40 år (Eiring 2005). Sykdommen begrenser aktivitetsmulighetene, og vil "låse" pasienten mer og mer, og avhengigheten av andre vil med stor sannsynlighet bare tilta. Ingenting av sykdomsutviklingen er gitt på forhånd når en pasient får diagnosen. Pasienten vil etter

hvert oppdage hvilke konsekvenser sykdommen kan få for framtiden. Frykten for å bli mer hjelpetrengende vil hele tiden være der. Pasienten vet ikke hvor raskt sykdomsutviklingen vil gå, og heller ikke hvilke funksjoner som rammes. Pasienten kan få utfordringer med å greie og beholde et verdifullt bilde av seg selv når belastningene på dens nærmeste øker (Almås og Johansen 2001).

2.4 Depresjon hos pasienter med multippel sklerose

Det har i lengre tid vært mest fokus på de fysiske endringene hos pasienter med MS, og mindre på de psykiske (Walker og Gonzalez 2007). Dette har endret seg i senere år. I følge en rekke forskningsartikler foretatt i ulike deler av verden er depresjon ifølge skalamåling, så vanlig som 41,8 – 66 % hos denne pasientgruppen (Cwastiak et al. 2002; Feinstein 2005; Værøy og Værøy 2004).

Depresjon er mer vanlig hos pasienter med MS enn andre kroniske lidelser. Forskning viser at selv de som fungerer godt fysisk, i like stor grad opplever depresjon som en som er sterkt handikappet (Chwastiak et al. 2002). Det er opptil 50 % økt risiko for suicid hos denne pasientgruppen, enn hos normalbefolkningen (Mitchell et al. 2006, Walker og Gonzalez 2007). Suicid er årsak til 15% av dødsfall hos pasienter med MS, og derfor har sykepleiere og annet helsepersonell en viktig oppgave med å oppdage og behandle depresjon hos denne pasientgruppen (Walker og Gonzalez 2007).

Det er flere faktorer som kan være årsak til depresjon hos pasienter med MS. Skader i sentralnervesystemet som forårsakes av sykdommen kan være årsak hos opptil 40% av tilfellene (Stenager, Stage og Stenager 2011). Behandling med medikamentet Interferon β som brukes for å hemme betennelsen kan føre til utvikling av depresjon (Mitchell et al. 2006). Pasienter som lever alene har også større risiko og mange blir sosialt isolert (Walker og Ginzalez 2007). Det kan ofte være vanskelig å diagnostisere depresjon hos denne pasientgruppen. Dette fordi tester som blir brukt inkluderer mange av symptomene som er vanlige ved MS. Dette er da symptomer som fatigue og kognitiv dysfunksjon. Tester som er spesielt utviklet til denne pasientgruppen kan da være en nødvendighet for å stille rett diagnose (Mitchell et al. 2006). Depresjonen vil også påvirke livskvaliteten til disse pasientene. Pasienter med MS og alvorlig depresjon har en betydelig lavere skåre på en rekke livskvalitetsdomener enn de MS pasientene som aldri har vært deprimert. Dette er

domener som innebærer energi, kognitiv funksjon, mental helse, generell livskvalitet, seksuell funksjon og tilpasning til emosjonelle utfordringer. Depresjon gir nedsatt minnekapasitet og forverrer allerede eksisterende svikt i demyelinisering (Ameis og Feinstein 2007).

2.5 Behandling av depresjon

Hvilken behandling som anbefales vil være avhengig av hvilken forståelse helsepersonell har av den depressive tilstanden til pasienten. De fleste pasienter som sliter med depresjon har som oftest sammensatte problemer. Noe som innebærer at den kliniske hverdagen må kunne tilby pasienter ulike kombinasjoner av behandlingsformer. Som for eksempel medikamenter kombinert med en egnet form for terapi (Snoek og Engedal 2010).

Å gripe tak i pasientenes depresjon i en tidlig fase kan forhindre at den utvikles til å bli alvorlig, noe som kan føre til dårlig livskvalitet og suicid. Bare halvparten av pasientene som har utviklet depresjon har blitt diagnostisert. Det viser seg at de som har fått diagnosen heller ikke har fått tilstrekkelig behandling (Walker og Ginzalez 2007, Wallin et al. 2006). Værøy og Værøy (2004) påpeker at det er bemerkelsesverdig få undersøkelser på behandling av depresjon hos denne pasientgruppen. Behandling av depresjon hos pasienter med MS har vist seg og bremse sykdomsutviklingen ved MS i tillegg til depresjonen. Dette viser hvor viktig det er å få behandlet depresjonen, da det både øker livskvaliteten og bremser sykdomsutviklingen.

Det finnes forskjellige depresjonsskalaer som kan påvise om en har depresjon. Vi har valgt å presentere to skalaer som ofte blir brukt. Hamilton Depression scale består av 17 spørsmål om ulike symptomer og tegn, som kan kartlegge en eventuell depressiv tilstand. Skalaen er objektiv i den forstand at det er observatøren som vurderer og ikke pasienten. Undersøkelsen skal ved hjelp av spørsmål og styrken på ulike symptomer bruke skjønn på pasientens tilstand på undersøkelsestidspunktet. Ved spørsmål om vekttap eller søvnforstyrrelser, må intervjueren foreta sitt skjønn av tilstanden over de tre siste dagene og frem til nåværende dag. Intervjuets varighet bør ikke overstige 30 minutter. Og av hensyn til eventuell døgnvariasjon i pasientens tilstand bør undersøkelsen alltid foregå på et bestemt tidspunkt (Norsk Helseinformatikk 2010).

Hamilton 17 er en kvantitativ skala, laget for å bedømme alvorlighetsgraden av en eventuell depresjon. Undersøkelsen utføres av lege eller annet helsepersonell (Norsk Helseinformatikk 2010).

Beck Depression Inventory er en selvvurderingsskala med 21 ledd som måler grad av depresjon hos ungdom og voksne over 13 år. Hvert enkelt ledd i skalaen beskriver et symptom på depresjon, og pasienten blir bedt om å velge hvilket av fire utsagn som best beskriver i hvilken grad han/hun har opplevd det aktuelle symptomet de 2 siste ukene. Beskrivelsen kan scores på en skala fra 0-3. Alle svarene summeres tilslutt, og sluttscoren kan kategoriseres i 4 kategorier (Sigveland og Kornør 2011):

- Ingen depresjon
- Mild depresjon
- Moderat depresjon
- Alvorlig depresjon

3.0 Metode

I vår studie ble det anvendt systematisk litteraturstudie som innebærer fordypning i forsknings- og metodekunnskaper. Det går ut på at vi har en tydelig formulert problemstilling som skal besvares gjennom å velge ut, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2008). Hensikten med vår oppgave var å innhente forskning som belyste vår problemstilling for at pasienter med MS og depresjon skal bli sett og få den behandlingen de har behov for og som er tilpasset hvert enkelt individ. Vi vil også belyse faktorer som kan hjelpe denne pasientgruppen med å mestre sin depresjon.

3.1 Datasamling

Våren 2011 startet prosessen med å lese bakgrunns litteratur for å få et teoretisk grunnlag som var nødvendig for å innhente nødvendig datamateriale. I følge Høgskolens retningslinjer skulle vi ha 10-15 relevante forskningsartikler som skulle belyse vår problemstilling. Det ble lagt ned mye tid i prøvesøk, dette for å finne gode søkeord som kunne brukes i vårt PIO-skjema og for å undersøke om det var mye forskning innenfor vårt selvvalgte tema. Vi fikk god hjelp av en bibliotekar ved Høgskolen i Molde til å starte våre søk.

Det ble utarbeidet et PIO-skjema hvor vi satte inn ulike søkeord og synonymord på norsk og engelsk. ”P” skulle inneholde hvilken populasjon eller problem vi sto ovenfor (Nordtvedt et.al 2007). Dette var da pasienter med multippel sklerose og depresjon. På engelsk var ordene Multiple sclerosis, MS, depressive symptoms, depressive signs, depression.

”I” står for intervensjon og der skulle det beskrives hvilket tiltak eller intervensjon som vi ønsket å finne ut av (Nordtvedt et al. 2007). Vi ville finne ut her hvilke behandlingsmetoder eller tiltak som kan hjelpe pasienter med Multippel sklerose til å mestre sin depresjon. Søkeordene ble: behandlingstiltak, psykiatrisk behandling, psykiatri, tiltak, behandlingsformer. På engelsk: treatment, psychiatric treatment, measures, therapy, therapeutics, therap*, psychiatr* og mood*. Det ble funnet flere artikler som inneholdt psykoterapi i form av telefonbasert terapi og kognitiv atferdsterapi. Det ble derfor

inkludert telephone therap*, cognitive behavioral therap*og psychoterap* inn i PIO-skjemaet vårt.

”O” beskriver hvilket utfall eller effekt vi ønsker (Nordtvedt et.al 2007). Målet var å finne ut hvilke erfaringer pasientene hadde og hva som kunne bidra til mestring av depresjon. Vi brukte da søkeordene mestring, livskvalitet, effekt og erfaringer. På engelsk ble søkeordene: cope or coping, effect, adaption, experience*, patient satisfaction, quality of life.

Da vi hadde fått nok søkeord med synonymer startet hovedsøkene 01.09.2011. Vi gikk da inn på Høgskolen i Molde sine sider, til biblioteket, videre til databaser og valgte da hvilken database vi ville bruke. Ovid Medline og Ovid PsychINFO, SweMed, Nordart og ProQuest ble brukt til våre søk. Vi kombinerte databasene fra Ovid medline og Ovid PsychINFO for å få flest mulig forskningsartikler. Det ble skrevet inn ett og ett ord fra vårt PIO-skjema, som ble kombinert med AND eller OR, for å snevre inn eller utvide søket, slik at vi fikk de mest relevante treffene for vår hensikt og problemstilling. Oversikt over søkeordene ligger i søkehistorikk som vedlegg nr. 2. Vi utførte søkene våre i fritekst og valgte advanced search. Brukte så trunkeringstegn ,*eller \$, etter enkelte søkeord for å få ulike stavemåter på søkeordene. Ved å bruke * bak depress fikk vi da både depressed, depressive, depressive symptoms og depression. Det ble lagt inn grenser for søkene, limits. Vi begrenset søkene til årstall, 2006-current, slik at vi fikk artikler innenfor Høgskolen i Molde sine kriterier. Vi la inn språk som engelsk, dansk, svensk og norsk, slik at vi fikk opp artikler som vi kunne forstå. Abstraktene som virket relevante for vår problemstilling ble så lest. Artikkene som var tilgjengelige i fulltekst ble skrevet ut og de som ikke var i fulltekst bestilte vi gjennom Bibsys. Vi søkte hver for oss i en uke for å finne relevante artikler. Vi hadde flere søkehistorikker som vi valgte å ikke ta med på grunn av urelevante funn. Vi fant tre artikler (Beckner et al. 2009; Forman et al. 2009; Phillips og Stiefbergen 2008) fra databasene OVID Medline og PsykINFO som vi inkluderte i søket fra 01.09.2011. 15.12.2011 startet vi nye søk i Ovid Medline. Da ble det bestilt 19 artikler som virket relevant for vår problemstilling. Etter kvalitetsbedømming satt vi igjen med tre artikler som kunne inkluderes (Cosio et al. 2010; Hind et al. 2010; Ehde et al. 2008). Vi hadde da seks artikler som kunne brukes i vår litteraturstudie, noe som medførte at vi måtte foreta nye søk den 10.02.2012. Vi kombinerte da databasene OVID medline og PsykINFO og leste 12 artikler. Etter kvalitetsvurderingen inkluderte vi tre av disse

artiklene (Mohr, Classen og Barrera 2004; Mohr et al. 2005; Beckner et al. 2007). Dette søket ble ikke gjort med limits for årstall, og fikk derfor to artikler som var eldre enn inklusjonskriteriene Høgskolen i Molde tilsa. Dette gjorde vi for å få nok forskning til å belyse vår problemstilling. Vi tok et søk den 28.02.2012 i ProQuest og inkluderte 1 artikkel (Vargas og Arnett 2010). Det var ingen relevante funn fra databasene Norart og Swemed, så vi tok ikke disse med i søkehistorikken. Vi hadde nå 10 artikler som vi inkluderte. I litteraturhenvisningene fant vi to artikler fra 2006 og 2001 som virket relevante, og søkte de opp manuelt med tittelen på artiklene i Ovid Medline (Julian og Mohr 2006; Mohr et al. 2001). Disse ble inkludert. Det var flere artikler som var ønskelig å inkludere, men som enten var for gamle eller var vanskelige å forstå riktig. Vi har uansett valgt å ta med tre eldre artikler fra 2001, 2004 og 2005, da vi vurderte de som gode artikler og viktig for å styrke vår studie. Disse artiklene ble det henvist til i snart alle av våre artikler, som kan tyde på at dette var god forskning og derfor viktig ta med i vår litteraturstudie. Forskningsartikkelen fra 2001 undersøkte både psykoterapi, kognitiv atferdsterapi og medikamentell behandling opp mot hverandre, noe vi mener er en styrke, da den tar for seg tre terapiformer som bygger opp om våre funn. Det ble tatt et nytt søk den 26.03.2012 med søkeordene depress*, multiple sclerosis, cope, coping. Vi kombinerte depress* AND multiple sclerosis med cope OR coping. Dette ble gjort for å få flere treff på søkene våre. Vi søkte både i databasen PubMed og Ovid Medline og PsykINFO. Dette gav oss ingen nye funn av artikler.

3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjon:

- Multippel sklerose
- Depresjon
 - Mild
 - Moderat
 - alvorlig
- Pasientperspektiv
- Behandlingsmetoder
- Faktorer som kan ha innvirkning på depresjon og behandlingsutfall
- Medikamentell behandling
- Hjemmeboende pasienter
- 18-90 år
- Forskningsartikler fra 2006-2011
- Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk
- Kvalitative og kvantitative studier

Eksklusjon:

- Pasienter på sykehus/institusjon
- Pasienter under 18 år
- Sykepleierfokus
- Pårørendefokus
- Pasienter som ikke har multippel sklerose i tillegg til depresjon
- Pasienter med psykose og andre alvorlige psykiske lidelser

3.3 Kvalitetsbedømming

For å kvalitetsbedømme forskningsartiklene, ble de lest grundig for å finne ut om de hadde funn som var relevante for vår litteraturstudie. Deretter ble det skrevet referat av artiklene for å få en oversikt, sjekket så om de var etisk godkjent og kvalitetsbedømte ved hjelp av sjekklister for ulike studier som vi fant fra nasjonalt kunnskapssenter. Sjekklister hadde

spørsmål som vi kunne svare ja, nei, eller uklart på. Det var forskjellige sjekklister til de ulike typene forskningsstudier. Vi brukte da skjema til vurdering av RCT-studie, korrelasjonsstudie, kvalitativ studie og kvantitativ studie. Vi kunne svare ja på de aller fleste spørsmålene i sjekklister. Vi tok med alle artiklene som ikke hadde mer enn to spørsmål som ikke kunne svares på (Kunnskapssenteret 2008).

Vi undersøkte om tidsskriftene var refereebedømte ved å gå inn på biblioteket på Høgskolen i Molde sine nettsteder, på tidsskrifter og videre inn på Vitenskapelige publiseringskanaler. Der skrev vi inn tidsskriftet artikkelen var hentet fra og fikk se om den var refereebedømt og hvilket nivå forskningsartikkelen var. Alle våre forskningsartikler ble bedømt til å være gode artikler som var refereebedømt til nivå 1 eller nivå 2.

Etter å ha forsikret oss om at vi hadde artikler som var refereebedømt, fant vi likheter i artiklene og delte dem inn etter funnene som blir nærmere beskrevet i analysekapittelet.

3.4 Etiske vurderinger

Av våre 12 forskningsartikler var 8 av disse etisk godkjent. I alle studiene ble deltakerne informert om studien og skrev under på samtykkeerklæring. De kunne når som helst trekke seg fra studien. Skriftlig informasjon og informert samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk framgangsmåte. Deltageren skal kjenne prosjektet godt nok til og eventuelt ta stilling til om hun/han ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke. Det skal være lov å oppleve reservasjon eller skepsis mot forskerens motiver, og eventuelt ta konsekvensen av dette (Malterud 2011). Oversikt over etiske vurderinger står i oversiktstabellen av artiklene (Vedlegg 2).

3.5 Kildekritikk

Etter hvert som vi skulle begynne å sette oss inn i ulike teori for vårt tema oppdaget vi ulike utfordringer. I alle våre artikler er det stort fokus på depresjon hos pasienter med multipel sklerose. Vi oppdaget raskt at det i teorien står lite om disse to diagnosene sammen, og det ble vanskelig å finne stoff til teoridelen vår. Dette ble løst sent i prosessen, da vi fant en bok av Værøy og Værøy (2004) som beskrev problemområdet vi var ute etter.

I tillegg opererer forskningen og forskningsartiklene våre med to begrep, ”depresjon” og ”depressive symptomer”. Mange av deltakerne i forskningsartiklene vi inkluderte hadde ikke blitt diagnostisert med depresjon, men for å få være med på de ulike studiene måtte alle deltagerne gjennomgå ulike skalaer for måling av depresjon. I følge målingene hadde alle som deltok depresjon i både mild, moderat og alvorlig grad. Vi var usikker på om forfatterne mente at deltakerne hadde depresjon og om vi da kunne inkludere artiklene. Vi tok derfor kontakt med Dr. Mohr på E-Post for å få svar på denne problemstillingen. Han har vært med på gjennomføringen av seks av studiene vi har inkludert. Vi fikk da til svar at de ikke hadde fått diagnosen, men at alle deltakerne måtte score på depresjonsskalaer som viste at de hadde depresjon i ulik grad. Dette førte til at vi valgte å inkludere forskning som brukte både depressive symptomer og depresjon, siden alle måtte gjennomføre en depresjonstest.

Vi valgte å inkludere artikler som var eldre enn 2006, dette er en svakhet siden dette er utenfor inklusjonskriteriene til Høgskolen i Molde og nyere forskning er ønskelig. Dette lot seg ikke gjennomføre, da det er et område hvor det er lite nyere forskning.

Vi så i ettertid at Malterud (2011) ikke er egnet for analyse av våre funn i studien, da det er mer rettet mot vurdering av råmateriale. Vi burde i stedet brukt Evans (2002) som er bedre egnet for analyse i en systematisk litteraturstudie.

3.6 Analyse

Analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller vi spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle (Malterud 2011).

Vi brukte lang tid på å søke etter artiklene vi måtte ha for å besvare vår problemstilling. Vi fikk til slutt en hel del artikler som måtte leses. Etter at vi hadde plukket ut de artiklene vi mente var mest relevante for vår hensikt og problemstilling, valgte vi å skrive et kortfattet referat av hver enkelt forskningartikkel og kvalitetsbedømte dem. Dette arbeidet gjorde vi

hver for oss, med et likt antall artikler hver. Så byttet vi, slik at begge skulle lese alle artiklene. Dette var for å få mer oversikt over hovedinnhold og funn i disse. Vi ordnet så en oversiktstabell, som vi skrev hver artikkel inn i (Vedlegg nr 2). Etter at dette var gjort valgte vi å sortere inn ulike temaer i fargekoder for å få en helhetlig oversikt, identifisere temaer som gjentok seg, sammenligne temaer og markere ut nøkkelfunn og dele inn i eventuelle undertemaer.

Fargemerkingen gjorde vi ved at vi merket funn i artiklene som passet til riktig fargekode med riktig farge. Vi måtte så gå enda dypere inn i tekstene på de valgte artiklene for å finne gode overskrifter som kunne gi et innblikk i den kommende teksten. Fargekodingen kom vi frem til etter hvert som vi leste artiklene og det dukket opp nye temaer og undertemaer, vi mente var relevante for oss. Disse temaene fikk så ulike farger. Vi satt igjen med til sammen 6 funn som skulle drøftes videre. Fargekodene vi brukte på de ulike temaene var:

Grønn – Kognitiv atferdsterapi
Rosa – Gruppeterapi
Gul – Medikamentell behandling
Lilla – Positive gjøremål
Orange- telefonbasert terapi
Blå - sosial støtte

Vi måtte så gå enda dypere inn i tekstene i artiklene våre for å finne gode overskrifter. Dette gjorde vi ved å dele opp hovedtemaene i nummer, med oversikt over undertemaer, hvilken artikkel som belyste teamet, og oversikt over hovedfunn, og formulerte da en overskrift etter hvilke hovedfunn som kom frem i de ulike temaene:

Nr.1 Telefonadministrert psykoterapi

- Telefonadministrert psykoterapi: 4 artikler (Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005; Cosio et al. 2010; Beckner et al. 2007).
- Sosial støtte: 2 artikler (Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005).
- Forhold mellom pasient og terapeut: 1 artikkel (Beckner et al. 2007).

Nr.2 Medikamentell Behandling

- Paroxetine: 1 artikkel (Ehde et al. 2008).
- Sertraline: 1 artikkel (Mohr et al. 2001).
- Behandlingsrespons, kognitiv svikt: 1 artikkel (Julian og Mohr 2006).

Nr.3 Positive gjøremål

- Sosial støtte: 2 artikler (Vargas og Arnett 2010; Phillips og Stuifbergen 2008).

Nr.4 Kognitiv atferdsterapi

- Kognitiv atferdsterapi: Hovedfunn. 5 artikler (Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005; Cosio et al. 2010; Mohr et al. 2001; Hind et al. 2010; Beckner et al. 2007).
- Bruk av data: 1 artikkel (Hind et al. 2010).
- Gruppeterapi: 2 artikler (Mohr et al. 2001; Forman og Lincoln 2009).

Nr.5 Følelsesfokusert psykoterapi

- Følelsesfokusert: 4 artikler (Mohr et al. 2005; Beckner et al. 2009; Cosio et al. 2011; Mohr et al. 2001).

4.0 Resultat

I de inkluderte forskningsartiklene i vår studie måtte pasientene ta en depresjonstest for å bli inkludert. I *Becks depresjonsskala* måtte pasientene ha en score på over 14 for å få delta. De ble da ansett som å ha en depresjon (Beckner et al. 2009, Cosio et al. 2010; Mohr et al. 2005; Beckner et al. 2007; Hind et al. 2010; Julian og Mohr 2006). *Hamilton depresjonsskala* ble i tillegg til Becks brukt i flere av artiklene (Cosio et al. 2010; Beckner et al. 2007; Mohr et al. 2005; Julian og Mohr 2006). På denne skalaen måtte de ha en score på 16 for å bli inkludert i studien.

4.1 Kognitiv atferdsterapi gir mestring

Et hovedfunn i vår litteraturstudie er at kognitiv atferdsterapi gir økt mestring av depresjon hos pasienter med MS. Det kommer frem i flere studier som er gjennomført både med individuell, telefonbasert, databasert og gruppeterapi at kognitiv atferdsterapi er den mest effektive behandlingen av depresjon (Beckner et al. 2007; Beckner et al. 2009; Cosio et al. 2010; Mohr et al. 2001; Mohr et al. 2005). Pasientene ble randomisert til enten kognitiv atferdsterapi eller følelsesfokusert terapi for å kunne finne ut hva som gir best effekt. Telefonbasert terapi viser seg å være en egnet måte å behandle pasienter med MS og depresjon på, men det er noen forhold som kan påvirke utfallet av behandlingen. Grad av sosial støtte og forholdet mellom pasient og behandler er to faktorer som kan være viktig for utfallet av behandlingen (Beckner et al. 2007; Beckner et al. 2009).

4.1.1 Telefonbasert terapi som terapiform

Et problem med pasienter med MS er vanskeligheten for tilgang til psykisk helsevern, da spesielt i form av psykoterapi. Pasienter med MS vil møte problemer med fatigue og mobilitetsproblemer som kan gjøre det vanskelig for dem fysisk å komme til avtaler med behandler. Telefonbasert terapi kan derfor være et godt tiltak til denne gruppen (Beckner et al. 2009).

I fem studier viser funn at telefonbasert kognitiv atferdsterapi kan gi signifikante reduksjoner av depressive symptomer. I alle studiene ble det brukt sterke kontrollgrupper som mottok følelsesfokusert terapi. Alle pasientene hadde blitt testet med *Becks* og

Hamilton depresjonstest og måtte ha en score over 16 for å delta. Det vil si moderat depresjon (Beckner et al. 2007; Beckner et al. 2009; Cosio et al. 2010; Dorstyn, Mathias og Denson 2011; Mohr et al. 2005). I studien til Mohr et al. (2005) viste de effekten av behandlingen etter tolv måneder. Resultatene viste at de som mottok behandling med telefonbasert kognitiv terapi hadde større reduksjon av depressive symptomer enn kontrollgruppen.

Det viste seg at flere av pasientene i kontrollgruppen hadde god nytte av den følelsesfokuserede terapien, men dette er mer effektivt på pasienter som ikke har så mye sosial støtte rundt seg. Personer som mottok kognitiv terapi med lite sosialt nettverk hadde likt behandlingsutfall som kontrollgruppen (Beckner et al. 2009).

Forholdet mellom pasient og behandler kan ha en innvirkning på utfallet av terapien. En studie viste at de som mottok kognitiv atferdsterapi hadde et bedre forhold til sin behandler enn de som mottok følelsesfokuseret terapi. De som hadde størst reduksjon av depresjon var mest fornøyd med sin behandler, både i behandlingsgruppen og kontrollgruppen (Beckner et al. 2007).

4.1.2 Databasert kognitiv terapi oppleves slitsomt

Et hovedpoeng med bruk av databasert terapi er at man slipper lange ventelister for å få terapitimer og at det er komfortabelt til bruk i eget hjem. Et av våre funn viser at selv om pasientene ikke var sterkt funksjonshemmet opplevde de at deres fysiske tilstand ble til hinder for dem. De fleste mente at symptomene som fatigue og nedsatt konsentrasjon gjorde det lange terapiprogrammet vanskelig. "To be honest, after I did the session, I just sat back on the settee and fell asleep for two hours" (Hind et al. 2010, 703).

Pasientene fikk tips om å ta en pause hver time, men dette var ikke ønskelig. Enten fordi de ville bli raskt ferdige eller at de var bekymret for at noe skulle gå galt med dataprogrammet. Kombinasjonen av dårlig hukommelse og fatigue gjorde fullføringen vanskelig. Flere timer ved dataen forårsaket fysisk ubehag siden de satt i samme posisjon for lenge. Og deltakerne mente at bruken av datamus ville bli et problem for pasienter som er mer funksjonshemmet enn dem selv.

Typing increases discomfort in my dominant right hand... It's a bit tiring sitting there clicking away... because I have a bit of a problem with my right hand and I sort of, you know you're click, click, click (Hind et.al 2010, 704).

Resultatene viste at ingen greide å fullføre sitt hjemmearbeid. Noe som føltes stressende for pasientene. De mente også at det ble mangel på menneskelig innspill og de følte at de trengte personlig kontakt med mennesker for at de ikke skulle bli sosialt isolert.

With MS you can become very isolated because of your disability... So, I think when working with something that is a computer programme it makes you feel even more like you're not speaking to someone face to face. You don't get the empathy there (Hind et.al 2010, 704).

4.1.3 Kognitiv terapi som gruppeterapi

I en studie kom det frem ifølge depresjonsskalaen som ble brukt at 45,7 % av de 219 deltagerne var deprimerte, og 57,5 % hadde psykiske plager (Forman og Lincoln 2009). Det ble tatt for seg en evaluering av kognitiv atferdsterapi i grupper for å finne ut hvilken effekt dette hadde på pasientenes mestring av depresjon. Pasientene ble delt inn i to grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe med følelsesfokusert terapi. I undersøkelsen kom det frem at deltagerne i kognitiv atferdsterapi gruppen hadde en markant reduksjon i depresjon i motsetning til kontrollgruppen. Endringene kommer ikke helt klart frem tidlig i studien, men mellom 3-6 måneder etter studiestart begynte endringene å vise seg i målingene. Da viste intervensjonsgruppen betydelig bedring, og kontrollgruppens resultat forverret seg (Forman og Lincoln 2009). En av pasientene som deltok i gruppen med kognitiv terapi uttalte i ettertid:

I was prescribed antidepressant and feel that they were important in keeping me functioning. However my mood has greatly improved more recently due to the various strategies that you introduced to us... I hope you are able to continue to offer this service to people with MS. Now I have strategies that can help me in the future... It has also helped my husband. My whole capacity of confidence was boosted... I came away with a stronger capability (Forman og Lincoln 2009, 216).

Kognitiv atferdsterapi viser seg å ha bedre behandlingsutfall enn støttegrupper. Det har en viss virkning hos noen, men det langsiktige behandlingsutfallet kan forverres. Resultatene viser at det er mer effektivt med kognitiv atferdsterapi og medikamentell behandling hos denne pasientgruppen (Mohr et al. 2001).

4.2 Medikamentell behandling med noe effekt

Antidepressiva er sannsynligvis den mest utbredte behandlingsformen for depresjon (Mohr et al. 2001). I våre funn viste det seg at medikamentell behandling kan være en effektiv behandlingsform for pasienter med depresjon og MS. Det trenger ikke nødvendigvis å ha effekt på alle med depresjon, men at det nytter enkelte individer. Kravene for å få delta i studiene var at alle pasientene i følge fire ulike depresjonsskalaer skulle ha mild, moderat eller alvorlig grad av depresjon. 56 pasienter ble inkludert. I studiene ble det funnet ut at virkningen ikke var så effektiv i begynnelsen på studiet, men at det etter hvert ble en økning i forskjeller på kontrollgruppen og behandlingsgruppen (Mohr et al. 2001; Ehde et al. 2008). I følge Mohr et al. (2001) hadde denne virkningen en varig effekt på 6 måneder etter avsluttet studie, og ga i tillegg økt livskvalitet. I samme studie ble det rapportert ulike bivirkninger som kvalme, hodepine og tørr munn hos opptil 57,1 % av deltagerne. En faktor som kognitiv svikt kan redusere effekten av antidepressiva. Dette er derfor viktig å kartlegge før en oppstart med medikamentell behandling mot depresjon (Julian og Mohr 2006).

4.3 Sosial støtte i hverdagen

Et annet viktig funn i vår studie er at sosial støtte har en innvirkning for behandlingsutfallet av depresjon hos pasienter med MS ved kognitiv atferdsterapi. Sosial støtte kan være en forbedrende faktor for behandlingsutfallet for pasienter med depresjon og MS. Jo mer sosial støtte pasientene mottok jo sterkere mental helse og bedre livskvalitet hadde de (Phillips og Stuifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010; Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005; Barlow et al. 2009).

For pasienter med faktorer som høy sosial støtte viser det seg at kognitiv atferdsterapi er mest effektivt (Phillips og Stuifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010; Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005). Mens for pasienter med lav sosial støtte var det ingen forskjeller i behandlingsresultatet for de som mottok kognitiv atferdsterapi og de som mottok

følelsesfokuset terapi. Begge gruppene fikk redusert sin depresjon tilsvarende (Mohr et al. 2005; Beckner et al. 2009).

I Phillips og Stuifbergens (2008) studie fant man ut at behandling av depresjon hos pasienter med MS resulterer i avtagende T-celle produksjon av det inflammatoriske cytokinet interferon gamma som er involvert i patogenesen av MS-inflammasjon og forverring. I tillegg har effekten på T-celle produksjon av interferon gamma funnet til å bli moderert ved høy sosial støtte. For deltagere med lave nivåer av sosial støtte, var forholdet mellom depresjon og interferon gamma produksjon betydelig, men nesten ikke-eksisterende blant de pasientene som ble målt til å ha høye nivåer av sosial støtte.

I en studie fra Mohr, Classen og Barrera (2004) undersøkte de forholdet mellom sosial støtte, depresjon og behandling for depresjon hos pasienter med MS. Der fant de ut at ved behandling for depresjon ble det en betydelig økning i mottatt sosial støtte, benyttet sosial støtte og tilfredshet med sosial støtte, samt reduksjon i behovet for emosjonell støtte. Det var ingen forskjeller i den sosiale støtten ved kognitiv atferdsterapi, sammenlignet med støttegrupper og antidepressiva. Alle endringene ble forklart som en følge av depresjonen. Økninger og forbedringer i den sosiale støtten skyldtes derfor bedring i depresjonen hos disse pasientene ifølge denne studien.

4.4 Dagligdagse aktiviteter som faktor

Våre funn viser at fravær av, eller høyere nivå av ulike aktiviteter i dagligdags sammenheng vil ha en innvirkning på grad av depresjon hos pasientene (Phillips og Stuifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010). I Phillips og Stuifbergen (2008) er dagligdagse aktiviteter omtalt som 35 elementer som beskriver aktiviteter som kan forbedre mental eller fysisk helse og aktiviteter som involverer sosialisering med andre mennesker. Pasientene skulle krysse av for alle aktiviteter de hadde gjort den siste uken. Fravær av dagligdagse aktiviteter kombinert med lite sosial støtte ble i våre funn relatert til depresjon hos pasienter med MS. I tillegg ble et høyere nivå av dagligdagse aktiviteter assosiert med økt livskvalitet, mindre depresjon og mindre fysiske begrensninger (Phillips og Stuifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet er inndelt i to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuterte vi vår litteraturstudies fremgangsmåte. Vi diskuterte hvilke styrker og svakheter oppgaven kan ha i forhold til valg av databaser, søkestrategi og hvordan vi analyserte artiklene. I resultatdiskusjonen diskuterte vi om studiets funn var i samsvar med vår hensikt og problemstilling. Her vil vi drøfte vårt funn opp mot teori og erfaringer fra praksis.

5.1 Metodediskusjon

Når arbeidet med studien startet, hadde vi ikke mye kunnskap innenfor området. Erfaringer fra praksis gjorde at vi ønsket å gå i dybden på det psykiske aspektet hos pasienter med MS. Dette var fordi vi mente at dette temaet fortjener mer fokus både hos helsepersonell og pasienter som er rammet. I arbeidet med studien hadde vi god hjelp av veileder, forelesninger, og ved hjelp av litteratur som vi har brukt. Vi har brukt Forsberg og Wengström (2008) som støttelitteratur.

Vi ble tidlig enige om å lage en plan om hvordan arbeidsprosessen skulle følges i vår studie. Denne planen ble ikke fulgt siden vi ble adskilt i 16 uker under praksis. Vi fikk da lite tid til studien og måtte derfor jobbe mye når vi først kunne jobbe sammen. Dette kan ha en svakhet i forhold til flyten i arbeidet. Men for oss fungerte det best når vi kunne sitte sammen og ha flere dager med fokus på bare studien.

Vi hadde utfordringer med å finne teori om vårt tema. Vi fant bøker om depresjon og MS hver for seg. Og de bøkene det sto om depresjon og MS, var lite oppdatert på området og var av eldre dato med lite fokus på det psykiske hos pasienter med MS. Dette skapte problemer for oss da vi skulle knytte dette sammen. Det ble så gjort et nytt forsøk på å finne litteratur på biblioteket, og vi fant da en bok av Værøy og Værøy (2004) som belyste problemområdet og styrket vår forforståelse om temaet. Vi brukte og endel forskning og reviewartikler i teoridelen. Dette er en styrke da det er forskning på området og mye er av nyere type.

Vi la ned mye arbeid på å finne gode søkeord. Vi hadde mange søkeord og prøvde å kombinere disse på forskjellige måter for å få nok artikler til å belyse vår problemstilling. Vi erfarte at det tok tid å forstå litteratursøket, men dette kom seg etter hvert. Vi søkte mange ganger uten å finne gode artikler og erfarte at det er lite forskning på vårt tema. Det kan også ha med søkestrategien å gjøre, men det påpekes også i litteraturen at det er lite forskning innenfor dette området (Værøy og Værøy 2004).

Mange artikler belyste problemområdet depresjon hos pasienter med MS, men ikke så mye på behandlingsmetoder. Til sammen leste vi 46 artikler, men måtte ekskludere noen fordi mange var urelevant for studien. Vi kunne hatt opptil 18 artikler som belyste vår problemstilling, men måtte ekskludere på grunn av at de var av eldre dato. Dette opplever vi som uheldig, siden det var mange gode artikler vi ikke fikk inkludert. Vi søkte i seks databaser, Ovid Medline, Ovid PsykINFO, SweMed, Norart, PubMed og ProQuest, men fant bare artikler fra tre av databasene. Det er mulig at vi hadde en søkestrategi som ikke var godt nok avgrenset.

Ved å inkludere depresjon og MS, ble kriteriene at alle pasientene som var med i studiene hadde diagnosen MS og måtte ta en depresjonstest for å kunne påvise en depresjon. Dette ser vi på som en styrke da hensikten er å undersøke behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot depresjon hos pasienter med MS. Vi vurderte at pasientperspektivet var viktig å inkludere, siden det er pasientene som må svare for effekten av behandlingen som blir gitt. Vi valgte å ha med hjemmeboende pasienter fordi vi hadde en forforståelse om at disse pasientene ofte er sosialt isolert og har lite kunnskap om hvilken hjelp de kan få, og ofte har mindre tilgang til aktuell hjelp.

Et av våre inklusjonskriterier var artikler fra 2006-2012, men vi valgte å ta med tre eldre artikler, da vi mente de var viktig for vår studie. Dette kan være en svakhet med tanke på at vi bare har ni artikler som er innenfor inklusjonskriteriene. Vi tok den avgjørelsen på grunnlag av at disse artiklene ble henvist til i alle inkluderte forskningsartikler, de tok for seg flere ulike behandlingsmetoder og støttet våre funn. Det var også lite forskning i nyere tid på dette området. Dette sees som en svakhet.

Ved behandlingsmetoder for depresjon ville vi undersøke om det var noen form for behandling som er spesielt virksom for pasienter som har MS. Dette mener vi er en styrke,

da denne pasientgruppen ofte kan ha problemer som ikke den generelle befolkningen har og dermed får behandling som er egnet for dem og deres livssituasjon. Vi inkluderte også medikamentell behandling. Vi var lenge usikker på om vi skulle ha med dette, men kom frem til at medikamenter er en vesentlig del av behandling av depresjon og er viktig å belyse. Svakheten med å ta med medikamenter kan være at det ikke direkte er en sykepleieoppgave, men at vi som kommende sykepleiere må ha kunnskaper om ulike medikamenter. Vi mente at alder og kjønn ikke hadde noen hindring for vår studie. Alle som har depresjon og MS bør få lik mulighet til den behandlingen som blir anbefalt. En svakhet kan være at noen behandlingsformer fungerer bedre på kvinner enn menn og omvendt og at yngre personer har bedre utbytte av enkelte behandlinger enn eldre pasienter.

Vi la ned mye arbeid i kvalitetssikring av artiklene. Vi hadde til sammen 46 artikler som vi delte, vi fant raskt ut om det var artikler som kunne inkluderes uten å lese gjennom dem grundig. Vi hadde deretter 18 artikler som ble kvalitetsbedømte etter kvalitetsskjema. Vi ser på det som en styrke at vi leste alle artiklene som ble inkludert og kvalitetsbedømte dem en gang hver. Alle inkluderte forskningsartikler ble vurdert som gode artikler og tidsskriftene er refereebedømt til nivå 1 eller 2. Vi undersøkte om alle artiklene var etisk godkjent. Av våre tolv artikler var bare åtte av artiklene etisk godkjent av etisk komité. Deltakerne i alle studiene signerte informert samtykke og var med frivillig på studien og hadde mulighet til å trekke seg når som helst.

Vi ville inkludere både kvantitativ og kvalitativ forskning i vår studie. Siden vi skulle måle effekt av behandlingsmetoder fant vi naturligvis flest kvantitative artikler som har til hensikt å måle effekt. Det er en styrke fordi vår hensikt nettopp var å finne effekten. Svakheten var at vi bare hadde en kvalitativ artikkel, der pasientene fortalte om sin opplevelse av behandlingen. Dette kunne være av interesse for å få en forståelse over hva hver enkelt pasient hadde å si om opplevelsen av behandlingen.

Analyseprosessen var både spennende og krevende. Fargekoder ble brukt for å komme frem til ulikheter og likheter i artiklene. Underveis fikk vi flere undertema som da fikk en ny farge. Dette føler vi var en fin og oversiktlig måte for å dra ut funn i artiklene som kunne belyse vår problemstilling. Svakheten med analyseprosessen var at det ble gjort så sent i prosessen. Det hadde vært ønskelig å gjøre dette tidligere for å få en klar oversikt

over funn og om vi eventuelt måtte ha nye artikler. Flere av artiklene måtte ekskluderes i denne prosessen.

5.1.2 Ulike depresjonsskalaer som verktøy

I alle våre brukte undersøkelser har det blitt anvendt ulike skalaer som verktøy for måling av graden av depresjon hos deltagerne. En rekke ekspertuttalelser støtter bruken av Beck Depression Inventory, som er en gjenganger i flere av artiklene vi har benyttet oss av, som et screening instrument for depresjon hos pasienter med multipel sklerose. Skalaen har en grenseverdi på 13 for å fastslå en klinisk betydelig depresjon (Ameis og Feinstein 2007). Man kan godt diskutere hvorvidt man kan fastslå at man har en depresjon ut ifra disse skalaene. Vi ser i våre funn, og i våre artikler at store prosentandeler av pasientene faktisk har moderat til alvorlig grad av depresjon, i følge disse skalaene. I flere av artiklene er det også brukt flere skalaer for å bygge opp under grunnlaget. Mange av deltagerne i undersøkelsene har ikke blitt diagnostisert for depresjon. Men som vi ser i teorien er det mange mørketall på dette området som bekrefter våre funn. Mange av pasientene søker ikke hjelp, de får feil hjelp, eller de blir feildiagnostisert da symptomene for en depresjon, lett kan antas å være symptomer på sykdommen MS. For å unngå at mange av disse pasientene går inn i en dypere depresjon ser man at det er veldig viktig med tidlig inngripen og hjelp. Ifølge Stenager, Stage og Stenager (2011) anbefaler man å benytte Beck Depression Inventory som screening av depresjon hos pasienter med MS. Men her menes det at hvis pasienten får en skår på over 13, bør han/hun undersøkes ytterligere for tilstedeværelse av en behandlingskrevende depresjon. En slik undersøkelse bør innebære en grundig psykiatrisk anamnese og en klinisk vurdering av de depressive symptomene. De understreker også at verken Hamilton eller Beck er beregnet som diagnoseverktøy, men bør primært anvendes til vurdering av depresjonens alvorlighetsgrad, slik det er gjort i de inkluderte artiklene. I våre funn er det ikke foretatt noen grundig klinisk anamnese av disse pasientene, noe som kan være en svakhet for vår oppgave. Undersøkelsene viser kun et overfladisk bilde med tall og skjemaer over deltagerne som har et visst antall depressive symptomer, og antas å ha en depresjon. Man får heller ikke noe inntrykk i pasientenes egne, private opplevelser av det å ha en eventuell depresjon. Men man kan med alle disse tallene og teorien, anta at veldig mange pasienter har en ubehandlet og udiagnostisert depresjon, og det er derfor svært viktig at det blir tatt på alvor.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Ulike Psykoterapi metoder

Vi ser i teorien at pasienter som har en depresjon ofte har sammensatte problemer som kan trenge ulike kombinasjoner av behandlingsformer (Snoek og Engedal 2010). Hos pasienter som i tillegg har MS kan det være mange ulike begrensninger for at de kan få gjennomført behandling ved psykiatrisk poliklinikk. I samtale med en pasient i praksis ble dette problematisert. Hun ytret misnøye over mangel på tilpasning i forhold til psykiatrisk hjelp. Hun så på den lange kjøreturen som et hinder for at hun skulle få den behandlingen som hun følte hun hadde behov for. Hun slet ofte med utmattelse og smerter i kroppen. Det at hun måtte planlegge kjøreturen til byen gjorde henne stresset og dermed mer utmattet. Siden hun heller ikke hadde sertifikatet på bil, medførte dette at hun måtte få noen til å kjøre henne eller bestille drosje. Hun ytret da et ønske om en behandlingsmetode som kunne være egnet for henne og hennes begrensninger. 30 % av 318 pasienter i en studie hadde ønske om jevnlig oppfølging av MS sykepleier og psykiatrisk sykepleier for å få hjelp til å mestre sine fysiske og psykiske utfordringer (Somerset et al. 2000). I følge samhandlingsreformen er hensikten at kommunene skal få flere oppgaver og spesialisert kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). For å tilfredsstill disse behovene bør sykepleiere spesialisere seg innen MS og psykiatri for å gi optimal behandling for denne pasientgruppen. Sykepleier har ansvar for å informere pasienten om hvilke rettigheter pasienten har, og vite om ulike behandlingsmetoder som kan hjelpe pasienten til å mestre sin depresjon. Vi ser i forskning at pasienter med MS og alvorlig depresjon ofte blir oversett, og derfor ikke diagnostisert. Å gripe tak i depresjonen i en tidlig fase kan forebygge suicid (Wallin et al. 2006). Sykepleier må derfor ha kunnskap om dette.

Våre funn viser at kognitiv atferdsterapi kan være en egnet behandlingsmetode til pasienter med MS. Kognitiv atferdsterapi har som mål å bevisstgjøre hvordan pasienten selv tenker om sin tilstand og hvordan han eller hun gir seg selv negative instruksjoner. Behandlingen benytter seg av kognitive intervensjoner og oppgavebaserte prosedyrer for å skape positiv endring av følelser, tanker og atferd. Hensikten er at pasienten skal lære problemløsning og mestring (Snoek og Engedal 2010). Dette kan utføres ved bruk av telefon, data, grupper og

individuell terapi. Dette kan da gi flere pasienter mulighet til behandling uansett fysisk funksjon og begrensninger (Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005; Cosio et al. 2011; Mohr et al. 2001; Hind et al. 2010; Beckner et al. 2007). Det ideelle hadde vært om sykepleiere hadde hatt erfaring innen kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode og utøvd dette i praksis. Dette kan gjelde for eksempel i hjemmesykepleie og ved psykiatrisk poliklinikk. Sykepleier kan gi tilbud om telefonterapi fremfor at pasienten må møte opp ved poliklinikk. Pasienten får da tilpasset terapien med tanke på sin sykdomstilstand.

En rekke forskningsartikler viser at telefonadministrert terapi kan være en egnet måte å behandle depresjon hos pasienter med MS på (Beckner et al. 2007; Beckner et al. 2009; Cosio et al. 2010; Mohr et al. 2005). Pasientene får da være i sitt eget hjem og slipper å eventuelt reise langt for å få behandling. Sykepleiere og annet helsepersonell bør derfor tenke alternativt og se muligheter fremfor begrensninger, slik at pasientene får den behandlingen de har behov for. Pasienter med MS kan ha en rekke fysiologiske symptomer som gjør behandling i hjemmet til den beste metoden. Dette kan være symptomer som motoriske forandringer, lammelser og vannlatningsproblemer. I en meta-analyse av Dorstyn, Mathias og Denson (2011) ble det kritisk vurdert åtte studier med telefonbasert terapi som behandlingsmetode til pasienter med ervervet fysisk funksjonshemming. Behandlingen hadde fokus på mestringsstrategier, mestringsferdigheter og optimisme. Resultatet viser at pasienter med MS og depresjon hadde økt mestring av depresjon ved hjelp av telefonadministrert terapi sammenlignet med andre kroniske lidelser som i tillegg hadde depresjon. Behandlingen ga betydelige forbedringer i mestringsstrategier og en god effekt på depresjonen.

Det viser seg også at pasienter med MS og depresjon var lite fornøyd med grad av sosial støtte i forhold til andre pasientgrupper. De hadde få støttepersoner rundt seg. Sykepleier kan være behjelpelig med å inkludere støttepersoner som familie og pårørende hvis ønskelig. Sykepleier har en viktig oppgave med å informere pårørende om sykdomssituasjon for å skape mer forståelse av pasientens situasjon (Almås og Johansen 2001).

Våre funn viser at pasienter med MS er betydelig mer deprimert enn andre pasientgrupper og en rekke studier viser at pasienter med MS er minst fornøyd med støtten de mottar, sammenlignet med andre pasientgrupper. Dette kan ha en viss sammenheng som er viktig

å få frem (Dorstyn, Mathias og Denson 2011; Mohr et al. 2001; Værøy og Værøy 2004; Vargas og Arnett 2010). Det ble understreket av det var ønskelig med flere studier som viste langtidseffekten av telefonadministrert terapi (Dorstyn, Mathias og Denson 2011). Mohr et al. (2005) undersøkte langtidseffekten av behandlingen etter 12 måneder. Resultatene viste at de som hadde mottatt telefonadministrert behandling med kognitiv atferdsterapi hadde større reduksjon av depressive symptomer enn de som mottok følelsesfokusert terapi. Dette kan tyde på at kognitiv atferdsterapi gir økt mestring både kortsiktig og langsiktig. Dette bør da vurderes når en pasient skal få behandling for sin depresjon.

Det viser seg at både telefonadministrert følelsesfokusert- og kognitiv atferdsterapi har effekt, men kognitiv atferdsterapi er en mer egnet behandling. Grad av sosial støtte er en viktig faktor for behandlingsutfallet ved kognitiv atferdsterapi. Hos de som mottar følelsesfokusert terapi er ikke sosial støtte like viktig. Dette kan tyde på at det hjelper på depresjonen å ha noen å prate med, men trenger nødvendigvis ikke spesielle behandlingsmetoder (Beckner et al. 2007). Følelsesfokusert terapi retter seg mot pasientens bevisste opplevelser og er mer direkte mestringsfokusert (Snoek og Engedal 2010).

En følge av sykdommen MS er at pasientene ofte kan bli sosialt isolert. Dette kan ha med omgangskrets, fysiske eller psykiske begrensninger å gjøre (Almås og Johansen 2001). Det å få behandling over telefon kan da være uheldig for de pasientene som ikke er sammen med mennesker i hverdagen og dermed blir enda mer isolert enn om pasienten kan få treffe sin terapeut. Dette bør da vurderes ut ifra pasientens livssituasjon og ønsker. I praksis opplevde vi en pasient som hadde tilbud om å komme til et samlingssted hvor pasienter med psykiske problemer kunne treffes og gjøre noe positivt i hverdagen, samtidig som de fikk tilbud om samtaler med psykiatrisk sykepleier. De ble også tilbudt skyss til og fra samlingsstedet. Problemet hos denne pasienten var at turen ble alt for lang da han i tillegg til en 40 minutters biltur måtte ta ferge på 15 min. Noe som gjorde at brukeren var sliten allerede når han kom til samlingsstedet. Han hadde mulighet til å slappe av på denne plassen, men pasienten selv følte det ble litt ubehagelig når poenget var at han skulle være sosial blant andre. Han merket også at det var en fordel å være der når han først hadde kommet seg dit, og syntes det var et kjempefint tilbud. Her kunne det vært aktuelt med telefonbasert terapi kombinert med at han møtte opp på samlingsstedet for å være sosial

sammen med andre. Han hadde da både fått vært sosial og samtidig fått behandling i sitt hjem og sluppet den lange reisetiden.

Våre funn viser at forholdet mellom pasient og behandler er en faktor som har vist seg å ha en innvirkning på behandlingsutfallet med telefonadministrert terapi. Dette ble forsket på i en studie hvor de hadde telefonadministrert kognitiv atferdsterapi og følelsesfokusert terapi. Det viste seg at de som mottok kognitiv atferdsterapi var mer tilfreds med forholdet til sin behandler i motsetning til kontrollgruppen (Beckner et al. 2007). Dette kan da tyde på at behandler -pasient forholdet kan ha en innvirkning i behandlingsutfallet, og følelsesfokusert terapi kan ha bedre virkning hvis forholdet er godt. Pasientene bør da underveis i behandlingen få mulighet til å endre behandler hvis ønskelig. Dette kan føre til et bedret behandlingsutfall.

Gruppeterapi er en behandlingsmetode som kan være positivt både med tanke på sosialisering og terapi i kombinasjon. I gruppeterapi er ikke forholdet mellom behandler og pasient så viktig som forholdet mellom gruppe medlemmene for behandlingsutfallet. Pasientenes måte å forholde seg til andre pasienter blir mer fokusert og tydelig enn i individuell terapi. Gruppeterapi kan være en ekstra støtte som får pasientene til å føle seg mindre alene om sine problemer og kan støtte seg til andre (Snoek og Engedal 2010). Våre funn viser at kognitiv atferdsterapi gir reduksjon av depresjon fremfor støttegrupper. De som mottok følelsesfokusert terapi i grupper fikk forverret depresjon etter behandlingen var avsluttet, noe som er i strid med hva teorien sier om gruppeterapi. Gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi fikk også styrket virkningen av medikamentell behandling (Forman og Lincoln 2009; Mohr et al. 2001). Vi har ingen teori om gruppeterapi med kognitiv atferdsterapi, noe som er en svakhet for vår studie. Vi har bare en studie som bruker kognitiv atferdsterapi ved gruppeterapi, og to med følelsesfokusert terapi. Vi kunne ha styrket resultatet ved å hatt flere studier som bruker gruppeterapi som metode. Et funn som virket overaskende på oss var at de som mottok følelsesfokusert gruppeterapi fikk forverret depresjon. Dette virker ulogisk i forhold til funn vi har om viktigheten av sosial støtte. Men vi vil understreke at vi har bare en inkludert studie som har dette resultatet og setter derfor tvil om studien stemmer overens med annen litteratur. Vi skulle derfor hatt flere studier til å bekrefte eller avkrefte dette funnet.

I en studie av Hind et al. (2010) undersøkte de om databasert kognitiv atferdsterapi kunne være en god behandlingsmetode. Det viste seg at deltakernes kroniske fysiske tilstand ble til hinder for gjennomførelse. Det ble vanskelig å fullføre programmet da deltakerne ble utslitt grunnet fatigue og nedsatt konsentrasjon, som er en følge av sykdommen. Å sitte fremfor datamaskinen i samme posisjon førte til en rekke fysiske ubehag, noe som gjorde det vanskelig å fullføre programmet. De følte seg også mer isolert og ønsket personlig kontakt med mennesker. I teorien ser vi at pasientene kan slite med synsnedsettelse og dobbelt syn. Dette kan da medføre at det blir vanskelig å følge et dataprogram og ha effekt av denne terapiformen. Flere sliter med svekket hukommelse og konsentrasjonsproblemer, noe som er en viktig del for å kunne fullføre nettbasert terapi (Myhr og Nyland 2007). Som et alternativ til å mestre depresjon er det nå utarbeidet et nytt nettbasert selvhjelpsprogram i Norge som kalles *Spirit*. Programmet er utarbeidet av norske psykologer. Hensikten er å gi råd, veiledning, vise øvelser og teknikker som kan bidra til å mestre negative tanker og følelser. Det understrekes at det ikke kan brukes som behandling alene, men kan være et godt supplement. Dette kan være hjelpsomt til pasienter med MS som har mild til moderat grad av depresjon (Førde 2012). Det er bra at det blir praktisert alternativer til behandling spesielt rettet mot mestring av depresjon hos pasienter med MS i Norge. Her vil det i følge forskningen bli fysisk utfordrende for pasientene (Hind et al. 2010). Alternative løsninger kunne vært å hatt et slikt program per telefon.

5.2.2 Medikamentell behandling

Medikamentell behandling kan være naturlig ved depresjoner der man er opptatt av serotonin- og dopamin stoffskiftet i hjernen, og hvordan dette påvirker en depresjon. Medikamentell behandling vil ha en direkte påvirkning på disse systemene. Ifølge Snoek og Engedal (2010) er det kun de med de alvorligste depresjonene som vil ha noen nytte av disse medikamentene. Antidepressiva er sannsynligvis den mest utbredte behandlingsformen for depresjon, og derfor vanlig i behandling for pasienter med depresjon og MS (Mohr et al. 2001). Pasienter som er diagnostisert med MS hadde en 4,75 ganger så stor sjanse for å få utskrevet antidepressiva enn en alders- kjønns og kalendermatchet kontrollgruppe fra normalbefolkningen (Stenager, Stage og Stenager 2011).

I våre funn viser det seg at antidepressiva kun har til dels effekt og at det nødvendigvis ikke vil ha en virkning på alle med depresjon og multippel sklerose (Mohr et al. 2001; Ehde et al. 2008). I teorien ser vi at dette kan ha ulike årsaker. Ifølge Snoek og Engedal (2010) vil antidepressiva ha best effekt på pasienter med alvorlig grad av depresjon, og hos dem hvor årsaken til depresjonen er biologisk. Hos pasienter med mild til moderat grad av depresjon vil kognitiv atferdsterapi ha best effekt (Snoek og Engedal 2010), noe som bekreftes i våre funn. Hos pasienter med MS vil 40 % av pasientenes depresjon skyldes årsak av skader i sentralnervesystemet, og disse vil kanskje ha best nytte av medikamentell behandling (Stenager, Stene og Stenager 2011). Dette krever egen forskning. Det er ønskelig å møte disse pasientene i tilpasnings- og aksepteringsfasen (Ben-Zacharia 2011), før depresjonen rekker å bli så alvorlig. Det er vanskeligere å behandle en alvorlig grad enn en mild depresjon. Ved mild – til - moderat grad av depresjon kan kognitiv atferdsterapi være et godt alternativ til behandling, da det ikke nødvendigvis trenger å være en biologisk årsak til depresjonen, men en normal og naturlig reaksjon på det å få en sykdom. Et egnet alternativ kan være en kombinasjon av medikamentell behandling og kognitiv atferdsterapi (Snoek og Engedal 2010). Kognitiv atferdsterapi kan også øke effekten av medikamentell behandling (Forman og Lincoln 2009, Walker og Gonzales 2007).

I tillegg til at antidepressiva ifølge teorien og forskningen kun vil fungere på noen av disse pasientene, har medikamentell behandling bivirkninger som kan påvirke pasienten i negativ retning. Ifølge Ben-Zacharia (2011) kan det oppstå bivirkninger som angst, insomni, økt appetitt, tremor, gastrointestinale symptomer, hodepine, rastløshet, seksuell dysfunksjon, vekttap, tørr munn, urinretensjon og obstipasjon. Dette bekreftes i våre funn da Mohr et al. (2001) rapporterte om 57.1% av deltagerne som hadde opplevd bivirkninger som kvalme, hodepine og tørr munn. Dette er bivirkninger som kommer uavhengig av type medikament (Ben-Zacharia 2011). En viktig del i rollen som sykepleier er å observere virkninger og bivirkninger av ulike typer antidepressiva. Dette bør vurderes jevnlig i samarbeid med lege og pasient.

I vår studie fant vi også resultater som viste at kognitiv svikt kan ha innvirkning på effekten ved bruk av medikamentet Sertralin, og kan redusere virkningen. Noe som kan tilsi at antidepressiva ikke egner seg hos pasienter med moderat til alvorlig grad av kognitiv svikt (Julian og Mohr 2006). 50 % av pasienter med MS har en kognitiv

dysfunksjon, som innebærer nedsatt oppfattelse av informasjon, dårligere kortidsminne, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, nedsatt problemløsningsevne, nedsatt visuell oppmerksomhet og nedsatt verbal flyt i ordforråd (Ben-Zacharia 2011). En stor fordel med antidepressiva er at man ikke er avhenging av å komme seg til behandling, men kan dra nytte av behandlingen i sitt eget hjem. Dette er en fordel da pasienter med MS ofte lider av funksjonssvikt og mange vil etter hvert bli avhengige av rullestol (Myhr og Nyland 2007). Problemer som kan oppstå kan være at pasienten står i fare for å bli sosialt isolert, som i kombinasjon med ulike bivirkninger kan ha en negativ effekt på pasientens livskvalitet. Det kommer frem i flere av våre funn at det sosiale har en stor innvirkning på pasientens depresjon (Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005; Vargas og Arnett 2010; Phillips og Stuijbergen 2008).

Ifølge Ameis og Feinstein (2007) kommer det frem at livstidsprevalensen på å utvikle depresjon hos pasienter med MS ligger på 50-60 %, men at veldig få av disse søker hjelp for sine problemer selv om de blir anbefalt å gjøre det (Sollom og Knebone 2007). En årsak til at det er så mange mørketall blant pasienter med depresjon og MS kan være at depresjonstester inneholder alternativer som er like de symptomer man får som følge av MS sykdommen, og at det blir vanskelig å skille disse fra hverandre (Mitchell et al. 2006). Et alternativ kunne vært egne depresjonsskalaer som kun er laget til bruk for pasienter med MS, siden det i tillegg er en 50 % økt risiko for depresjon og en suicidal livstidsprevalens på 28,6% hos denne gruppen (Ben-Zacharia 2011).

5.2.3 Faktorer som kan bidra til mestring

Mestring retter oppmerksomheten mot helse og er opptatt av salutogenese, beskyttelsesfaktorer og motstandsdyktighet. Det bygger på emosjonell nærhet og kompetanse, som begge er med på å bygge opp selvfølelsen (Snoek og Engedal 2010). Pasienter som er rammet av sykdommen MS trenger støtte fra familier og venner. Åpenhet omkring sykdommen er viktig for å unngå at omgangskretsen trekker seg unna og at pasienten vegrer seg og blir sosialt isolert. Pasienten må oppfordres til å delta i sosiale sammenhenger. Endringer i sentralnervesystemet gjør at pasienten kan komme i situasjoner som kan være ubehagelige på ulike måter. Viktig å informere familie og venner om endringer som kan oppstå i forbindelse med sykdommen, slik at man kan gi forståelse og greie å opprettholde kontakten på en meningsfull måte (Almås og Johansen 2001). I

flere av våre inkluderte forskningsstudier viste det seg at sosial støtte hadde en stor innvirkning på utfallet av behandlingen og at sosial støtte ga sterkere mental helse og økt livskvalitet (Phillips og Stuifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010; Beckner et al. 2009; Mohr et al. 2005).

I teorien er det lagt fokus på at mange med MS blir sosialt isolert (Walker og Ginzales 2007). Sosial støtte er viktig for god helse og ensomhet og lav sosial status har sammenheng med nedsatt fysisk og psykisk helse. Sosial støtte vil innebære at man tilhører et sosialt nettverk, får kjærlighet og omsorg og blir aktert og verdsatt (Folkehelseinstituttet 2010). I våre funn ser vi viktigheten av hvorfor sosial isolasjon må unngås, da det har en stor betydning for behandlingsutfallet av depresjon (Phillips og Stuifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010; Beckner et al. 2009; Mohr 2005). I to av de inkluderte forskningsartiklene (Vargas og Arnett 2010; Phillips og Stuifbergen 2008) har man tatt utgangspunkt i dagligdagse aktiviteters effekt på depresjon og funnet ut at å involvere enkle dagligdagse aktiviteter vil ha en positiv effekt på depresjon. Her kommer også den sosiale støtten inn. Det kan være en utfordring for pasienter med MS å være sosiale, da de har mange fysiske og psykiske symptomer som følge av sykdommen, som hemmer dem i dagliglivet (Almås og Johansen 2001). Disse dagligdagse aktivitetene var aktiviteter som egner seg godt for de ulike gradene av MS, da de innebar ulike aktiviteter som å ringe en god venn, gå en tur i hagen eller se på dyr og blomster. Det viste seg at fravær av dagligdagse gjøremål i kombinasjon med lite sosial støtte ble relatert til at deltagerne hadde en depresjon. Noe som kan antyde at dagligdagse gjøremål i kombinasjon med sosial støtte vil være en hjelpende faktor for denne pasientgruppen. Dette er enkle tiltak fordi de kan gjøres i pasientens eget hjem, av pasienten selv, og trenger ikke koste noe verken i tid eller ressurser. Sykepleier bør oppfordre pasienten til å gjennomføre disse tiltakene, noe som kan være spesielt aktuelt i hjemmesykepleien. Dagligdagse aktiviteter hadde i studiene fokus både på gjøremål i hjemmet og i det sosiale, noe som gjør det til en allsidig faktor (Vargas og Arnett 2010; Phillips og Stuifbergen 2008). En kombinasjon av dagligdagse aktiviteter og annen form for behandling ville kanskje vært et bra alternativ. For eksempel telefonbasert kognitiv atferdsterapi som viser seg å være effektivt i følge våre funn. Undersøkelsen sier ikke noe om disse faktorene fungerte som behandling i seg selv, bare at fravær av dem ble relatert til depresjon, og man kan derfor ikke si sikkert om det ville fungert som behandlingsmetode alene. Men en fin

måte å føye dagligdagse gjøremål inn i dagliglivet på som i tillegg kan lette depresjon og øke den sosiale støtten.

I praksis fikk vi erfare dette på nært hold da en depressiv pasient med MS deltok i et prosjekt hvor hensikten var at pasienten skulle komme seg ut, bli sosialisert og få gjøre ting som virket meningsfullt for pasienten. Dette var et samlingssted hvor mange brukere med ulike tilstander kunne treffes for å snakke og bedrive hyggelige aktiviteter, og snakke med psykiatrisk helsepersonell om det var ønskelig. Dette var aktiviteter som pasienten selv følte økte hans sosiale støtte, og ga ham små ting å glede seg over i hverdagen. Ifølge det vi erfarte med denne pasienten virker det ikke som det er så mye som skal til for å gi disse pasientene et lite løft i den depressive hverdagen, og at små daglige aktiviteter kan være med på å bedre depresjonen i sin helhet. Pasienten har også mulighet til å bedrive disse aktivitetene når han kommer hjem, som i følge våre funn vil ha en positiv effekt på depresjon (Phillips og Stuiifbergen 2008; Vargas og Arnett 2010). Vi antar at det er viktig å møte pasienten på hans premisser slik at man kan få til en behandling som best er tilpasset den det gjelder. Alle er forskjellige og vil mest sannsynlig ha ulike behov, da de alle har ulikt sykdomsbilde. Pasienter med ms vil ha kommet ulikt i sykdomsprosessen, og fysiske og mentale utfordringer vil være ulike fra pasient til pasient.

6.0 Konklusjon

6.1 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse behandlingsmetoder og faktorer som kan bidra til mestring av depresjon. Vår litteraturstudie belyste hvor utbredt depresjon er hos pasienter med MS og viktigheten av å få behandlet depresjonen. MS er en sykdom som gir både fysiske og psykiske symptomer som er viktig å behandle. Ved å behandle depresjonen, kan sykdomsutviklingen av MS bremses og dermed kan denne pasientgruppen få bedret livskvalitet og sykdomsbilde. Vi mener at sykepleiere bør utvide sine kunnskaper, og se personen bak sykdommen og vite noe om hvilken behandling de kan få for å mestre sin depresjon.

Våre funn viser at pasienter med depresjon og MS bør tilbys ulike behandlingsmetoder som er spesielt egnet for deres livssituasjon og ønske. Telefonadministrert kognitiv atferdsterapi viser seg å være best egnet som behandlingsmetode. Denne behandlingsmetoden ga også best langsiktig behandlingsutfall. Ved moderat til alvorlig grad av depresjon er medikamentell behandling god behandlingsmetode, men er avhengig av at pasienten ikke har kognitiv svikt. Kognitiv svikt oppstår hos mange med MS, noe som reduserer virkningen av medikamentell behandling.

For å vite noe om hvilken behandling som kan passe hver enkelt, bør det kartlegges faktorer som kan påvirke behandlingsutfallet. Faktorer som sosial støtte og forhold mellom terapeut og pasient kan ha innvirkning på behandlingsutfallet med kognitiv atferdsterapi. Dårlig forhold mellom pasient og behandler resulterer i at man ikke oppnår ønsket effekt av behandlingen. Dette bør kartlegges underveis i terapien, slik at pasienten har mulighet til å få en annen behandler for å dra nytte av terapien. I tillegg til dette har grad av sosial støtte en innvirkning på utfallet av behandling ved kognitiv atferdsterapi. Denne terapiformen kan gi økt mestring hos de som har sosialt nettverk.

6.2 Forslag til videre forskning

Mye av forskning vi har sett i løpet av søkeprosessen og i litteraturhenviisningene er av eldre forskning. I senere år er det lite forskning på behandlingsmetoder rettet mot depresjon hos pasienter med MS. I praksis har vi erfart at det blir lite fokusert på alternative behandlingsmetoder for denne pasientgruppen. Vi vil med denne studien foreslå utprøvelse av telefonbasert kognitiv atferdsterapi til pasienter med MS og depresjon.

Litteraturhenvisning

- Almås, Hallbjørg og Eldbjørg Rafaelsen Johansen. 2001. 3.utg. Sykepleie til pasienter med nevrologiske sykdommer. In *Klinisk sykepleie*, ed. Almås, Hallbjørg, 802 – 838. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ameis, Stephanie og Anthony Feinstein. 2007. Treating depressed multiple sclerosis patients. *Future Medicine* 4: 1-2.
- Beckner, Victoria, Isa Howard, Lea Vella og David C.Mohr. 2009. Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role og social support. *Journal of Behavioral Medicine* 33: 47-59.
- Beckner, Victoria, Isa Howard, Lea Vella og David C.Mohr. 2007. Alliance in Two Telephone-Administered Treatments: Relationship With Depression and Health Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3: 508-512.
- Beiske, A. G, E. Svensson, I. Sandanger, B. Czujko, E. D. Pedersen, J. H. Aarseth og K. M. Myhr. 2007. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology* 15: 239-245.
- Ben-Zacharia, Aliza Bitton. 2011. *Therapeutics for Multiple Sclerosis Symptoms*. New York: Mount Sinai School of Medicine.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2003. *Lykke tyvene: Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: H.Aschehoug & Co.
- Chwastiak, Lydia, Dawn M. Ehde, Laura E. Gibbons, Mark Sullivan, James D. Bowen, og George H. Kraft. 2002. *Depressive Symptoms and Severity of Illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic Study of a Large Community Sample*. *The American Journal of Psychiatry* 159: 1862-1868.
- Cosio, David, Ling Jin, Juned Siddique og David C.Mohr. 2010. The Effect of Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life among Patients with Multiple Sclerosis. *Annals of behavioral medicine* 41(2): 227-234.
- Dahl, Alv A, Leo Eitinger, Ulrik Fr. Malt og Nils Rettersdøl. 1994. *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlag.
- Dorstyn, D.S, J. L. Mathias og L. A. Denson. 2011. Psychosocial Outcomes of Telephone-Based Counseling for Adults With an Acquired Physical Disability: A Meta-Analysis. *Rehabilitation Psychology* 56(1): 1-14.
- Ehde, Dawn M, George H. Kraft, Lydia Chwastiak, Mark D. Sullivan, Laura E. Gibbons, Charles H. Bombardier og Rohini Wadhvani. 2008. Efficacy of paroxetine in

- treating major depressive disorder in persons with multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry* 30: 40-48.
- Eiring, Øystein. 2005. Tema: Mest MS i radonkommuner. MS – Forbundet. <http://www.ms.no/forskning/artikler-o/mest-ms-i-> (Lest: 05.06.2012).
- Feinstein, Anthony 2005. *Mood Disorders in multiple sclerosis and the effects on cognition*. *Journal of the Neurological Sciences* 245: 63-66.
- Folkehelseinstituttet 2010. Tema: Sosial støtte. Folkehelseinstituttet. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70824::1:6043:25:::0:0 (Lest: 19.04.2012).
- Forman, AC and NB Lincoln. 2009. Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 24: 211-221.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Olika typer litteraturstudier*. Stockholm: Forfatterne och Bokforlaget Natur og kultur.
- Førde, Olav. 2012. *Netthjelp mot tunge tanker*. MS-forbundet. <http://www.ms.no/ms-og-samfunnet/nett-hjelp/> (Lest: 02.04.2012).
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2007. *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47(2007-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hind, Daniel, Alicia O`Cathain, Cindy L. Cooper, Glenys D. Parry, Claire L. Isaac, Anita Rose, Leonie Martin. 2010. The acceptability of computerised cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in people with chronic physical disease: A qualitative study of people with multiple sclerosis. *Psychology and Health* 25(6): 699-712.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. 2.utg. *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Julian, Laura J og David C. Mohr. 2006. Cognitive Predictors of Response to Treatment for Depression in Multiple Sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 18: 356-363.
- Kunnskapscenteret. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. 2008. *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*.

- <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (lest: 16.12.2011)
- Malterud, Kirsti. 2011. 3.utg. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Midgard, Rune. 2009. *Hva er Multippel Sklerose?* MS-forbundet.
<http://www.ms.no/sykdommen/hva-er-mul1/> (lest: 26.03.11)
- Mitchell T. Wallin, Jeffrey A. Wilken, Aron P. Turner, Rhonda M. Williams. 2006.
Depression and Multiple Sclerosis: Review of a lethal combination. Journal of Rehabilitation Research and Development 43(1): 45- 62.
- Mohr, David C, Arne C. Boudewyn, Donald E. Goodkin, Alan Bostrom and Lucy Epstein. 2001. Comparative Outcomes for Individual Cognitive-Behavior Therapy, Supportive-Expressive Group Psychotherapy, and Sertraline for the Treatment of Depression in Multiple Sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(6): 942-949.
- Mohr, David C, C. Classen and M. Barrera. 2004. The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis.
Psychological Medicine 34: 533-541.
- Mohr, David C, Stacey L. Hart, Laura Julian, Claudine Catledge, Lara Honos-Webb, Lea Vella and Edwin T. Tasch. 2005. Telephone-Administered Psychotherapy for Depression. *Archives of General Psychiatry* 62(9): 1007-1014.
- MS-Forbundet. 2008. Tema: Verdensomspennende MS - atlas lansert.
<http://www.ms.no/forside/verdensoms/> (Lest: 05.06.2012).
- Myhr, Kjell-Morten og Harald Nyland 2007. 4.utg. Multippel sklerose. In *Nevrologi og nevrokirurgi*, ed. Gjerstad, Leif, Ola Hunsbeth og Eirik Helseth, 479-490. Nesbru: Forlag Vett & Viten AS.
- Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk Helseinformatikk. 2010. Tema: *Hamilton 17 depresjonsskala*.
http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/hamilton-17-depresjonsskala-27738.html#reference_1 (Lest: 23.03.2012).
- Nyland, Harald Inge. 1991. *Multippel sklerose: En veiledning for helsepersonell*. Bergen: Alma Mater Forlag AS.

- Phillips, Lorraine J and Alexa K. Stuifbergen. 2008. The Influence of Positive Experiences on Depression and Quality of Life in Persons With Multiple Sclerosis. *Journal of Holistic Nursing* 26(1): 41-48.
- Reitan, Anne Marie. 2006. Kap. 7 Mestring. I *Sykepleieboken 2*. Knutstad, Unni og Birte Kamp Nielsen (red.), 157-178. Oslo Akribe AS.
- Sigveland, Johan og Hege Kornør. 2011. Helsebibloteket. *Tema: Beck Depression Inventory, versjon II*.
<http://www.helsebibloteket.no/microsite/Psykologiske+tester/Tester+etter+tema/Depresjon/BDI+II.63275.cms> (Lest: 23.03.2012)
- Snoek Englestad, Jannike og Knut Engedal. 2010. 3.utg. *Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe.
- Sollom, A. C, og I. I Knebone. 2007. Treatment of Depression in people who have multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 13: 632-635.
- Somerset, Maggie, Rona Campbell, Deborah J. Sharp og Tim J. Peters. 2000. What do people with MS want and expect from health-care services? *Health Expectations* 4: 29-37.
- Stenager, Elsebeth Nylev, Kurt Bjerregaard Stage og Egon Stenager. 2011. Risiko for affektiv lidelse ved multipel sklerose. *Ugeskrift for læger* 2: 123-126.
- Thomas, Peter W, Sarah Thomas, Charles Hillier, Kate Galvin og Roger Baker. 2009. Psychological interventions for multiple sclerosis. The Cochrane Library 1-35.
- Treppner, Peter. 1997. *Depresjoner*. Bergen: John Grieg Forlag A/S.
- Vargas, Gray A og Peter A. Arnett. 2010. Positive everyday experiences interact with social support to predict depression in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society* 16: 1039-1046.
- Værøy, Henning og Mette Garvoll Værøy. 2004. *Nevropsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Walker, Diane og Elizabeth Gonzalez. 2007. Review of intervention studies on depression in persons with multiple sclerosis. *Issues in Mental Health Nursing* 28: 511-531.
- Wallin, Mitchell T, Jeffrey A Wilken, Aaron P Turner og Rhonda M Williams. 2006. Depression and Multiple Sclerosis: Review of a lethal combination. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 43: 45-62.

Vedlegg nr. 1

PIO SKJEMA

P	I	O
Depresjon Depressive symptommer Multippel sklerose MS Stemningsleie	Behandlingsformer Tiltak Terapi Medikament Antidepressiva Psykoterapi Kognitiv atferdsterapi Telefonbasert terapi	Mestring Bedring Erfaring Opplevelse Forebygging Behandlingsutfall
Depress* Depressive symptoms Depressive signs Multiple sclerosis MS Mood	Treatment* Therap* Therapeutics Measures Antidepress* Psychotherap* Cognitive Behavioural Therap* Telephone based therap*	Master* Improvement* Cope or Coping Experience* Prevent* Treatment outcome

Vedlegg nr. 2

Oversiktstabell: innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
AC Forman, NB Lincoln. 2009. Nottingham, UK. Clinical Rehabilitation	<i>“Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis”</i>	Å evaluere pasienter med MS under behandling for depresjon ved kognitiv atferdsterapi sammenlignet med en kontrollgruppe.	Kvantitativ studie RCT studie	219 på intervju. 153 hadde depresjon. 40 av disse ble med på behandlings forsøket. 113 i frafall. Kvinner og menn. 25-68 år. 20 deltagere pr. gruppe	Depressive symptomer ble redusert i kognitiv atferds terapi gruppen, men ikke hos kontroll gruppen.	Etisk godkjenning ble innhentet fra Nottingham lokale forskningsetiske komitè.	Nivå 1. God kvalitet.

Lorraine J. Phillips, Alexa K. Stuiifberg en. 2008, USA. Journal of Holistic Nursing.	<i>“The Influence of Positive Experiences on Depression and Quality of Life an persons With Multiple Sclerosis.”</i>	Å undersøke omfanget av hvilke dagligdagse aktiviteter som påvirker depressive symptomer og livskvaliteten hos pasienter med MS.	Kvantitativ studie. Korrelasjonsstudie. pasientene ble plukket ut fra en tidligere tverrsnittstudie.	Kvinner og menn deltok. Alder 27-87 år. Av 533 pasienter, var det 443 som deltok. Gir et frafall på 90 pasienter.	Større omfang av dagligdagse aktiviteter var assosiert med mindre depressive symptomer og bedre livskvalitet.	Godkjent av Institutional Rewiew Board.	Nivå 1. God kvalitet.
---	--	--	--	---	---	---	-----------------------

<p>Mohr David C., Stacey L. Hart, Laura Julian, Claudine Catledge, Lara Honos-Webb, Lea Vella, Edwin T. Tasch.</p> <p>USA</p> <p>2005.</p> <p>Archives of General Psychiatry</p>	<p><i>“Telephone-Administered Psychotherapy for Depression”</i></p>	<p>Evaluerer effekt av behandling med en kognitiv atferdsterapi-gruppe opp mot en kontrollgruppe av deprimerte pasienter med MS.</p>	<p>Kvantitativ studie. RCT, inkludert 12 måneders oppfølging.</p>	<p>Kvinner og menn. Gjennomsnittsalder på pasientene var 47,96 år. 223 pasienter møtte kriteriene for å delta i studien.. 150 ble ansett som kvalifisert. 23 nektet å delta, 62 ble randomisert til kognitiv atferdsterapi og 65 til støttende følelsesfokusert terapi. 120 deltakere fullførte. 60 på hver gruppe.</p>	<p>Pasientene i behandlingsgruppen viste stor reduksjon av depressive symptomer framfor kontrollgruppen.</p>	<p>Etisk godkjent av KP Human Subjects review Committees.</p>	<p>Nivå 2. God kvalitet.</p>
--	---	--	---	---	--	---	------------------------------

Beckner Victoria, Lea Vella, Isa Howard and David C. Mohr. USA 2007. Journal of Consulting and Clinical Psychology.	<i>“Alliance in Two Telephone-Administered Treatments: Relationship With Depression and Health Outcomes”</i>	Å finne ut om terapeut-pasient-forholdet hadde en viktig innvirkning på resultatet av behandlingen med telefonbasert behandling.	Kvantitativ studie. Sekundær analyse av en RCT-studie	Kvinner og menn deltok. Gjennomsnittsalder på 48 år. 97 deltakere, 48 deltok på kognitiv atferdsterapi gruppe, 49 på støttefokusert terapi.	Resultatet viste at forholdet mellom terapeut- klient på kognitiv atferdsterapigruppen var mye bedre enn mellom de på den støttefokuserede gruppen. Funnene tyder på at forholdet er viktig for utfallet av terapien.	Etisk godkjent av Kaisers Permanente Human Subjects review Committees.	Nivå 2. God kvalitet
---	--	--	---	---	---	--	----------------------

David Cosio, Ling Jin, Juned Siddique, David C. Mohr. 2011, Californi a, Annals of Behaviori al Medicine	<i>“The Effect of Telephone Administred Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life among Patients with Multiple Sclerosis”</i>	Evaluerer om telefonbasert kognitiv atferdsterapi kan øke livskvaliteten hos pasienter med MS	Kvantitativ studie. RCT Pasientene ble randomisert enten til tlf.basert kognitiv atferdsterapi, eller tlf.basert støttende følelsesfokusert terapi. 16 uker, 50 min pr. gang.	Av 748 pasienter som fullførte telefonscreening, møtte 223 kriteriene for å delta. 150 ble ansett som kvalifisert. 23 nektet å delta, 62 ble randomisert til kognitiv atferdsterapi og 65 til støttende følelsesfokusert terapi. 120 deltakere fullførte. 60 på hver gruppe.	Pasientene som var med i gruppen med kognitiv atferdsterapi fikk bedret livskvalitet etter behandlingen. Kognitiv atferdsterapi kan ha unik nytte for livskvaliteten hos pasienter med MS.	Etisk godkjent av Human Subjects Review Commitees.	Nivå 2. God kvalitet.
--	---	---	---	--	--	--	-----------------------

<p>D. Hind, A.O`Cath ain, C.L. Cooper, G.D. Parry, C.L. Isaac, A.Rose, L.Martin and B.Sharrac k. 2010 Storbrita nnia Psycholo gy and Health</p>	<p>“<i>The acceptability of computerise d cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with chronic physical disease: A qualitative study of people with multiple sclerosis</i>”</p>	<p>Evaluerer effekt av kognitiv atferdsterapi på data i behandlingen av depresjon hos pasienter med MS.</p>	<p>Kvalitativ studie. Dybdeintervju hvor de fikk velge mellom kognitiv atferdsterapi kurs på data som gikk over 5 eller 8 uker. De kunne velge om de ville foreta kurset hjemme, eller på et klinisk forskningsanlegg.</p>	<p>74 returnerte spørreskjema, 17 pasienter samtykket til studie, 1 pasient ble diskvalifisert under screening, 56 pasienter utelukket pga ukjente årsaker.</p>	<p>Pasientene fant kognitiv atferdsterapi på data tyngende relatert til deres fysiske symptomer. De følte også på sosial isolasjon og at den menneskelige kontakten manglet.</p>	<p>Uklart Pasientene ble med frivillig, og hadde blitt informert om hva studien gikk ut på.</p>	<p>Nivå 2. God kvalit et.</p>
--	---	---	--	---	--	---	---

V.Beckner, I.Howard, L.Vella and D.C.Mohr. 2009 USA Journal of Behavioral Medicine	<i>“Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support”</i>	Undersøke om ulik sosial støtte vil påvirke behandlingsutfallet hos personer med MS og depresjon. Randomisert til enten tlf administrert kognitiv atferdsterapi, eller tlf administrert følelsesfokusert terapi.	Kvantitativ studie. Studien er en sekundær analyse fra en randomisert klinisk utprøving på tlf administrert psykoterapi som behandling for depresjon hos MS pasienter.	Pasientene ble rekruttert via brev og ble betalt 10-50\$ pr time, avhengig av lengden pr time. Blant 748 som fullførte tlf screeningen var 223 kvalifisert for og samtykket i å fullføre undersøkelsen. 127 pasientene ble randomisert, 62 til kognitiv atferdsterapi og 65 til følelsesfokusert terapi.	Pasientene med mye sosial støtte hadde bedre effekt av kognitiv atferdsterapi enn følelsesfokusert terapi.	Godkjent av Human Subjects Review komitee av både University of California i San Fransisco og Kaiser Permanente.	Nivå 1. God kvalitet.
--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

D.C.Mohr, C.Claassen and M.Barrera 2004 USA Psychological Medicine	<i>“The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis”.</i>	Undersøke effekten av behandling for depresjon og sosial støtte blant pasienter med MS.	Kvantitativ studie. Korrelasjonsstudie som sammenligner 3, 16 ukersbehandlingsmetoder for depresjon hos MS-pasienter. Kognitiv atferds terapi, støttegrupper og antidepressiva Sertraline.	63 pasienter møtte inklusjons og eksklusjonskriteriene, hvor da 22 fullførte kognitiv atferdsterapi, 24 fullførte støttegruppe, og 12 pasienter ble ekskludert.	Det var ingen forskjeller i sosial støtte på tvers av behandlingsformene. Alle endringene i sosial støtte skyldtes depresjonen. Økninger og forbedringer i den sosiale støtten skyldtes bedring i depresjon.	Alle pasientene signerte informert samtykke erklæringer før de ble randomisert i studien.	Nivå 2. God kvalitet.
---	--	---	--	---	--	---	--------------------------

Vargas, Gray A og Peter A. Arnett 2010. United Kingdom . Journal of the International Neuropsychological Society.	<i>“Positive everyday experiences interact with social support to predict depression in multiple sclerosis”</i>	Hensikten var å finne ut dagligdagse gjøremåls innvirkning på depresjon hos pasienter med MS.	Kvantitativ studie.	90 pasienter, ingen frafall. 78 kvinner og 12 menn med ulike typer MS.	Resultatene viser at frafall av dagligdagse gjøremål, kombinert med lave nivåer av sosial støtte, er relatert til depresjon hos pasienter med MS.	Studien ble godkjent av Behavioral komittè of the University Institutional Review Board. Informant samtykke ble innhentet fra alle pasientene.	Nivå 2. god kvalitet.
---	---	---	---------------------	--	---	--	-----------------------

<p>Ehde, M Dawn, George H. Kraft, Lydia Chwastiak, Mark D. Sullivan, Laura E. Gibbons, Charles H. Bombardi er og Rohini Wadhwan i. 2008. USA. General Hospital Psychiatry</p>	<p><i>“Efficacy of paroxetine in treating major depressive disorder in persons with multiple sclerosis”</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å evaluere effekt av medikamentet Paroksetin i behandlingen av depresjon hos pasienter med MS.</p>	<p>Kvantitativstudie. Korrelasjonsstudie. pasientene ble randomisert til 1 av 2 parallelle 12 ukers behandlingsprogram, med Paroksetin eller placebo.</p>	<p>349 potensielle pasienter, kun 12 % kunne delta i studien. 42 pasienter rekruttert via ulike kilder. Alle med Dystymi eller alvorlig depressiv lidelse.</p>	<p>Begge gruppene viste bedring i løpet av behandlingen. Av de som fullførte hadde behandlingsgruppen 78,6 % behandlingsrespons, sammenlignet med 42,1 % hos kontrollgruppen.</p>	<p>Etisk godkjenning uklart. Men det var frivillig deltagelse.</p>	<p>Nivå 1. god kvalitet.</p>
---	---	---	---	--	---	--	------------------------------

Mohr David. C, Arne C. Boudewyn, Donald E. Goodkin, Alan Bostrom and Lucy Epstein. 2001 California Journal of Consulting and Clinical Psychology	<i>“Comparative Outcomes for Individual Cognitive-Behavioral Therapy, Supportive-Expressive Group Psychotherapy, and Sertraline for the Treatment of Depression in Multiple Sclerosis”</i>	Sammenligne resultatet fra tre ulike behandlingsformer for depresjon hos pasienter med MS, kognitiv adferdsterapi, støtte- gruppe terapi, og Sertraline.	Kvantitativ studie. Korrelasjonsstudie. 16-ukers behandlingsprogram, hvor deltagerne ble delt inn i de ulike gruppene.	177 av 481 pasienter viste tegn til depresjon. Av disse kunne kun 63 delta av ulike årsaker.	Betydelige reduksjoner i depresjon ble sett fra før- til etter behandling i alle de tre gruppene. Men kognitiv adferdsterapi og Sertraline viste seg å være mer effektivt enn støtte-gruppe terapi.	Uklart, men dette er en kvantitativ studie. Deltakerne ble rekruttert via ulike instanser frivillig.	Nivå 2. God kvalitet .
--	--	--	--	--	---	--	------------------------

Julian J. Laura, David C. Mohr 2006 California, USA The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences	<i>“Cognitive Predictors of Response to Treatment for Depression in Multiple Sclerosis”</i>	Undersøke om nevrologisk funksjon har noen betydning for behandling med antidepressiva på pasienter med MS.	Kvantitativ studie. Deltagerne deltok i en klinisk studie som sammenlignet tre vanlige behandlingsmetoder for depresjon. Kognitiv atferdsterapi, støttegrupper og Sertraline. Behandlingen gikk over 16 uker.	59 moderat deprimerte pasienter med MS deltok i studien, med et frafall på 9 pasienter. 50 pasienter ble med helt til slutten.	Nevrologisk funksjon kan ha innvirkning på effekten av antidepressiva Sertraline ved behandling av depresjon hos pasienter med MS.	Skriftlig informert samtykke ble innhentet i henhold til retningslinjene fra University of California, og komitè for menneskelig forskning.	Nivå 2. god kvalitet.
--	---	---	---	--	--	---	-----------------------

Vedlegg nr. 3
01.09-2011 Ovid Medline/psykINFO

	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	multiple sclerosis.mp. or Multiple Sclerosis/	45762	0	0	0
2	ms.mp.	148641	0	0	0
3	1 or 2	175782	0	0	0
4	depress*.mp.	327965	0	0	0
5	3 and 4	4242	0	0	0
6	limit 5 to yr="2006 -Current"	1258	0	0	0
7	limit 6 to (danish or english or norwegian or swedish)	1185	0	0	0
8	psychiatr*.mp.	228055	0	0	0
9	8 or 9 or 10 or 11 or 12	906627	0	0	0
10	7 and 13	199	0	0	0
11	prevent*.mp.	785483	0	0	0
12	manage*.mp.	725281	0	0	0
13	cope.mp.	15122	0	0	0
14	coping.mp.	26459	0	0	0
15	Adaptation, Physiological/ or adapt*.mp.	348999	0	0	0

16	15 or 16 or 17 or 18 or 19	1780948	0	0	0
17	14 and 20	39	39	11	2

05.10-2011 Ovid Medline/PsykINFO

	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Telephone	35477	0	0	0
2	Treatment outcome	513561	0	0	0
3	1 AND 2	2979	0	0	0
4	Multiple sclerosis.mp.	45665	0	0	0
5	3 AND 4	14	4	1	1

15.12-2011 Ovid Medline

	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	multiple sclerosis.mp.	45665	0	0	0
2	depressive symptoms.mp.	17434	0	0	0
3	depressive signs.mp.	50	0	0	0
4	depress*.mp.	329567	0	0	0
5	2 or 3 or 4	329567	0	0	0
6	1 and 5	1459	0	0	0
7	therap*.mp.	1895396	0	0	0
8	treatment*.mp.	2763153	0	0	0
9	7 or 8	3826011	0	0	0
10	6 and 9	602	0	0	0
11	limit 10 to (danish or english or norwegian or swedish)	518	0	0	0
12	limit 11 to last 5 years	214	47	19	3

10.02-2012 Ovid Medline/ PsykINFO

	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Multiple Sclerosis.mp.	53128	0	0	0
2	Limit 1 to yr="2006-current"	20331	0	0	0
3	Depress*.mp.	448722	0	0	0
4	Telephone therapy.mp.	40	0	0	0
5	1 and 2 and 3 and 4	2	0	0	0
6	Psychotherap*.mp.	109221	0	0	0
7	4 or 6	109241	0	0	0
8	1 and 3	22331	0	0	0
9	7 and 8	98	40	12	3

10.02-2012 ProQuest

Søkeord			Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Multiple sclerosis	AND	Depress* OR mood	113099			
	AND	Treatment* OR Cognitive bahavioral therapy	5298	10	3	1