

# Sjekkliste for rådgivning til **eldre med depresjon**

Hjelpemiddel for helsepersonell



# Sjekkliste for rådgivning til eldre med depresjon

1. Informer pasienten om selvhjelpslitteratur, nettressurser og/eller apper bygget på prinsipper i kognitiv atferdsterapi
2. Informer om betydningen av regelmessig fysisk aktivitet, enten individuelt eller i gruppe, og om hvilke tilbud om dette som finnes
3. Snakk med pasienten om betydningen av sosial kontakt og anbefal konkrete tiltak, for eksempel gruppeaktiviteter for de som har lite sosial kontakt
4. Spør om pasienten har søvnvansker og gi råd om søvnvaner
5. Spør om pasienten har plager med angst og gi råd om angstmestring
6. Gi veiledning i problemløsningsteknikker, f.eks. problemløsningsterapi
7. Snakk med pasienten om bruk av alkohol og vanedannende legemidler og om potensielle skader ved risikofyllt bruk

## 1. Hjelp til selvhjelp

- Tilby hjelp til selvhjelp, i form av selvhjelpslitteratur eller nettbaserte programmer med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi.

Kvalifisert helsepersonell bør gi råd om selvhjelp til eldre med depresjon.

### Selvhjelpslitteratur

Aarøe R. **Overvinn din depresjon, en selvhjelpsbok.** Gyldendal akademisk, 2005

Berge T, Repål A. **Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon.** Aschehoug (revidert), 2013

Gilbert P. **Å bekjempe depresjon.** Tapir akademisk, 2007

Kennerly H. **Å bekjempe angst.** Tapir akademisk, 2009

Wilhelmsen I. **Sjef i eget liv - en bok om kognitiv terapi.** Hertervig forlag, 2004  
(17. opplag 2016)

Lewis G. **Sunboating in the rain. A Cheerfull Book on Depression.** Harper Perennial, 2006

## Nettressurser & apper

Det er ikke utviklet nettbaserte behandlingsprogrammer spesielt for eldre, men ressursene kan med hell brukes av mange eldre. Prinsippene for behandling av depresjon er de samme.

**Mentalselvhjelp.no** Samleside med oversikt over ulike e-hjelpemidler

**Helsenorge.no** Trening og fysisk aktivitet

**www.depression.org.nz** Helsemyndighetene på New Zealand har utviklet et program om depresjon basert på kognitiv terapi og problemløsningsterapi. Programmet er lett å bruke, men krever engelskferdigheter. Programmet krever at brukeren registrerer seg med brukernavn og passord. Registrering innebærer at brukeren får en egen "arbeidsbok" som danner basis for behandlingen.

## 2. Fysisk aktivitet

- Tilby regelmessig organisert fysisk aktivitet enten individuelt eller i gruppe.  
Treningen skal være av en viss intensitet.

Fysisk trening har dokumentert effekt ved depresjon hos voksne, og organisert fysisk trening i grupper har noe bedre effekt enn individuell trening. Bruk følgende muligheter, avhengig av hva som finnes i din kommune. Husk at mange pasienter med depresjon vil slite med initiativløshet og vegring mot nye tiltak. Noen vil kunne trenge støtte til å komme i gang. Et godt råd alene om å bli mer fysisk aktiv vil neppe ha effekt.

### Sjekk følgende i din kommune:

- Kommunalt tilbud for å bli mer fysisk aktiv som egner seg for eldre med depresjon  
Hvor er tilbudet?.....
- Tilbud fra frivillige organisasjoner som egner seg for eldre med depresjon  
Hvor er tilbudet?.....
- Private tilbud (treningsentre etc.) som egner seg for eldre med depresjon  
Hvor er tilbudet?.....

**Sjekk følgende faktorer som kan bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv**

Pasienten er fysisk aktiv, selv i sin depresjon (du trenger ikke å iverksette ytterligere tiltak)

Pasienten har tidligere vært fysisk aktiv, men ikke nå i sin depresjon  
Diskuter med pasienten hvordan han/hun kan gjenoppta tidligere aktivitet, eventuelt å involvere:

- Familiemedlem som kan hjelpe pasienten tilbake til sin tidligere aktivitet.

Aktuell person:.....

- Helsepersonell (hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleier, depresjonskoordinator) som kan hjelpe pasienten tilbake til sin tidligere aktivitet.

Aktuell person:.....

-Frivillige (pasienthjelper, støttekontakt etc.) som kan hjelpe pasienten tilbake til sin tidligere aktivitet.

Aktuell person:.....

Bli enig med pasienten om et opplegg dere vil satse på:

.....

Pasienten har tidligere vært lite fysisk aktiv

Diskuter med pasienten hvordan han/hun kan bli mer fysisk aktiv, eventuelt å involvere:

- Familiemedlem som kan hjelpe pasienten i gang med fysisk aktivitet.

Aktuell person:.....

- Helsepersonell (hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleier, depresjonskoordinator) som kan hjelpe pasienten til å komme i gang med fysisk aktivitet.

Aktuell person:.....

- Frivillige (pasienthjelper, støttekontakt etc.) som kan hjelpe pasienten til å komme i gang med fysisk aktivitet.

Aktuell person:.....

Bli enig med pasienten om et opplegg dere vil satse på:

.....

### 3. Sosial kontakt

- Snakk med pasienten om betydningen av sosial kontakt og anbefal konkrete tiltak, for eksempel gruppeaktiviteter for de som har manglende sosial kontakt.

Ved behov kan man tilby regelmessige møter med frivillige som har fått opplæring i dette, for eksempel fra frivilligsentraler, besøkstjenesten til Røde kors, frivilligtjenester gjennom Kirkens bymisjon, Aktivitetsvenn gjennom Nasjonalforeningen for folkehelsen og lokale seniorsentre. For noen kan en løsning være en kommunal støttekontakt. Denne kontakten bør finne sted minst én gang i uken i to til seks måneder. Om mulig bør arbeidet med å bedre sosial kontakt skje i samarbeid med pårørende.

Aktuelle tiltak: .....

.....

.....

### 4. Søvnvansker

- Spør om pasienten har søvnvansker og gi råd om søvnvaner ved behov.

Søvnproblemer ledsager ofte depresjon hos eldre. Noen ganger kan disse symptomene være så fremtredende at de overskygger pasientens depresjon. Råd for søvnhygiene har dokumentert effekt ved søvnproblemer. Søvnrådgivning har svak til moderat effekt ved søvnplager ved depresjon.

Medikamentell behandling kan ha begrenset nytte, og bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika kan gi kognitiv svikt, økt fallrisiko og tilvenningsproblemer. Bruk av innsovningsmidler er fortrinnsvis ment for kortvarig behandling. Det antipsykotiske middelet Nozinan (levomepromazin) er et av de vanligst forskrevne antipsykotika til eldre (sannsynligvis brukt som hypnotikum). Husk at eldre som bruker slike legemidler er mer utsatt for blodtrykksfall, falltendens og forverring av kognitiv svikt.

#### **Søvn og legemidler:**

Mange legemidler kan gi søvnforandringer. Alle legemidler som passerer blod-hjernebarrieren har potensial til å endre søvnkvalitet og -arkitektur. Medikamenter som er kjent for å forkorte søvnvarighet og øke antall oppvåkninger er SSRI (antidepressiver), antiflogistika (NSAID), lipofile betablokkere (propranolol, metoprolol, pindolol) og systemiske kortikosteroider.

Vurder om dosereduksjon, skifte av tidspunkt for medisiner eller medikamentskifte kan være en strategi for å løse pasientens søvnproblemer.

**Følgende kartlegging bør foretas:**

Hva pleier pasienten å gjøre i tiden før han/hun legger seg?

.....

Bruker pasienten alkohol, koffein og/eller tobakk på ettermiddag og kveld?

.....

Når legger pasienten seg om kvelden?

.....

Hvor lang tid bruker pasienten på å sovne?

.....

Hvor mange ganger våkner pasienten i løpet av natten?

.....

Hva er grunnen til oppvåkningen?  
(Må på toalettet? Rastløse ben? Ingen grunn?)

.....

Når våkner pasienten om morgenen?

.....

Når står han/hun opp?

.....

Total søvnlengde gjennom natten?

.....

## Råd for bedre søvn

Innarbeid en regelmessig rytme for å gå til sengs og stå opp. Om morgenen anbefales å stå opp til et fast tidspunkt, uansett hvor mye eller lite du har sovet. Dette bør også gjennomføres i helgene for ikke å forstyrre kroppens "indre klokke".

- Forsøk å få minst 30 minutter med dagslys hver dag. Helst bør dette skje om morgenen, så kort tid etter at du har stått opp som mulig
- Ikke bruk sengen til annet enn søvn og eventuelt sex, og ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet sovetid
  - Det anbefales ikke å bruke pc, mobil, nettbrett eller tv på soverommet
- Stå opp fra sengen dersom du blir liggende søvnløs mer enn 30 minutter
  - Unngå å sjekke klokken når du våkner
  - Unngå å oppholde deg i sterkt lys dersom du står opp om natten
- Sikre en behagelig temperatur på soveværelset, og unngå lys eller støy
- Unngå søvn på dagtid
- Reduser mengden kaffe, spesielt gjelder dette på ettermiddag og kveld
- Ikke bruk alkohol eller tobakk nær opp til sengetid
- Unngå store måltider før sengetid, men legg deg heller ikke sulten
- Regelmessig mosjon er nyttig, men unngå hard fysisk trening de siste 3 timene før sengetid
- Berolige deg selv med at en natt eller to uten søvn er ufarlig, selv om det er svært slitsomt



## 5. Angstmestring

Spør om pasienten har plager med angst og gi råd om angstmestring ved behov.

Angst forekommer regelmessig hos eldre med depresjon. Angst kan enten være en ledsager til pasientens depresjon eller den kan være en egen sykdom som eksisterer ved siden av depresjonen. Vi skiller vanligvis mellom følgende angstsykdommer:

- Generalisert angst
- Panikkangst
- Spesifikke fobier

Noen ganger kan angstsymptomene være så fremtredende at de overskygger pasientens depresjon.

Nyoppstått angst hos eldre bør alltid undersøkes med tanke på underliggende depresjon eller kognitiv svikt. Medikamentell behandling kan ha begrenset nytte, og bruk av benzodiazepiner kan gi kognitiv svikt, økt fallrisiko og tilvenningsproblemer.

De følgende tiltak kan være nyttige ved depresjon med samtidig angst, generalisert angst og panikkklidelser. For spesifikke fobier finnes andre tiltak (som f.eks. systematisk desensitivisering) som ikke omtales her.

Angstmestring er tiltak som skal gjøre pasienten bedre i stand til å mestre sin egen angst. Det finnes ulike teknikker for dette. Her presenterer vi en av de vanligste.

### **Pusteteknikker**

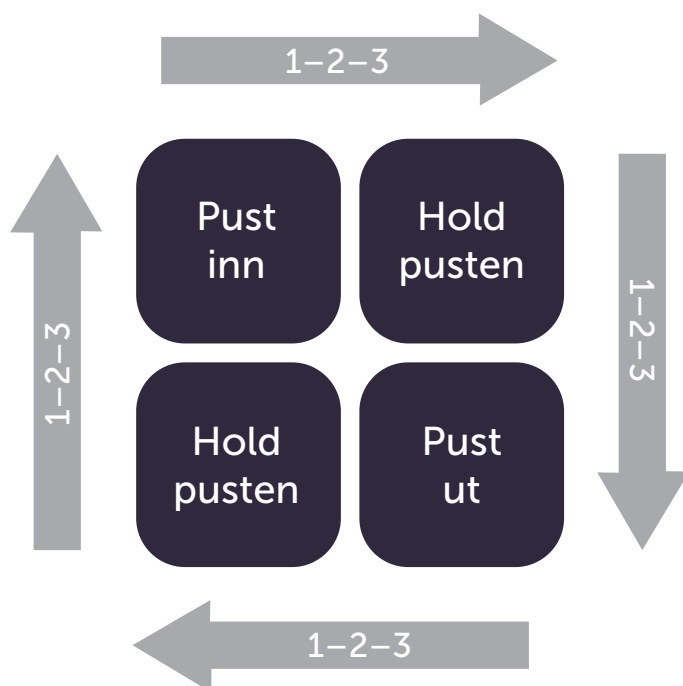
Pust påvirkes av angst. Anstrengt, overflatisk og urytmisk pust kan bidra til å forsterke angsten. Å bryte dette mønsteret er basis for pusteøvelsene. God pusteteknikk kjennetegnes av at personen "puster med magen". Hvis din pasient holder en hånd på brystet og en hånd på magen, skal hånden over magen bevege seg mer enn hånden over brystet. Øvelsen øves best inn når pasienten ikke har angst og kan så repeteres når pasienten får angst.



### Firkantpust (se figur)

1. Pust inn mens du teller til 3
2. Hold pusten mens du teller til 3
3. Pust ut mens du teller til 3
4. Hold pusten mens du teller til 3

Be pasienten se for seg et firkantet objekt (et vindu, en tavle eller lignende) og gjør øvelsen langs sidene på firkantformen de ser for seg.



Det finnes andre teknikker for å få bedre pusteteknikk. Vi anbefaler imidlertid å prøve ut firkantpust-teknikken i første omgang, da denne erfaringsmessig er lett å lære.

## 6. Problemløsningsterapi

- Gi veiledning i problemløsningsteknikker, for eksempel problemløsningsterapi (PLT).

PLT er en enkel, manual-basert terapiform som kan tas i bruk av helsepersonell som vil jobbe systematisk med pasienters følelsesmessige problemer. Metoden egner seg best for mild depresjon, men også pasienter med alvorligere depresjon kan ha nytte av den. PLT har mye til felles med kognitiv terapi. Helsedirektoratet anbefaler PLT ved mild depresjon. Fastleger, sykepleiere, vernepleiere, psykologer og annet helsepersonell som har satt seg inn i PLT manualen, tilhørende sjekklister og arbeidshefte kan tilby PLT til sine pasienter. Helsepersonell som vil tilby sine pasienter PLT bør også ta e-læringskurset "Depresjon hos eldre".

For å gjøre det lett å komme i gang med PLT, finner du manual og sjekklister for helsepersonell, samt arbeidshefte for pasienter med depresjon og angst her:

[TRYKK HER](https://www.aldringoghelse.no/alderspsykiatri/depresjon-hos-eldre/problemløsningsterapi/)

<https://www.aldringoghelse.no/alderspsykiatri/depresjon-hos-eldre/problemløsningsterapi/>

## 7. Risikofylt bruk av alkohol og vanedannende legemidler

- Spør om bruk av alkohol og vanedannende legemidler og gi råd om potensielle skader ved risikofylt bruk.

Mange eldre kombinerer bruk av alkohol og vanedannende legemidler. Økende alder gir større sårbarhet for bivirkninger.

Alkohol forsterker effekten av vanedannende legemidler og fører til økt risiko for fall, forverring av depresjon, bilulykker, tidlig død, angst, kognitiv svikt og selvmordsfare.

Risikofylt bruk av alkohol hos eldre kan utløses av underliggende psykisk sykdom som et forsøk på selvmedisinering. Bruk av alkohol og vanedannende legemidler kan også vedlikeholde eller forverre psykisk sykdom eller gi tilleggssymptomer. Utredning av psykisk sykdom bør derfor helst utføres i en avholdsperiode.

## Følgende spørsmål kan brukes i en samtale om alkoholbruk

1. Spør om konsum: *Hvor mange dager i uka drikker du alkohol? Hva drikker du da? Hvor mange glass, flasker, bokser etc.?*
2. Spør om tanker og bekymring knyttet til alkoholbruk: *Synes du at det av og til blir for mye? Tenker du i blant at du burde begrense bruken? Har du noen gang tenkt på om mindre alkohol kunne hjelpe på dine plager?*
3. Tilby AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, finnes på [snakkomrus.no](http://snakkomrus.no))
4. Ta utgangspunkt i aktuelt problem: *Du er jo bevisst på helsen din. Har du tenkt på å begrense alkohol også? Hvilke fordeler ser du ved å begrense alkohol?*

På **[www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)** finner du elektroniske kartleggingsverktøy, alkoholenhetskalkulator, fagstoff, filmer og annet læringsmateriell.

## Kilder

Søvnrådene er hentet fra Norsk elektronisk legehåndbok

Spørsmålene om alkoholbruk er hentet fra Wåhlin S. (2015). *Alkohol: en fråga för oss i vården* (2. utg.). Studentlitteratur AB

Informasjon om søvn og legemidler er hentet fra [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)