VEIVISER I MØTE MED HELSEPERSONELL

Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon

IS-1832

Helsedirektoratet

UTGITT AV:
Helsedirektoratet, august 2010

KONTAKT:
Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no
Bestillingsnummer: IS-1832
ISBN 978-82-8081-197-4

HEFTET KAN BESTILLES HOS:
Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1832

Foto: Katrine Lunke
Grafisk design: Aase Bie

VEIVISER I MØTE MED HELSEPERSONELL

Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon

Nasjonale retningslinjer

for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon
i primær- og spesialisthelsetjenesten

Forord

«Veiviser i møte med helsepersonell: Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon» er utarbeidet som et redskap for å støtte kommunikasjonen mellom mennesker med depresjon og helsepersonell.

Veiviseren bygger på informasjonen i «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten». For brukere og pårørende inneholder den viktig informasjon om hva depresjon er og hvordan den kan behandles. Veiviseren gir råd om hva man selv kan gjøre dersom man får en depresjon. Dessuten inneholder den forslag til spørsmål mennesker med depresjon og deres pårørende kan stille til helsepersonell. For helsepersonell kan veiviseren brukes som et utgangspunkt for veiledet selvhjelp, der pasienten prøver ut forslag til tiltak som nevnes i veiviseren, og så drøfter erfaringene med tiltakene med behandleren sin.

God kommunikasjon mellom brukere og helsepersonell er et mål i seg selv, men styrker samtidig mulighetene for vellykket behandling. Helsedirektoratet håper at veiviseren kan være et hjelpemiddel for brukere og pårørende i kommunikasjon med helsepersonell.

Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Innhold

Forord 5

Innledning 8

Hva er depresjon? 11
Årsaker til depresjon 12
Omfang og omkostninger 13

Valg av rett behandling 14

Prinsipper for god behandling 16
God informasjon 18
Samhandling og individuell plan 19

Utredning og diagnostisering 22
Diagnostisering av depresjon 22
Bruk av spørreskjemaer 23
Vurdering av risiko for selvmord 23
Grupper med økt risiko for depresjon 24
Depresjon og somatisk sykdom 25

Yrkesrettede tiltak 26

Behandling av mild depresjon: Rådgivning og veiledet selvhjelp 28
Rådgivning 29
Veiledet selvhjelp 29
Fysisk aktivitet 31
Psykologisk rådgivning 32
Medikamentell behandling 34

Behandling av moderat og alvorlig depresjon 35
Psykologisk behandling ved moderat og alvorlig depresjon 35
Sentrale terapiformer 35
Forskning på metodenes resultater 37
Den terapeutiske alliansen 38
Ekstratiltak ved alvorlig depresjon 39

Medikamentell behandling ved moderat og alvorlig depresjon 40
Typer av medikamenter 40
Informasjon 41
Selvmordsrisiko 42
Etterlevelse av medikamentell behandling 43
Vedlikeholdsbehandling 43
Plager forbundet med å slutte med medikamenter 45
Johannesurt 45

Forebygging av tilbakefall 46
Forebyggende behandling 47

Kronisk depresjon 48

Sesongavhengig depresjon 50

Bipolare lidelser 51

Elektrokonvulsiv behandling 52

Depresjon hos eldre 54

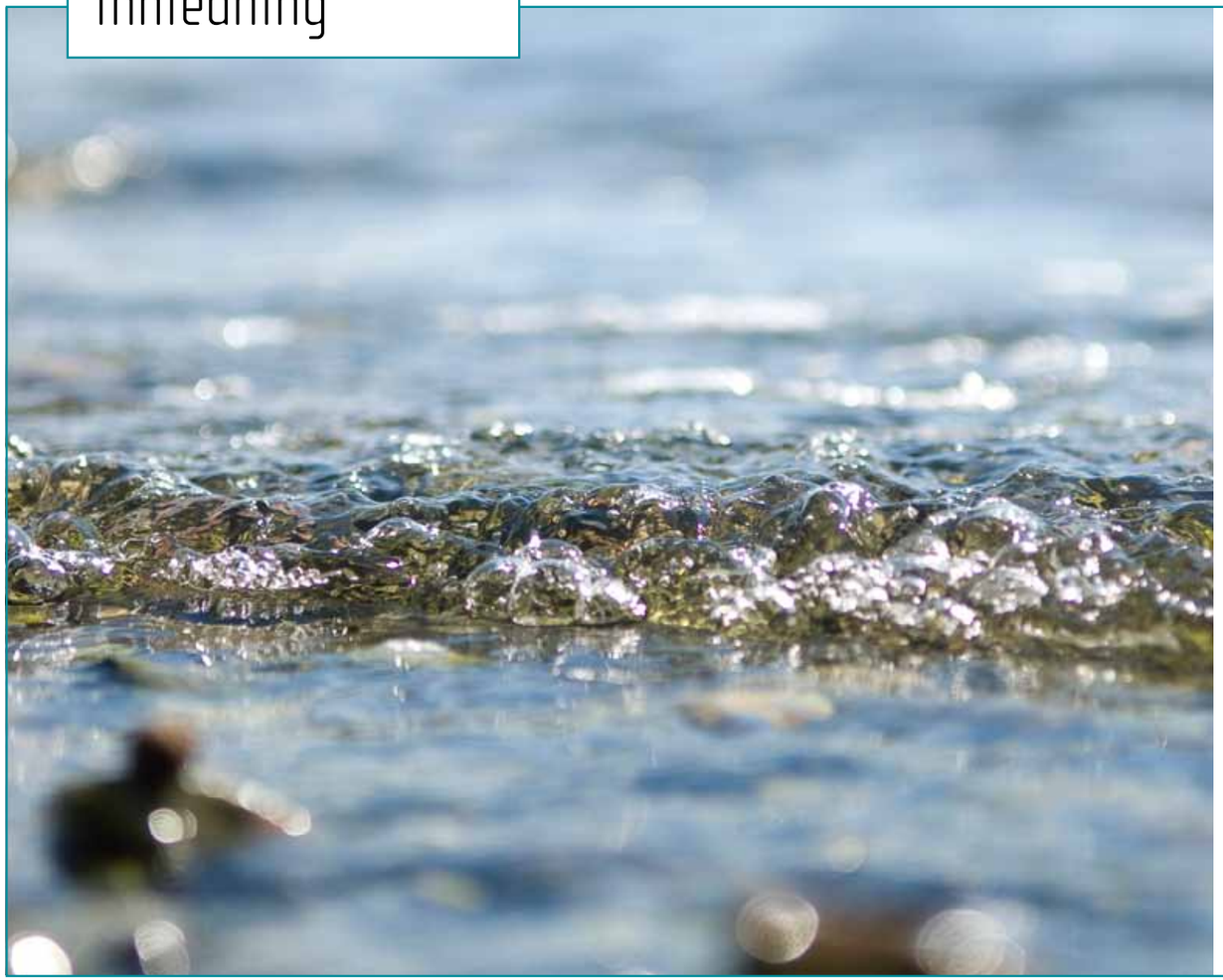
Depresjon under svangerskap og etter fødsel 56

Deprimerte foreldre og barnas situasjon 58

Råd til pårørende 60

Mer informasjon 63
Aktuelle nettadresser 64

Innledning



Denne veiviseren er for alle som vil vite mer om anbefalt behandling ved depresjon. Den er spesielt rettet mot personer som selv har erfaring med depresjon og deres pårørende. Veiviseren gir informasjon om sentrale anbefalinger i »Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten». Du finner retningslinjen på www.helsedirektoratet.no. Fullstendig nettadresse finnes bak i heftet.

«Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten» gjelder for alt helsepersonell. Den bygger på systematisk gjennomgang av funn fra forskningen og på erfaringer fra pasienter og behandlere. Viktige spørsmål som tas opp er:

- Hvilken informasjon er viktig å formidle til personer med depresjon?
- Hvilke forhold skal utredes ved mistanke om depresjon?
- Hvilken behandling bør voksne med mild, moderat eller alvorlig depresjon motta?
- Hva er viktige tiltak ved tilbakevendende depresjon?
- Hvordan ivareta kvinner med svangerskaps- og barseldepresjon?
- Hvordan ivareta foreldrerollen under en depresjon?

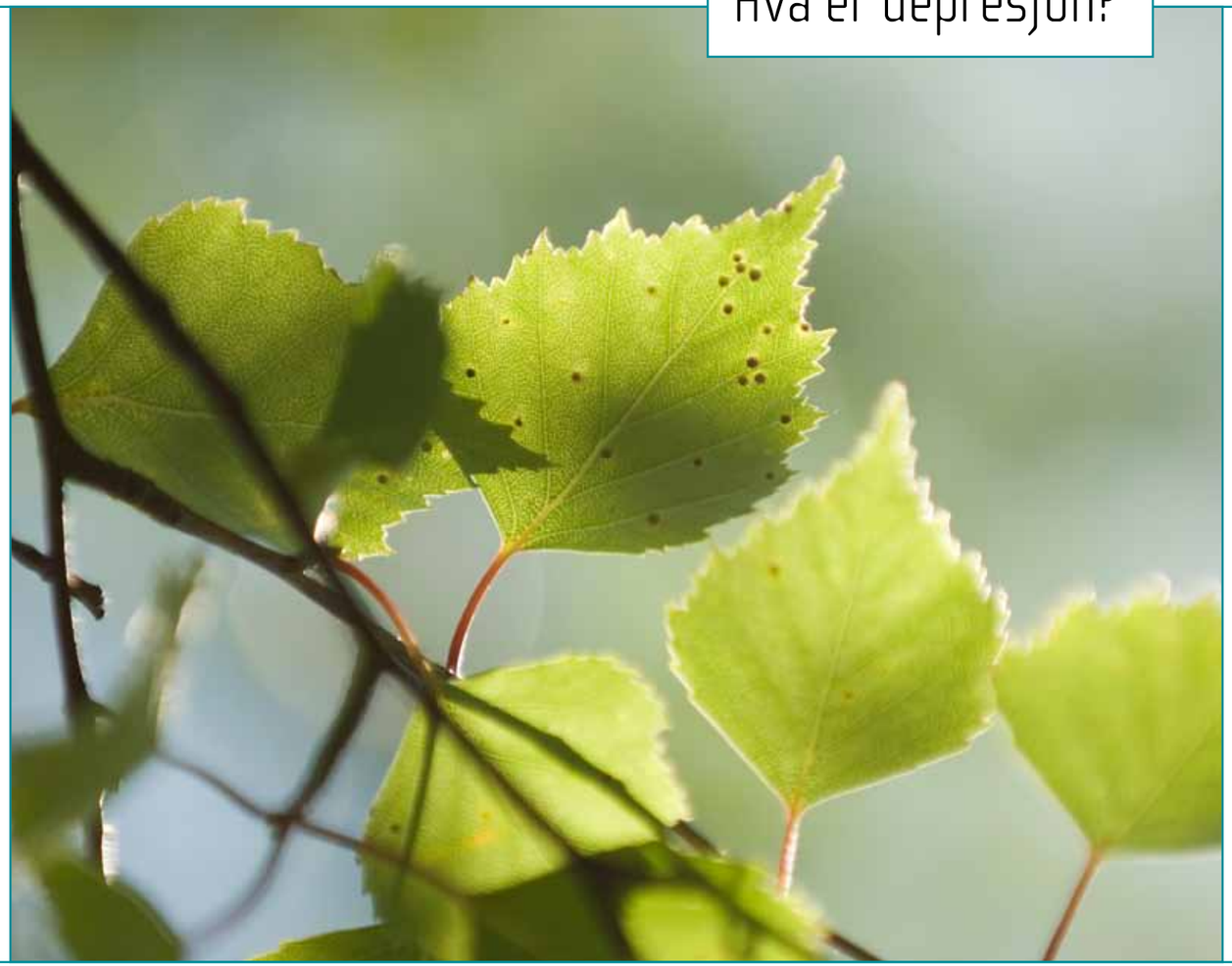
Denne veiviseren beskriver hovedpunkter i de nasjonale retningslinjene. Informasjonen kan være til hjelp for deg som pasient i møtet med helsepersonell. Det er ikke uvanlig å bli nervøs når man skal snakke med for eksempel lege, sykepleier eller psykolog, og det er lett å glemme viktige spørsmål. I denne veiviseren er det derfor gitt eksempler på spørsmål som kan være aktuelle å stille i samtalen.

Spørsmål om depresjon

Du kan være i tvil om hvilke form for depresjon du har, og hvordan den fremtrer. Da kan du spørre om følgende:

- Hva får deg til å tro at jeg er deprimert?
- Er dette en vanlig form for depresjon?
- Hvilken innvirkning kan depresjonen få på min helse, mitt arbeid og min hverdag?

Når det gjelder regelverk vedrørende pasientens og pårørendes rett til informasjon fra helsetjenesten, vises det til lov om pasientrettigheter kapittel 3 og veilederen «Pårørende – en ressurs» på www.helsedirektoratet.no. Fullstendige nettadresser finnes bak i heftet.



Hva er depresjon?

Depresjon preges av senket stemningsleie, manglende interesse for og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi. Andre vanlige kjennetegn er

- svekket konsentrasjon og oppmerksomhet
- redusert selvfølelse og selvtillit
- skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse
- negative og pessimistiske tanker om fremtiden
- tretthet, initiativløshet og beslutnings-vegring
- søvnforstyrrelser
- tanker og planer om selvmord
- redusert eller økt appetitt
- nedsatt seksuell interesse
- angst, rastløshet og uro

Ulike personer kan ha ulike kombinasjoner av disse plagene. Det varierer også hvor mange slike depressive plager den enkelte har. Så selv om det er mange fellestrekk, vil det være

store variasjoner i hvordan depresjonen fremtrer. Vi vil komme tilbake til at depresjon har ulike grader av alvorlighet, fra mild depresjon til alvorlig depresjon (se side 22). Dette har følger for valg av behandlingstiltak.

Vi vil alle ha perioder der vi føler oss nedfor og energiløse, men uten at vi har en depressiv lidelse. Det er viktig å skille mellom naturlige reaksjoner, som for eksempel sorg etter dødsfall i familien, og depresjon som trenger behandling. En depressiv lidelse preges av en form for nedstemthet, der det settes lokk på både positive og negative følelser, glede så vel som sorg. En deprimert person beskriver ofte seg selv som følelsemessig tom og flat og kan si at ingenting betyr noe lengre. Personen tenker gjerne negativt, blir selvkritisk og grubler over nederlag og ting han eller hun ikke klarer. Det negative huskes på bekostning av positive minner. Passivitet og ubesluttsomhet er vanlig, likeså kroppslige smerter og ubehag.

Vi snakker ofte om en depressiv episode, fordi de aller fleste depresjoner varer en begrenset periode, og man vil vanligvis føle seg bedre etter fire til seks måneder. Et flertall av dem som har vært deprimert, vil imidlertid oppleve en eller flere nye episoder med depresjon i løpet av livet. Derfor er det viktig med tiltak som forebygger ny depresjon (se side 46).

Årsaker til depresjon

Hvorfor er jeg deprimert? Dette er et viktig spørsmål for mange som sliter med depresjon. Noen finner svar som forklarer, mens andre ikke forstår hvorfor dette skjer med dem. Årsakene varierer fra menneske til menneske. Det er mange veier inn i en depresjon. Vi skiller ofte mellom forhold som gjør en sårbar for å utvikle depresjon, forhold som bidrar til å utløse depresjon og forhold som bidrar til å holde depresjonen ved like. Et eksempel på det siste er at deprimerte mennesker ofte mister energi, blir mer passive og mindre sosiale. Dette kan bli en ond sirkel som forsterker depresjonen.

Både arv og belastninger i oppveksten kan gjøre en person sårbar for å få depresjon senere i livet. For mange utløses depresjon av vanskelige livsforhold. Eksempler er alvorlig sykdom, tapsopplevelser, økonomiske problemer, vansker på jobben eller i familien. Slike forhold kan det være vanskelig å snakke med andre om. Som pasient er det viktig at du er så åpen du kan i forholdet til behandleren din når det gjelder tankene du har om hva som kan ha bidratt til depresjonen. Dette er informasjon som kan bli viktig i behandlingen.

Omfang og omkostninger

Depresjon er svært utbredt. En undersøkelse fra Oslo viste at mellom hver femte og hver sjette person blir deprimert i løpet av livet. Det er mest vanlig med mildere former for depresjon.

Verdens helseorganisasjon har slått fast at depressive lidelser er en av de ledende årsakene til sykdom i verden. Depresjon er en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Det er altså ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet forbundet med depresjon, men også omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger.

Valg av rett behandling

Depresjon kan fremstå på forskjellig vis fra person til person og kan ha mange ulike årsaker. Derfor må behandlingen tilpasses den enkelte. Noen vil ha få, klart avgrensede problemer. For andre kan det være et bredt spekter med vansker, for eksempel med økonomi, familie, arbeid eller somatisk sykdom. En depressiv lidelse kan berøre alle sider ved det å være menneske. Både biologiske, psykiske, eksistensielle, sosiale og kulturelle forhold kan være involvert. God behandling krever ofte kombinasjoner av flere ulike former for tiltak.

De fleste personer med depresjon får behandling i primærhelsetjenesten. Her har fastlegen en sentral rolle, også i forbindelse med å foreslå annen behandling, for eksempel i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke vanlig at deprimerte personer blir innlagt for behandling i sykehus med mindre det er fare for selvmord.

Målet med behandlingen er frihet fra depressive plager. Dessuten skal du som pasient hjelpes til å fungere som normalt både sosialt og yrkesmessig. Forskning har dokumentert at dette kan oppnås for de fleste dersom behandlingsmulighetene utnyttes fullt ut. Det er altså all grunn til å tro at du vil komme deg igjennom depresjonen.

De nasjonale retningslinjene, og også denne veiviseren med informasjon til pasienter og pårørende, beskriver hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Ofte kan tiltak som rådgivning, problemløsning og fysisk trening være til god hjelp ved mildere former for depresjon. Ved både moderat og alvorlig depresjon finnes det psykologisk og medikamentell behandling som har god virkning. Mange av disse tiltakene kan også kombineres.

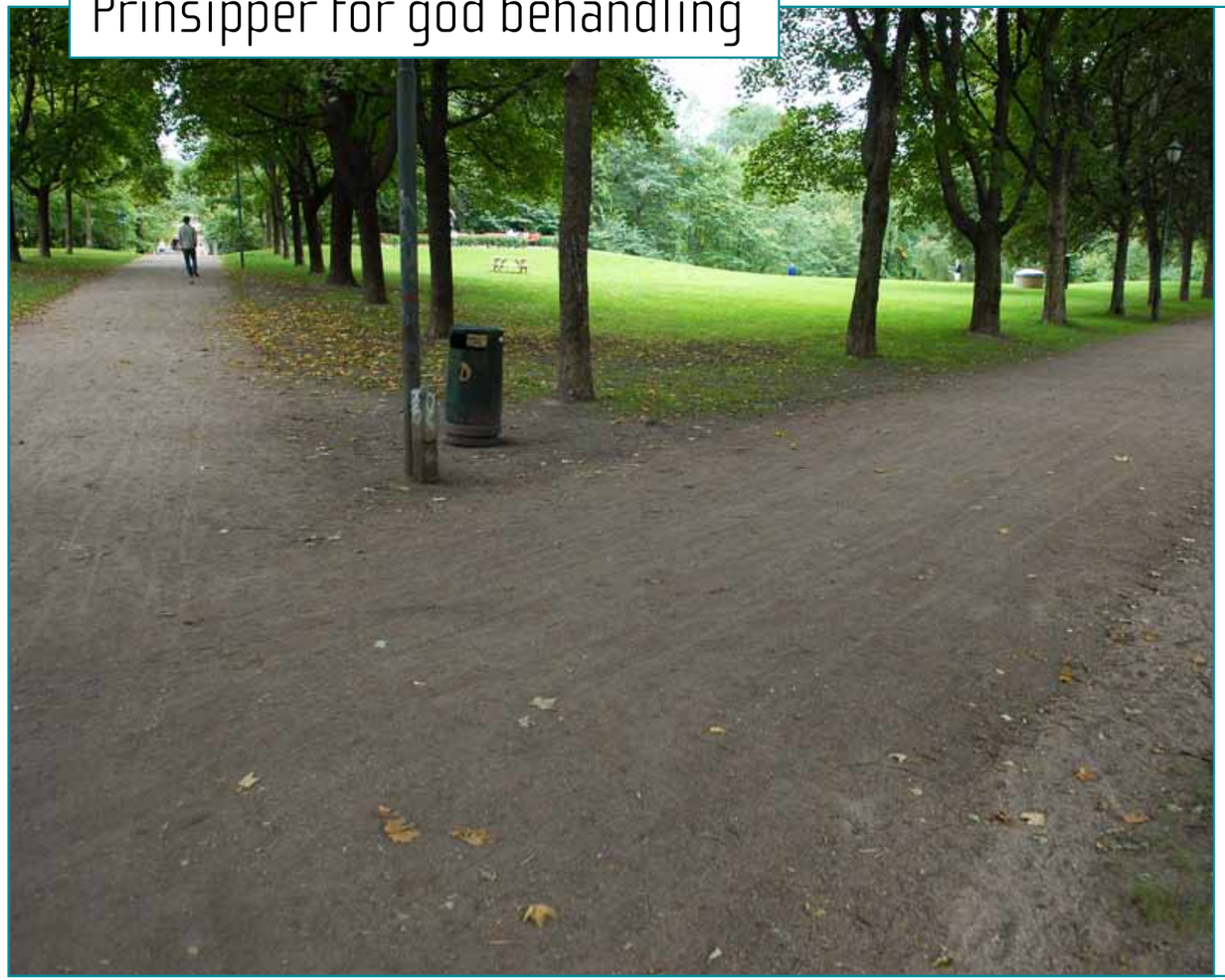
Dine tanker om hvilke tiltak som passer best for deg i din situasjon skal tillegges stor vekt. Derfor er det viktig at du opplever at behandler lytter til det du har å si, og at dine oppfatninger blir tatt på alvor.

Spørsmål om behandling

De nasjonale retningslinjene beskriver hva helsemyndighetene anser som de beste behandlingstiltakene for depresjon. Som pasient er det viktig at du får vite hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Her er noen aktuelle spørsmål, som du for eksempel kan stille fastlegen din:

- Hvilken form for behandling tror du vil være mest egnet for meg og hvorfor?
- Hva innebærer denne behandlingen?
- Hvor lang tid vil behandlingen ta?
- Tror du at jeg vil få noen vansker i forbindelse med behandlingen?

Prinsipper for god behandling



Som pasient er det dine behov som skal legges til grunn for de helsetjenestene som gis. Du skal kjenne deg respektert og ivaretatt og kunne medvirke aktivt i din egen behandling. Dine erfaringer og ønsker skal være sentrale både i utredning, planlegging, gjennomføring og avslutning av behandlingen. Dette er viktig for å få et godt behandlingsresultat. Dessuten er din rett til medvirkning nedfelt i pasientrettighetsloven.

Det finnes flere behandlingsmetoder som har god virkning, særlig for dem med mild og moderat depresjon. Helsepersonell skal ta hensyn til dine ønsker når behandlingsmetode skal velges. Det skal også legges vekt på hvilke resultater du har hatt i tidligere behandling.

Sannsynligheten for et godt behandlingsresultat øker hvis du som pasient oppfatter behandler som forståelsesfull og respektfull. Det er også viktig at din behandler evner å formidle håp og realistisk optimisme. Men hva kan du gjøre hvis du over lengre tid ikke opplever å bli møtt på en god måte? Mange kvier seg for å si i fra om dette, men det er viktig å gjøre det. Kanskje du kan snakke med en person som du har tillit til, om hvordan du kan gå frem. Du kan også vurdere å ta med deg en støttespiller i samtalen.

Behandling preget av et aktivt samarbeid mot klare mål fungerer best. Som pasient er du ikke en passiv mottaker, men tvert om en viktig bidragsyter i behandlingen. Derfor er ditt engasjement viktig for et positivt resultat. Støtte fra familie, venner og arbeidskolleger kan ha stor betydning. Helsepersonell skal stimulere til egeninnsats fra pasientens side, for eksempel ved å legge til rette for at pasi-

enten gjør oppgaver mellom timene, som for eksempel å prøve ut ulike tiltak.

God informasjon

Som pasient skal du få formidlet kunnskap om

- hva depresjon er
- forløpet av lidelsen
- ulike former for behandling
- mulige risikoer og bivirkninger ved bruk av medikamenter

Informasjonen bør inngå i en dialog med deg, der det gis god plass til spørsmål og oppklaring. I samtalen bør helsepersonell tilstrebe bruk av vanlig dagligtale.

Det kan også være behov for spesiell tilrettelegging av informasjonen. Helsepersonell skal sørge for tolketjenester hvis pasienten er døv eller sterkt hørselshemmet, eller det av annen grunn oppstår en språkbarriere, for eksempel på grunn av annen etnisk opprinnelse enn norsk.

Du bør også tilbys skriftlig informasjonsmateriell. Denne informasjonen bør være egnet, pålitelig og produktnøytral.

Norge er et flerkulturelt samfunn, og informasjon og helsehjelp skal være tilpasset personens kulturelle bakgrunn. Der det er praktisk gjennomførbart, skal alle tjenester tilby skriftlig materiell på pasientens eget språk. Helsedirektoratet har gitt ut brosjyrer om de vanligste psykiske lidelsene og om hjelpetilbudet på 17 ulike språk, se www.helsedirektoratet.no/psykisk

Det finnes ulike tilbud for pasienter og pårørende som er rettet mot selvhjelp og mestring. Du finner informasjon om selvhjelpsgrupper, støttegrupper og lærings- og mestringssentre på www.selvhjelp.no og www.mestring.no

Samhandling og individuell plan

For at du som pasient skal få et godt helsetilbud er det ofte avgjørende med et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten, for eksempel fastlegen din, og spesialisthelsetjenesten, for eksempel et distriktspsykiatrisk senter. Når flere instanser bistår deg, er det viktig at de har en felles forståelse av hvilken hjelp du bør tilbys, og at det er kontinuitet og sammenheng i behandlingen. Dette forutsetter tydelig fordeling av ansvar og oppgaver.

Hvis flere hjelpeinstanser er involvert, er det som kalles «individuell plan» et nyttig hjelpemiddel for at du som pasient skal kunne få oversikt over og innflytelse på hvordan samarbeidet legges opp. På Helsedirektoratets hjemmesider finnes Veileder til forskrift om individuell plan og tipsheftet «Gjør det så enkelt som mulig». Se www.helsedirektoratet.no. Fullstendig nettadresse finnes bak i heftet.

Utredning og diagnostisering

For å gi god behandling er det viktig med en utredning av depresjonen og av hva som har bidratt til den. Dessverre vil leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten ofte overse depresjon, fordi de ikke spør direkte. Omtrent halvparten av alle som er deprimerte, går ikke til lege for dette, og mange som faktisk går til lege, presenterer heller kroppslige enn psykiske plager, noe som gjør diagnostiseringen vanskeligere. For mange viser depresjonen seg først og fremst som kroppslige plager, for eksempel som energimangel, uro, muskelsmerter og vekttap. Helsepersonell har fått råd om å stille to enkle spørsmål dersom de lurer på om du som pasient er deprimert: «Har du de siste par ukene kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og «Har du de siste par ukene ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?». Er svaret ja, vil et tredje spørsmål være om du ønsker hjelp for disse problemene. Ønsker du hjelp, er det viktig at du får tilbud om en mer systematisk kartlegging av problemene og hva som kan ha bidratt til dem. Dette gjøres gjennom intervju og samtale med deg. I tillegg kan du bli bedt om å fylle ut et kartleggingsskjema.

I en slik kartlegging kan du bli spurt om en rekke forhold, som

- kroppslige, psykiske, sosiale og materielle vansker og behov
- tidligere og nåværende somatiske sykdommer og psykiske lidelser
- psykiske lidelser i familien
- selvmordsfare
- bruk av rusmidler
- barndoms- og oppvekstforhold
- negative livshendelser
- mellommenneskelige problemer

Det er viktig å avklare når depresjonen startet og dine tanker om hva som kan ha bidratt til å utløse problemene. Depresjon er ofte en tilbakevendende lidelse. Derfor er det viktig at behandler spør deg om du tidligere har hatt episoder med depresjon. Erfaringer fra disse kan være nyttige i arbeidet med problemene, for eksempel hva som hjalp den gangen. Det står mer om forebygging av tilbakefall på side 46.

Utredningen bør gi et bilde av dine personlige ressurser. Behandleren kan spørre: Hva er dine sterke sider? Hva vil en som kjenner deg, trekke frem som dine beste egenskaper? Hva gjorde du og hvilke sider av deg selv viste seg å være viktige da du tidligere klarte å overkomme problemene dine?

Behandleren bør avklare hvilken støtte du kan få fra pårørende, venner og arbeidskolleger. Det er særlig viktig å ha en person

du har tillit til og kan betro deg til. Den som foretar utredningen skal også spørre om du har barn, og om barna har spesielle behov nå som må ivaretas. Det står mer om barnas situasjon på side 58.

Mulighetene for å avdekke depresjon øker hvis det er et tillitsfullt forhold mellom deg som pasient og behandleren. Det er vist at helsepersonell som stiller spørsmål om sosiale og psykologiske forhold, bruker åpne spørsmål, har øyekontakt med pasienten og unngår å avbryte, lettere avdekker depresjon hos pasienter. Slik kan disse pasientene få riktig hjelp.

Diagnostisering av depresjon

Depresjon deles inn i tre ulike alvorlighetsgrader: mild, moderat og alvorlig depressiv episode.

- Mild depressiv episode innebærer nedsatt stemningsleie, økt trettbarhet eller tap av glede og interesse, samt minst to andre former for depressive plager, for eksempel søvnproblemer og svekket appetitt. Selv om mild depresjon er en plagsom og hemmende tilstand, makter personen som regel å fungere i det daglige.
- Ved en moderat depressiv episode er det flere depressive plager, og personen vil vanligvis ha problemer med å fungere sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme.
- Ved en alvorlig depressiv episode er problemene betydelige, med høy grad av bekymring og grubling, rastløshet eller lammelse, tapt selvfølelse, problemer med søvn og appetitt og gjerne en form for følelsesmessig tilstivning.

Diagnostisering av depresjon handler altså både om antall depressive plager, hvor sterke de er og i hvilken grad de gjør det vanskelig å fungere både på jobb og i privatlivet. Det er viktig å få fram i hvilken grad du som pasient, og eventuelt dine pårørende, opplever at tilstanden hemmer deg i hverdagen.

Depresjon kan ofte forekomme samtidig med angst, vedvarende smerter, søvnproblemer, rusmiddelproblemer og en rekke andre psykiske lidelser eller somatiske sykdommer, for eksempel diabetes, kreft og hjertelidelser. Det er viktig at helsepersonell spør deg om slike forhold, og at du informerer dem dersom du har disse vanskene.

Depresjon kan være en direkte følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller forårsaket av rusmidler. Det er derfor viktig at slike forhold utredes. Eksempler på medikamenter som kan utløse depressive plager, er betablokkere, glukokortikoider, cellegift og antipsykotiske midler.

Bruk av spørreskjemaer

Det anbefales at behandleren benytter seg av spørreskjemaer som et hjelpemiddel for vurdering av alvorlighetsgraden av depresjonen, og for å følge opp behandlingen. Som pasient kan du ha nytte av at behandleren gir deg tilbakemelding fra spørreskjemaene, blant annet for å følge med på om behandlingen virker. I de nasjonale retningslinjene blir systematisk bruk av slike spørreskjemaer sterkt anbefalt.

Vurdering av risiko for selvmord

Helsepersonell bør alltid kartlegge hvorvidt det foreligger selvmordsrisiko hos mennesker med psykiske lidelser.

Kartlegging innebærer å spørre om personen

- har selvmordstanker eller selvmordsplaner
- har gjort selvmordsforsøk tidligere

Dersom kartleggingen gir mistanke om selvmordsrisiko, er det viktig at helsepersonell som er utdannet til det, umiddelbart foretar en videre vurdering. Personen må få oppfølging og støtte. Dette kan være gjennom samtaler, mobilisering av nettverk, medikamentell behandling eller innleggelse i psykisk helsevern. Når det vurderes at det er selvmordsrisiko for en pasient i primærhelsetjenesten, skal han eller hun henvises til psykisk helsevern umiddelbart, vanligvis til et distriktspsykiatrisk senter. Hvis du kommer i en slik kritisk situasjon, skal du vite at det finnes klare rutiner for hvordan du kan ivaretas på en trygg og god måte. Det er hjelp å få.

Både som pasient og pårørende er det viktig at du tar kontakt med helsevesenet dersom du er bekymret. Helsepersonell kan informere deg om hvordan du konkret skal gå frem. Som pårørende til en person i alvorlig selvmordskrise bør du få tilbud om støtte til å bearbeide egne reaksjoner i etterkant.

Grupper med økt risiko for depresjon

Noen lidelser og tilstander øker risikoen for å utvikle depresjon. Det er viktig at helsepersonell er klar over dette og rutinemessig stiller egnede spørsmål. De nasjonale retningslinjene anbefaler regelmessig bruk av de tre spørsmålene som er nevnt på side 20. Eksempler på grupper med økt risiko for depresjon er pasienter som tidligere har hatt behandlingstrengende depresjon og pasienter med rusmiddelproblemer, somatiske sykdommer, vedvarende smerter eller psykiske lidelser. Videre er det økt risiko for personer som har opplevd tap, som nærståendes død eller skilsmisse. Det samme gjelder for dem som har opplevd traumer som mobbing, mishandling og seksuelle overgrep. Det kan være viktig at du som pasient informerer din behandler om forhold som er nevnt her.

Depresjon og somatisk sykdom

Depresjon svekker motstandskraften og etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Dessuten er depresjon forbundet med andre forhold som svekker helsen, som røyking, bruk av rusmidler, usunt kosthold og lite mosjon.

Dessverre blir depresjon hos pasienter med somatisk sykdom ofte ikke fanget opp, og pasienten får ikke den nødvendige behandlingen. Av sykdommer som er blitt knyttet til økt risiko for depresjon, kan nevnes hjertesykdom, hjerneslag, diabetes og andre stoffskiftesykdommer, revmatisk sykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), kreft, multippel sklerose, HIV, demens og Parkinsons sykdom. Ved alle disse sykdommene er det viktig at helsepersonell stiller de tre spørsmålene som er nevnt på side 20.

Hvis du har en av disse sykdommene, og opplever noen av de depressive plagene vi har beskrevet tidligere, kan det være lurt å stille spørsmålet: Kan jeg være deprimert? Dersom du får en mistanke om det, kan det være klokt å snakke med dine pårørende og med helsepersonell.

Yrkesrettede tiltak

Mange med depressive lidelser har også behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til jobben. Sykemelding med vekt på fravær og hvile brukes ofte ved sykdom. Ved depresjon og angstlidelser er nærvær og aktivitet viktig. Det bidrar til å gi hverdagen form og struktur og gir mindre rom for passivitet, ensomhet og depressiv grubling.

Langvarig fravær fra arbeidsplassen reduserer sannsynligheten for å vende tilbake til arbeidet. Løpende kontakt og samarbeid mellom helsevesen, arbeidssted og NAV (arbeids- og velferdsforvaltningen) er vesentlig for å gjøre fraværet så kort som mulig.

Mennesker med psykiske lidelser strever ofte med skyldfølelse for ikke å strekke til og trenger å bli møtt med respekt, tydelighet og åpenhet. Har du problemer med depresjon, kan god tilrettelegging av arbeidet, for kortere eller lengre perioder, hjelpe deg til å stå i arbeid eller komme raskere tilbake etter sykemelding. Gradert sykemelding eller avventende sykemelding kan være et viktig virkemiddel.

En arbeidsplass som er preget av konflikter kan forårsake betydelig stress og bidra til depresjon. Tiltak her bør være et viktig tema i samtalen med behandleren.

For mange vil aktivitet ha stor verdi for livskvaliteten, uavhengig om de er i stand til å vende tilbake til arbeidslivet eller ikke. Det er viktig at du som pasient får god informasjon om de aktivitets- og arbeidstilbudene som NAV tilbyr.

I seks fylker (Oslo, Akershus, Østfold, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms) er det etablert «Senter for jobbmestring» i NAV. Tilbudet er for personer som har problemer med jobben på grunn av depresjon og/eller angst, som er i faresonen for å bli sykmeldt, eller er under oppfølging av NAV og ønsker å komme raskt ut i arbeid. Tilbudet består både av arbeidsrettede tiltak og psykologisk hjelp for psykiske plager www.nav.no/psykiskhelse

Behandling av mild depresjon: Rådgivning og veiledet selvhjelp

Det store flertallet av mennesker med depressive lidelser (mer enn 80 prosent) har sitt behandlingstilbud utelukkende i primærhelsetjenesten, hos fastlege og annet helsepersonell i kommunen, som psykisk helsearbeidere, kommunale psykologer, sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter og sosionomer. Dette dreier seg i hovedsak om pasienter som lider av lettere former for depresjon.

Rådgivning

Medikamentell behandling skal som hovedregel ikke være førstevalget ved behandling av mild depresjon. Behandleren, for eksempel fastlegen, skal normalt først tilby rådgivning og psykologiske tiltak, som hjelp til problemløsning og stresshåndtering. Det kan være nyttig med en samtale om hvordan du kan unngå sosial isolasjon og få flere aktiviteter i hverdagen som gir deg en følelse av mestring og tilfredsstillelse. Det er viktig med råd om hvordan du kan håndtere angst og søvnproblemer, og hvordan du begrenser depressiv grubling og selvkritikk. Bruk av rusmidler bør drøftes. Du kan ha utbytte av fysisk trening, for eksempel regelmessig turgåing.

Lettere former for depresjon vil ofte gå over av seg selv uten noen form for behandling. Hvis du ikke ønsker behandling, eller fastlegen tror at du vil oppnå bedring uten, anbefales det at dere gjør en ny avtale etter to uker for å se an situasjonen. I «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten» anbefales det at fastlegen tar kontakt med deg dersom du ikke møter til en slik avtale.

Veiledet selvhjelp

Veiledet eller assistert selvhjelp er en metode

for systematisk samarbeid mellom pasient og helsepersonell, der du som pasient selv står for gjennomføringen av tiltakene. Forskning har vist at denne fremgangsmåten gir gode resultater ved lettere former for depresjon. Metoden går ut på at helsepersonell informerer deg om depresjon og hvordan depressive plager kan motvirkes. Du får tilgang til selvhjelpsmateriell, enten direkte eller ved at du informeres om hvor du kan få tak i dette. Det kan være i form av brosjyrer, bøker eller internettbaserte programmer. Samtidig tilbys du oppfølgende samtaler, der dine konkrete erfaringer med bruk av selvhjelpsmateriellet diskuteres. Tiltaket bør ta seks til ni uker, inkludert for eksempel tre oppfølgende samtaler.

Veiledet selvhjelp bygger vanligvis på prinsipper fra kognitiv terapi (også kalt kognitiv atferdsterapi). En viktig del av et slikt tilbud er råd om

- hvordan du kan håndtere stress og løse problemer
- hvordan du kan motvirke overdreven negativ tenkning og pessimisme
- hvordan du kan øke mengden av aktiviteter i hverdagen, spesielt aktiviteter som kan gi økt opplevelse av mestring og tilfredsstillelse
- hvordan du kan bruke støttespillere i nærmiljøet – og bli en bedre støttespiller for deg selv
- hvordan du kan unngå sosial isolasjon

Det finnes norskspråklige selvhjelpsprogrammer på Internett som kan være til nytte ved håndtering av angst og lettere former for depresjon. Her anbefales BluePages (www.bluepages.no; informasjon om depresjon og behandling) og MoodGYM (www.moodgym.no; råd bygget på kognitiv terapi).

Det er utviklet kurs i mestring av depresjon. Dette er tilbud med spesielt utdannede kursholdere, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Se for eksempel Kurs i Depresjonsmestring (KiD), Rådet for psykiske helse www.psykiskhelse.no eller Kommunal Kompetanse www.kkomp.no. Det er etablert slike tilbud i mange kommuner.

Det er utviklet et kurstilbud for personer med tilbakevendende depresjoner. Kursmanual, lysark, selvhjelpshefter og annen nyttig informasjon er lagt ut på hjemmesiden www.bymisjon.no/a-senteret. Helsepersonell og andre interesserte kan fritt tilpasse dette materiellet til eget bruk.

Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive plager. Det anbefales at du gjennomfører en halv times fysisk aktivitet daglig. Intensiteten må minst tilsvare en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås om du øker den daglige mengden og intensiteten utover dette.

Ulike former for fysisk aktivitet, som gange, jogging eller trening med vekter, ser ut til å ha likeverdig effekt. Det viktigste er ikke hvordan du trener, men at du er i aktivitet og bruker kroppen regelmessig. Fysisk aktivitet stimulerer kroppen, gir opplevelse av mestring, avkobling fra depressive tanker og følelser og bidrar gjerne til økt sosial kontakt.

For å gjøre dette systematisk anbefales det at du følger et treningsprogram, hvis mulig med egen trener, med opptil tre treningsøkter per uke av moderat lengde (45 minutter til 1 time) i 10 til 14 uker (gjennomsnittlig 12 uker). «Aktiv på dagtid» tilbyr mange steder i

landet organisert fysisk aktivitet for mennesker som mottar trygdeytelser. Kommunale treningskontakter kan også være til god hjelp.

Psykologisk rådgivning

Ved behandling av depresjon kan flere former for kortvarig psykologisk rådgivning være til hjelp. Helsepersonell skal spørre deg som pasient om du har tanker om hva som vil være en egnet innfallsvinkel for deg og din erfaring med hva som har hjulpet tidligere.

Sentralt står rådgivning vedrørende vansker og dilemmaer i hverdagen. Et virkemiddel kan være systematisk, trinnvis hjelp til problemløsning, som å beskrive et problem, finne alternative løsningsforslag, prioritering og gjennomføring av tiltak og evaluering av resultatet. Det er lurt å dele opp problemene i biter og ikke forholde seg til alt på en gang. Å sitte uvirksom med tunge tanker tapper deg for energi. Du kan ha utbytte av å øke antall gjøremål, og da spesielt aktiviteter som kan gi en følelse av mestring og tilfredsstillelse, samt økt sosialt samvær. Planlegg positive aktiviteter. Gjør noe hyggelig hver dag, selv om du egentlig ikke orker.

Du kan ha nytte av råd om hvordan du kan begrense tiden du bruker til bekymring, grubling og selvkritikk. Legg merke til hvordan du tenker når du er deprimert. Legg spesielt merke til hva du tenker om deg selv og hvordan du behandler deg selv. Forsøk å være mot deg selv som du ville vært mot en god venn. Nettopp når depresjonen er sterk, trenger du mest mulig støtte fra deg selv for å overkomme problemene.

Du kan få råd om hvordan du kan teste ut negative tanker, slik at du får tilgang til mer balanserte og nyanserte tanker. Når du får en negativ idé om deg selv, om andre eller fremtiden, kan du spørre deg selv: Har jeg bevis for dette? Eller: Hva ville jeg sagt til en venn i samme situasjon?

En nyttig innfallsvinkel er å trene på å studere sine egne negative tanker fra sidelinjen og ikke bare være en del av dem og ta dem for gitt. Tanker er ikke fakta, de er bare tanker. De behøver ikke tas bokstavelig. Slik formulerte Gwyneth Lewis det i sin bok om depresjonen: «Den endeløse kampen med de kritiske stemmene i hodet hadde gjort meg så mye vondt at jeg gjorde alt jeg kunne for å undertrykke dem. Men så forsto jeg at uansett hvor mange «busser» med negative tanker som kom kjørende, så trengte jeg ikke å hoppe på noen av dem. Jeg lærte å la bussene kjøre forbi, så dem bare passere. Dette er det aller viktigste jeg har lært om depresjonen. Det virker kanskje opplagt, men for meg var virkningen enorm.»

Et godt utgangspunkt for å motvirke depressive plager er informasjon om depresjon. Depresjon er et av de vanligste problemene helsetjenesten jobber med. Du er langt fra alene. Hvis du snakker med andre i omgangskretsen din, får du sannsynligvis høre om tilsvarende erfaringer.

Erfaring fra forskning viser at forholdsvis korte samtaler med helsepersonell om ovennevnte temaer kan være til hjelp og gi håp og stimulans til konstruktive aktiviteter og tiltak. Et nyttig utgangspunkt for samtalen kan være Helsedirektoratets brosjyre «Enkle råd når livet er vanskelig», som du finner på hjemmesiden www.helsedirektoratet.no/psykisk

Behandling av moderat og alvorlig depresjon

Medikamentell behandling

Forskning viser at for mange pasienter med mild og moderat depresjon er det beskjedne forskjeller i virkning mellom antidepressiver, altså de medikamentene som brukes ved depresjon, og såkalt placebo («narremedisin»). Dette gjelder spesielt ved de lettere formene for depresjon. Antidepressiver anbefales vanligvis ikke som førstevalg ved milde former for depresjon, da ulempene ved slik behandling her er større enn fordelene.

Bruk av antidepressiver bør allikevel vurderes som et tilbud for personer

- med mild depresjon hvis depresjonen vedvarer etter at andre tiltak er forsøkt
- som har hatt tidligere episoder med moderat eller alvorlig depresjon
- som i tillegg har somatisk sykdom eller andre psykiske lidelser

Det står mer om medikamentell behandling på side 41 og utover.

Psykologisk behandling ved moderat og alvorlig depresjon

De former for psykologisk behandling som har dokumentert effekt i behandling av depresjon, i det følgende kalt strukturert psykologisk behandling, har viktige fellesnevnere.

Betegnelsen strukturert psykologisk behandling benyttes i de nasjonale retningslinjene som en fellesbetegnelse på anerkjente og teoribaserte psykologiske metoder bygget på et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient; der:

- terapeuten er aktiv og støttende
- det gis informasjon om depresjon og hvordan den kan forstås og mestres
- behandlingen er strukturert og rettet mot pasientens aktuelle problemer
- pasienten lærer spesifikke metoder for å mestre sine problemer, metoder som

også kan anvendes etter at behandlingen er avsluttet.

Sentrale terapiformer

Noen sentrale former for psykologisk behandling er:

- Kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi) retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder depresjonen. Dette gjøres ved kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforsking og eventuelt endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall.
- Interpersonlig psykoterapi er bygget på at pasient og terapeut diskuterer ubearbeidede tapsopplevelser (som skilsmisse eller arbeidsløshet), problemer knyttet til nye roller (som når barna flytter ut eller ved pensjonering), konflikter med pårørende og mangelfulle sosiale ferdigheter. Målet er at pasienten skal redusere de depressive plagene ved at han eller hun lærer seg å håndtere eller løse slike mellommenneskelige problemer.
- Psykodynamisk psykoterapi består av ulike tilnærminger rettet mot innsikt i ubevisste konflikter og forståelse av hvordan følelser og reaksjoner henger sammen med forholdet til nære personer i barndom og oppvekst, med oppvekstmiljøet i vid forstand og med utviklingen av personlighet og identitet. Ved depresjon legges det vekt på å gjennomarbeide tapsopplevelser og forstå den psykologiske bakgrunnen for reaksjonen på tapet.
- Opplevelsesorientert psykoterapi er en bred klasse av terapiformer med røtter i humanistisk og eksistensialistisk teori. De mest kjente er klient- eller personsentrert terapi og gestaltterapi. De er blant annet rettet mot bevisstgjøring av og eventuelt frigjøring av undertrykte følelser for å skape ny mening og personlig vekst. Det finnes tilsvarende behandlingsformer som gjør bruk av musikk, dans, drama og andre kunstneriske uttrykk.
- Parterapi ved depresjon tar utgangspunkt i at depresjon kan føre til problemer i parforhold, samtidig som samlivsvansker kan utløse, forsterke eller opprettholde depresjon. Det er utviklet egne former for parterapi for pasienter som både er deprimert og har samlivsproblemer.

Forskning på metodenes resultater

Ved valg av behandlingsmetode skal det tas hensyn til hva du som pasient ønsker, og hva som er dine erfaringer med behandling, samt det forskningsmessige grunnlaget for virkningen av ulike metoder. Både behandlingsmetode, samarbeidsforholdet mellom pasient og behandler og egenskaper ved terapeuten og pasienten har betydning for resultatet. Eksempler på slike egenskaper er om terapeuten er dyktig i utførelsen av en metode og samtidig forståelsesfull og lyttende, og om pasienten er aktiv og engasjert i sin behandling.

Flere former for strukturert psykologisk behandling (se side 35) har i kontrollerte forskningsstudier vist gode resultater ved behandling av depresjon, enten alene eller i kombinasjon med medikamentell behandling. De metodene som har oppnådd de mest konsistente positive resultatene er:

- kognitiv terapi eller kognitiv atferdsterapi
- atferdsterapi med målrettet atferdsaktivering (det vil si tilrettelegging av hverdagens gjøremål for å øke mengden

aktiviteter som kan gi opplevelse av mestring og tilfredsstillelse)
- interpersonlig terapi

Det finnes også enkelte kontrollerte forskningsstudier der korttidspsykodynamisk psykoterapi har vist gode resultater ved moderat depresjon.

Det er i liten grad gjort kontrollerte studier av opplevelsesorientert psykoterapi. Et unntak er såkalt emosjonsfokusert terapi, som har vist å kunne være til hjelp ved moderat depresjon.

Parterapi tilrettelagt for behandling av moderat depresjon har i forskningsstudier vist gode resultater dersom det også forekommer samlivsproblemer. Slik behandling kan dessuten bidra til å styrke parforholdet. Behandlingen bør inkludere informasjon om depresjon, og om hvordan den kan forstås og mestres.

Den forskningsmessige dokumentasjonen som foreligger på nytten av familieterapi som en behandlingsmetode for depresjon, er ufullstendig.

Strukturert psykologisk behandling, i form av kognitiv terapi eller interpersonlig terapi, er i forskningsstudier vist å kunne forebygge nye episoder med depresjon, enten alene eller i kombinasjon med medikamentell behandling.

«Mindfulness»-basert kognitiv terapi er en form for meditasjon som er rettet mot oppmerksomhetstrening og aksepterende tilstedeværelse i nuet. I forskningsstudier er det vist at denne tilnærmingen kan forebygge ny depresjon for pasienter med mer enn to tidligere episoder med depresjon, det vil si de som er mest plaget av tilbakefall.

Spørsmål om psykologisk behandling

Her er noen aktuelle spørsmål, hvis du blir tilbudt en spesiell form for psykologisk behandling:

- Kan du fortelle meg (mer om) hva denne behandlingen innebærer?
- Hvorfor vil du anbefale denne formen for psykoterapi?
- Er det andre tilnærminger som også kan være egnet for meg?

Den terapeutiske alliansen

I studier av psykologisk behandling av depresjon har det vist seg at samarbeidsforholdet mellom pasient og terapeut – den terapeutiske alliansen – har stor betydning for resultatet. Den terapeutiske alliansen består av tre gjensidig avhengige forhold:

- Enighet om hvilke mål man arbeider mot i terapien
- Enighet om hvilke metoder som skal benyttes av hver av partene for å nå målene
- En relasjon preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet

Kvaliteten på den terapeutiske alliansen tidlig i behandlingsforløpet har spesielt stor betydning. Hvis du som pasient, i løpet av de første samtalene, ikke opplever å ha et godt samarbeid med terapeuten, er det mulig at du ikke vil få utbytte av behandlingen.

Kvaliteten på alliansen kan endre seg i løpet av behandlingen, og terapeutens og pasientens opplevelse er ofte ikke sammenfallende. Terapeuten bør derfor regelmessig og systematisk stille spørsmål til deg som pasient om dette. Terapeuten kan også oppfordre deg til å fylle ut et selvrapporteringsskjema som måler alliansen og tilfredshet med terapien.

Terapeuten bør jevnlig sjekke om du som pasient faktisk blir bedre, både ved å drøfte dette med deg og ved å bruke spørreskjemaer som måler graden av depresjon underveis i behandlingen. Da vil dere kunne få et bilde av om behandlingen faktisk virker og justere kursen hvis resultatene uteblir.

Ekstratiltak ved alvorlig depresjon

Strukturert psykologisk behandling kan også være til hjelp ved alvorlige former for depresjon. Det anbefales en kombinasjon med medikamentell behandling med antidepressiver hvis du som pasient ønsker dette. Dersom du har en alvorlig depresjon og begynner med strukturert psykologisk behandling, bør du få tilbud om to behandlinger per uke den første måneden.

Medikamentell behandling ved moderat og alvorlig depresjon

Forskning viser at mange pasienter med moderat og alvorlig depresjon har nytte av medikamentell behandling med antidepressiver. Som pasient skal dine ønsker og tidligere erfaring med behandling tillegges vekt ved valg av medikament. Det er bivirkninger knyttet til bruk av medikamenter, og det er viktig at legen rutinemessig holder øye med dette.

Typer av medikamenter

Det finnes ulike typer medikamenter ved depresjon, kalt antidepressiver, og de har stort sett samme effekt. Valg av medikament vil avhenge av hvilke plager du har, din erfaring med slik behandling tidligere og hvilke bivirkninger som kan oppstå. De mest brukte antidepressivene er selektive serotonin-reopptakshemmere (SSRI). Trisykliske antidepressiver blir også brukt, men har noe mer bivirkninger. Det finnes også andre typer av antidepressiver som din lege kan gi informasjon om.

Spørsmål om medikamentell behandling

Noen aktuelle spørsmål hvis du blir tilbudt behandling med antidepressiver:

- Hvor lang tid vil det ta før jeg føler meg bedre?
- Hvor lenge må jeg ta medikamentet?
- Vil det være lett å slutte med medikamentet?

Informasjon

Når du begynner med medikamentell behandling med antidepressiver, er det viktig å få kjennskap til

- at det tar tid før medikamentet får full effekt
- behandlingens tidsplan (når og hvordan behandlingen skal evalueres)

- betydningen av å ta medikamentet slik legen anbefaler
- mulige plager og symptomer i oppstartsfasen
- bivirkninger
- mulige plagsomme reaksjoner når du slutter å ta medikamentet

Du bør få skriftlig informasjon tilpasset dine behov. Det er enkelte sider ved bruk av medikamenter som det ofte er knyttet bekymring til, og som du bør få informasjon om. Et eksempel er at antidepressiver ikke gir rusfølelse eller avhengighet, slik man kan se ved bruk av for eksempel benzodiazepiner, med behov for stadig større doser for å oppnå effekt (toleranseutvikling). En kroppslig (fysiologisk) tilvenning kan imidlertid forekomme. Det kan medføre at det hos enkelte oppstår et kroppslig ubehag ved avslutning av behandlingen.

Det er også viktig å få informasjon om at det å ta medikamenter ikke bør ses på som et nederlag eller svakhetstegn. Medikamentet er et virkemiddel som du benytter deg av i arbeidet med depresjon.

Spørsmål om bivirkninger

Du skal få informasjon om mulige bivirkninger. Her er noen aktuelle spørsmål:

- Har dette medikamentet noen bivirkninger som kan påvirke min fysiske og psykiske helsetilstand og hverdagen min?
- Hva skal jeg gjøre hvis jeg får noen av disse bivirkningene?
- Hvor lenge vil bivirkningene vare?

Selvmordsrisiko

De første par dagene til ukene etter oppstart med antidepressiver kan enkelte oppleve økende angst og uro, noe som kan være forbundet med selvmordstanker. Helsepersonell bør være oppmerksomme på slike tegn og gi informasjon om risikoen for slike symptomer i tidlige stadier av behandlingen. Det er viktig at du raskt søker hjelp hvis symptomene blir plagsomme. Samtidig bør det understrekes at det ikke er holdepunkter for at det skjer en forverring av selvmordsrisiko under behandling med antidepressiver.

Personer som begynner med antidepressiver, og som anses for å ha økt risiko for selvmord, skal innkalles til kontroll innen en uke. Deretter bør pasient og behandler møtes så ofte som det er hensiktsmessig inntil risikoen er avtatt. Det bør gis en begrenset mengde medikamenter til personer med høy risiko for selvmord.

Etterlevelse av medikamentell behandling

Undersøkelser tyder på at omlag en tredel av pasienter med depresjon slutter å ta antidepressiver i løpet av den første måneden, mens opp mot halvparten slutter i vedlikeholdsfasen. Mange slutter uten å rådføre seg med lege. Dersom du vurderer å slutte å ta medikamentet, er viktig at du drøfter dette med legen. Det kan være uheldig å slutte med en gang plagene blir mindre, fordi det da fortsatt er risiko for tilbakefall av depresjon.

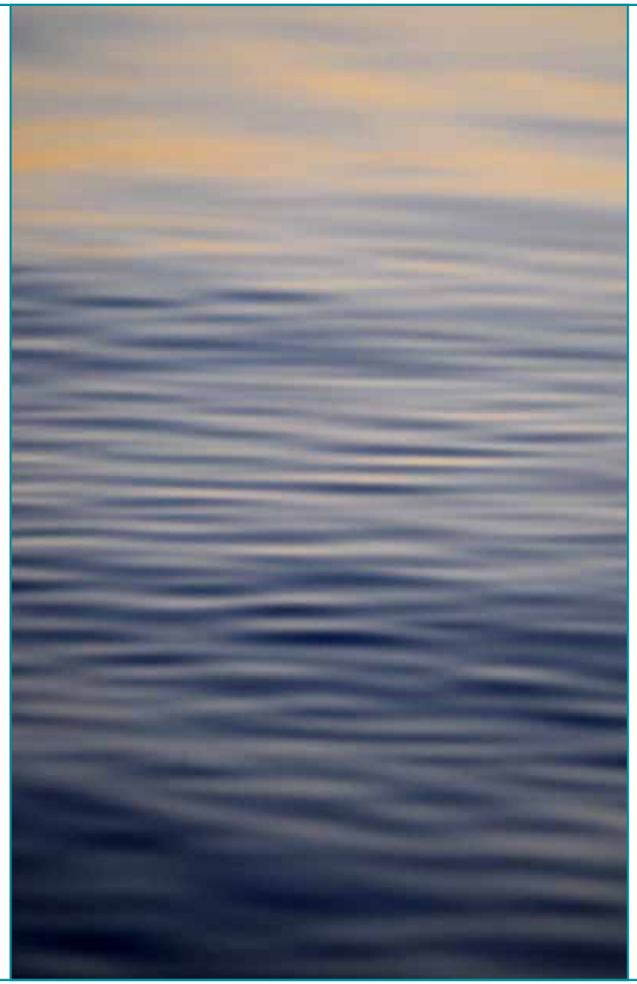
Sannsynligheten for at du som pasient følger opp medikamentell behandling øker når du selv tar ansvar for behandlingen og innarbeider rutiner for kjøp og for å huske å ta medikamentet. Det samme er tilfelle når legen gir god informasjon, følger godt opp og har hyppig kontakt med deg.

Vedlikeholdsbehandling

Når du har startet med antidepressiver, bør du normalt ha ny avtale med legen din etter

maksimum to uker. Etter dette bør du ha regelmessige avtaler med hensiktsmessige mellomrom, for eksempel to til fire uker de første tre månedene, og deretter i lengre intervaller, dersom du har nytte av behandlingen.

Du bør fortsette med antidepressiver i minst seks måneder etter at de depressive plagene er blitt borte. Dette reduserer risikoen for tilbakefall. Etter disse seks månedene bør du og legen sammen vurdere behovet for fortsatt behandling med antidepressiver. En slik vurdering bør ta hensyn til om du flere ganger tidligere har vært deprimert, om du fortsatt har depressive plager, og om du har hatt utbytte av andre tiltak, for eksempel psykologisk behandling. Det står mer om forebygging av tilbakefall på side 46.



Plager forbundet med å slutte med medikamenter

Enkelte pasienter opplever plager når de slutter å ta medikamentet eller går ned i dosering. Slike plager kan være svimmelhet, kvalme, rare følelsesfornemmelser i huden (parestesi), angst og hodepine. Risikoen for plager øker hvis du slutter brått med medikamentet. Derfor bør dosen reduseres over en periode på minst fire uker.

Johannesurt

Det er gjort forskningsstudier som tyder på at ekstrakt fra planten johannesurt (perikum) kan ha en positiv virkning ved mild og moderat depresjon, og at den kan ha færre bivirkninger enn antidepressiver. Johannesurt kan være et alternativ for pasienter med lettere former for depresjon. Et problem er imidlertid at de tilgjengelige preparatene har forskjellig styrke, og man vet ikke hva som er den mest effektive dosen. Det er viktig å være klar over at midlet kan redusere virkningen av annen medisin. Hvis du vurderer å starte med naturmedisinen, er det fornuftig å spørre din lege om dette.

Spørsmål når behandlingen ikke virker

Hvis du opplever at behandlingen ikke virker, enten det er psykologisk eller medikamentell behandling, er det viktig å snakke med behandleren din om dette:

- Det synes ikke som om jeg blir noe bedre. Er det noen vits i å forsette med denne typen behandling?
- Er det en annen behandling som kan fungere bedre for meg?

Hvis du opplever at depresjonen kommer tilbake etter den første episoden, kan følgende spørsmål være aktuelle:

- Hva er grunnen til at depresjonen kommer tilbake?
- Vil jeg få tilbud om en annen type behandling denne gangen?

Forebygging av tilbakefall

Det er grunn til å være optimistisk når det gjelder mulighetene for varig bedring ved depressive lidelser. Forskning viser gode resultater ved avsluttet behandling og ved senere oppfølging. Det gjelder både psykologisk og medikamentell behandling. Mange opplever likevel at problemene vender tilbake flere ganger i løpet av livet. Hvis du er forberedt på hva som kan skje, har du langt større mulighet til å forebygge problemene eller dempe skadevirkningene av dem.

Det som i størst grad kan si noe om risiko for ny depresjon, er antall tidligere episoder med depresjon. Jo flere episoder med depresjon du har opplevd, desto større er risikoen for å få en ny.

Forebygging av tilbakefall et viktig tema i all behandling av depresjon. Sammen med behandler, og eventuelt dine nærmeste pårørende, kan du utarbeide en beredskapsplan. Tilbakefall kan begrenses ved å kartlegge tidlige signaler på tilbakefall og være oppmerksom på situasjoner som øker risikoen for tilbakefall. Du og din behandler anbefales å sette av tid til å drøfte hvordan du konkret kan møte disse situasjonene.

Eksempler på varselsignaler:
- du blir lett irritabel
- du blir urolig og bekymret
- du trekker deg fra sosiale gjøremål
- du endrer søvnmønster og spisevaner
- du blir lett trett
- du slutter å trene
- du utsetter tidsfrister
- det blir et ork å åpne brev, betale regninger etc.

Beredskapsplanen kan inneholde
- viktige erfaringer med hensyn til tidligere behandling
- hvor og hvordan henvende seg for hjelp
- hvordan forholde seg til familie, venner og arbeidskolleger
- hvordan begrense depressiv tenkning, bekymring, grubling og selvkritikk
- hvordan opprettholde aktiviteter som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse
- hvordan unngå å isolere seg

Forebyggende behandling

Både strukturert psykologisk behandling og antidepressiver som vedlikeholdsmedikasjon kan bidra til å redusere risikoen for tilbakefall.

For mange kan et kurs i depresjonsmestring, se side 31, bidra til å forebygge ny depresjon.

Hvis du får medikamentell behandling, har hatt to eller flere depressive episoder i nær fortid, og i tillegg har opplevd store problemer med å fungere i hverdagen i disse episodene, anbefales det at du fortsetter med antidepressiver i minimum to år.

Sammen med behandleren din kan du se på behovet for livsstilsendringer, som regelmessig fysisk aktivitet, normalisering av døgnrytme, regelmessige måltider og begrenset inntak av rusmidler.

Kronisk depresjon

En person får diagnosen kronisk depresjon dersom han eller hun har hatt en moderat eller alvorlig depressiv episode i minst to år. «Kronisk» betyr imidlertid ikke uhelbredelig. Slike langvarige depresjoner kan gå over, og det er gode behandlingsresultater. En beslektet tilstand, dystymi, preges av langvarig nedtrykt sinnsstemning. Personer med vedvarende depresjon har ofte også angstproblemer, både i form av panikkanfall og bekymringsangst. Mange av disse personene har hatt en oppvekst preget av tap, omsorgssvikt, belastninger og traumer.

Ved langvarige problemer er det ekstra viktig å få tilbud om en god og grundig kartlegging av livssituasjon, fysisk helse, problemer og ressurser. Du bør få tilbud om både medikamentell behandling med antidepressiver og samtidig psykologisk behandling. Behandlingen bør vare lenger enn det som er vanlig ved enkeltstående episoder med depresjon når det er behov for det. Viktige temaer i samtalene kan være livsproblemer og ensomhet og hvordan styrke selvtillit og livskvalitet. Yrkesrettede tiltak og oppfølging for å komme seg i arbeid igjen kan ha stor betydning.

Sosial kontakt er viktig for personer med kronisk depresjon. Ved behov bør helsepersonell tilby regelmessige møter med frivillige som har fått opplæring i dette, for eksempel fra frivillighetssentralen eller besøkstjenesten til Røde Kors. Kontakten bør finne sted minst én gang i uken i to til seks måneder.

Sesongavhengig depresjon

Sesongavhengig depresjon (ofte kalt vinter-depresjon) kjennetegnes ved energimangel, tretthet, økt søvnbehov, redusert sosial aktivitet og økt matlyst, da særlig for søt-saker. Problemene kommer gjerne sent på høsten.

Lysbehandling, der personen sitter foran en lampe med flat skjerm og utsettes for lys med høy intensitet, kan være til hjelp ved mild sesongavhengig depresjon. Det er imidlertid motstridene resultater i forskningen når det gjelder om denne metoden faktisk har effekt eller ikke.

Det finnes ikke tilstrekkelig forskningsmessig dokumentasjon på at medikamentell behand-ling med antidepressiver er til hjelp ved sesongavhengig depresjon.

Bipolare lidelser

Bipolare lidelser ble tidligere kalt manisk-depressiv lidelse. De kjennetegnes ved gjentatte episoder med depresjoner og én eller flere episoder med økt energi og over-aktivitet (hypomani) eller ukritisk atferd med hevet stemningsleie (mani).

Hvis du har en bipolar lidelse, anbefales du en kombinasjon av medikamentell behandl-ing og strukturert psykologisk behandling og tilbakefallsforebygging. Du anbefales også medikamentell behandling for å forebygge nye episoder, for eksempel litium. Legen din kan gi mer informasjon om hva dette inne-bærer. Helsedirektoratet utarbeider egne retningslinjer for behandling av bipolare lidelser.

Elektrokonvulsiv behandling

Ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) sendes en liten mengde elektrisitet gjennom en del av hjernen. Personen er da i narkose og har fått muskelavslappende midler. ECT har dokumentert effekt ved depresjoner og er en mulighet når andre behandlingsmetoder ikke har ført frem.

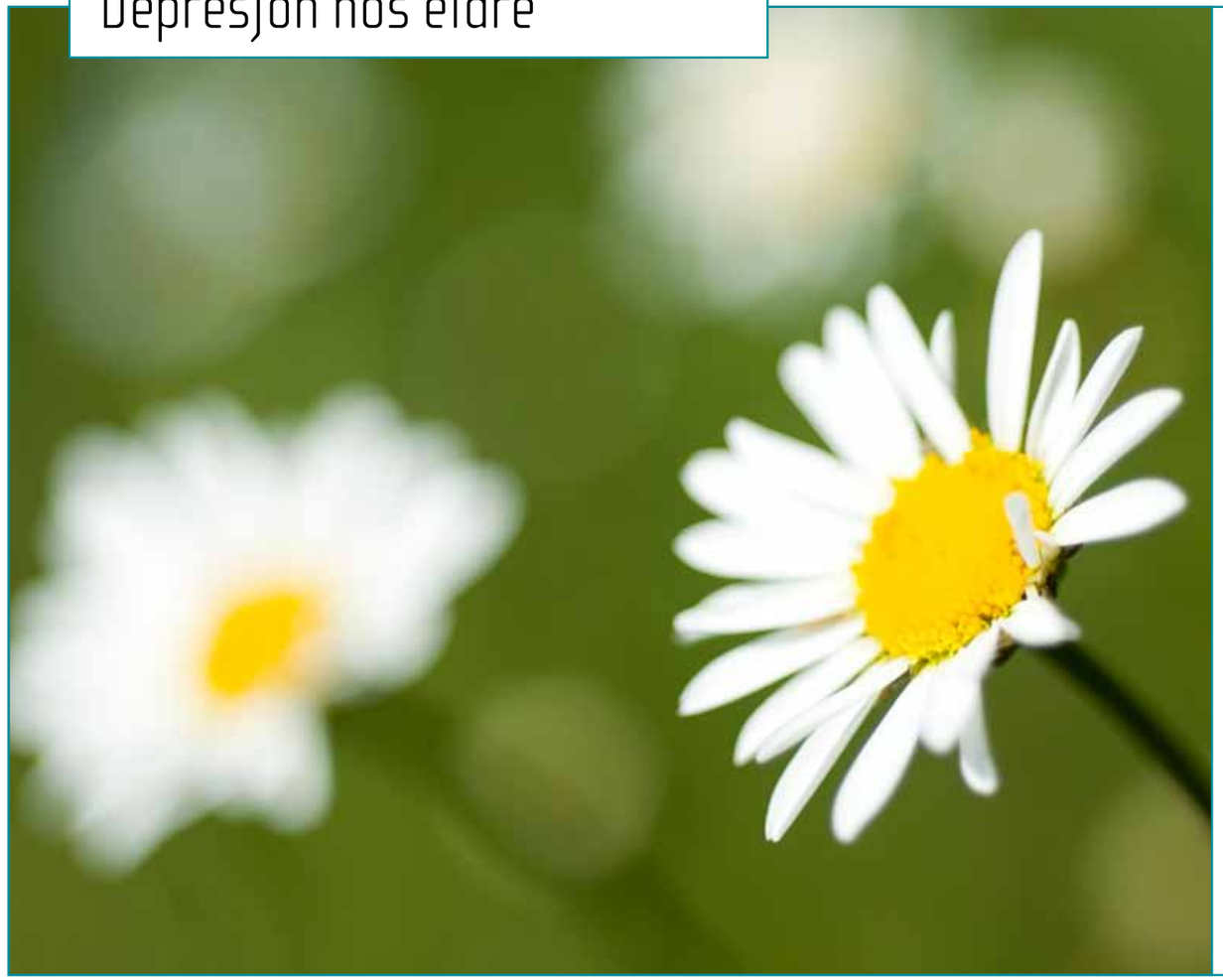
ECT kan være et førstevalg ved psykotiske depresjoner og depresjoner som anses som livstruende, det vil si ved alvorlig næringsvegring eller akutt selvmordsfare.

Ut fra kontrollerte forskningsstudier vet vi ennå ikke nok om fordeler og risiko med behandlingen med ECT over lengre tid. Slik behandling anbefales derfor ikke som vedlikeholdsterapi ved depresjon.

Det kan være frykt og utrygghet knyttet til denne behandlingsmetoden. Avgjørelsen om å ta i bruk slik behandling tar du sammen med behandleren din. Du skal ha god informasjon om både fordeler og risiko forbundet med elektrokonvulsiv behandling, og om at du har rett til å trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du ønsker det, anbefales det sterkt at pårørende eller andre nære omsorgspersoner deltar for å legge til rette for en åpen og god samtale omkring behandlingen.

Hukommelsestap, glemskhet og konsentrasjonsvansker kan oppstå i tiden etter behandling. Det er viktig at pårørende og andre informeres om dette og at du som pasient møter forståelse og får god oppfølging av helsepersonell dersom slike ettervirkninger oppstår.

Depresjon hos eldre



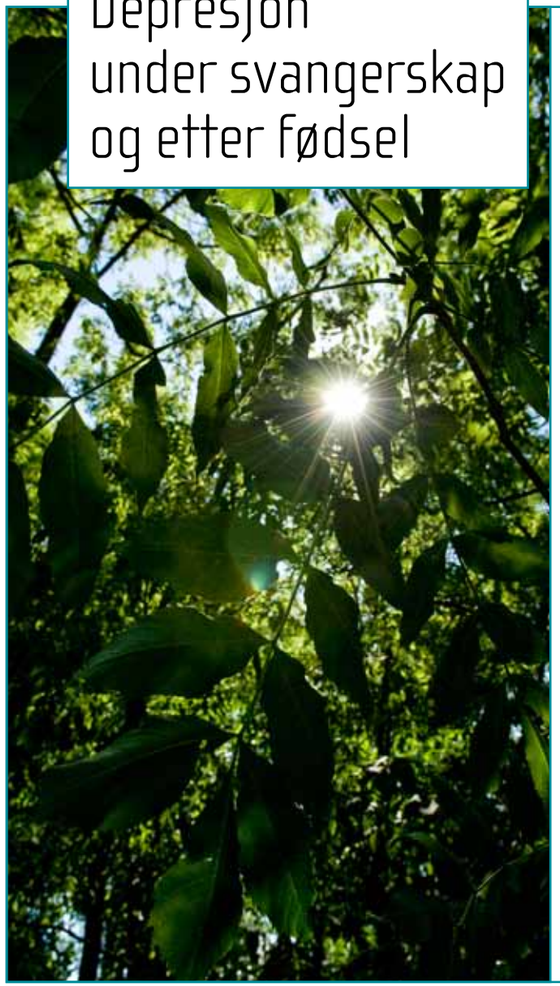
Hvis du blir deprimert i eldre alder, kan depresjonen vise seg på andre måter enn hos yngre, for eksempel med sterke kroppslige utslag og uro. Både du selv, dine omgivelser og helsepersonell kan feilaktig «forklare» depressive plager som en følge av høy alder. Mange eldre med depresjon får derfor ikke den behandlingen de har behov for.

Behandlingstilbud skal være som for yngre personer med depresjon. Sentralt er god tid i samtalen, og tilrettelegging for aktivisering både fysisk, mentalt og sosialt. Pårørende kan ofte med fordel trekkes med i behandlingen, dersom du ønsker det. Har du ektefelle eller samboer, er det viktig at behandleren spør om han eller hun også har et ønske om bistand. Alle typer psykologisk behandling bør være tilgjengelige også for eldre med depresjon.

Eldre opplever hyppigere bivirkninger ved bruk av antidepressiver enn yngre, og de må derfor følges nøye opp med hensyn til bivirkninger. Eldre bruker ofte andre medisiner, og det er viktig at legen passer på at de ulike medikamentene passer sammen.

Det kan være vanskelig å avgjøre om personer med demens er deprimerte. Mange symptomer er felles for de to lidelsene. Noen deprimerte eldre kan få problemer med konsentrasjon og hukommelse, og kan fremstå med symptomer som minner om demens. Personer med demens og samtidig depresjon kan ha utbytte av antidepressiver. En kombinasjon av psykologisk og medikamentell behandling er mer effektiv enn hver av behandlingene alene.

Depresjon under svangerskap og etter fødsel



Mor kan oppleve et sterkt vemod – barseltårer – de første dagene etter en fødsel, der hun gråter lett og er nedstemt, irritabel og urolig. Hvis du opplever dette, er det viktig å vite at disse reaksjonene vanligvis er normale og forbigående. Men hvis plagene er kraftige og varer lenge, kan det være tegn på at en depresjon er under utvikling.

Depresjon hos mor under svangerskapet og etter fødsel kan ha negative følger for barnets utvikling, for eldre søsken og for parforholdet. Rundt en tredjedel av alle barseldepresjoner starter i løpet av graviditeten. Gjennom hvile, omsorg og støtte under og etter svangerskapet kan mange problemer forebygges. Hjemmebesøk og foreldreforberedende kurs i regi av helsestasjonen kan også være gode tiltak. Det er også viktig at du får ekstra god oppfølging av din fastlege.

Hvis du har en alvorlig depresjon, er det viktig at du og familien din får tilbud om et bredt spekter av støttetiltak, som tilbud ved helsestasjonen, sykemelding av deg slik at far kan overta barselspermisjonen, økonomisk bistand, avlastningstiltak, barnehageplass for eldre barn og kontakt med frivillige organisasjoner og familiestøtteprogrammer som for eksempel Home-Start Familiekontakten (www.home-start-norge.no). Dessuten kan det være viktig med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Strukturert psykologisk behandling (se side 35) er vist å være til god hjelp ved fødselsdepresjon.

Hva med medikamentell behandling under og etter svangerskapet? Alle antidepressive medikamenter passerer morkaken, og man kan derfor ikke utelukke påvirkning av fosteret. Risikoen for misdannelser ved bruk av slike antidepressiver anses likevel som liten.

Følgene av en alvorlig depressiv episode hos en gravid kvinne må veies opp mot mulig uheldig medikamentell påvirkning av fosteret. Behandlingen skal skje i samråd med deg som pasient.

Ved alvorlig depresjon etter fødsel kan det være hensiktsmessig at du får medikamentell behandling. Slik behandling må vurderes på bakgrunn av utredning og samtale med deg og dine pårørende dersom du ønsker det, og eventuelt i samråd med spesialist. De fleste antidepressiver går i liten eller moderat grad over i morsmelken. Velger dere medikamentell behandling, må fordelene ved amming veies mot mulig uheldig medikamentell påvirkning av barnet.

Deprimerte foreldre og barnas situasjon

Mange foreldre med depresjon makter å forholde seg på en god måte til barna sine, vise interesse for dem og glede over samværet. Men deprimerte foreldre kan også være tilbaketrukne og initiativløse.

De kan dessuten være irritable og negative. Foreldre føler ofte utilstrekkelighet overfor barna og skyld for barnas situasjon, noe som kan gi depresjonen ny næring.

Selv om dette kan være et sårbart emne, ønsker de aller fleste foreldre at behandlere skal snakke med dem om barna. De ønsker det beste for sine barn.

Har du problemer med depresjon og har barn, bør du få tilbud om samtaler om barnas behov og hvordan det kan legges til rette for deres trivsel og utvikling. Eksempler på viktige temaer i slike samtaler er hvordan du og dine nærmeste kan:

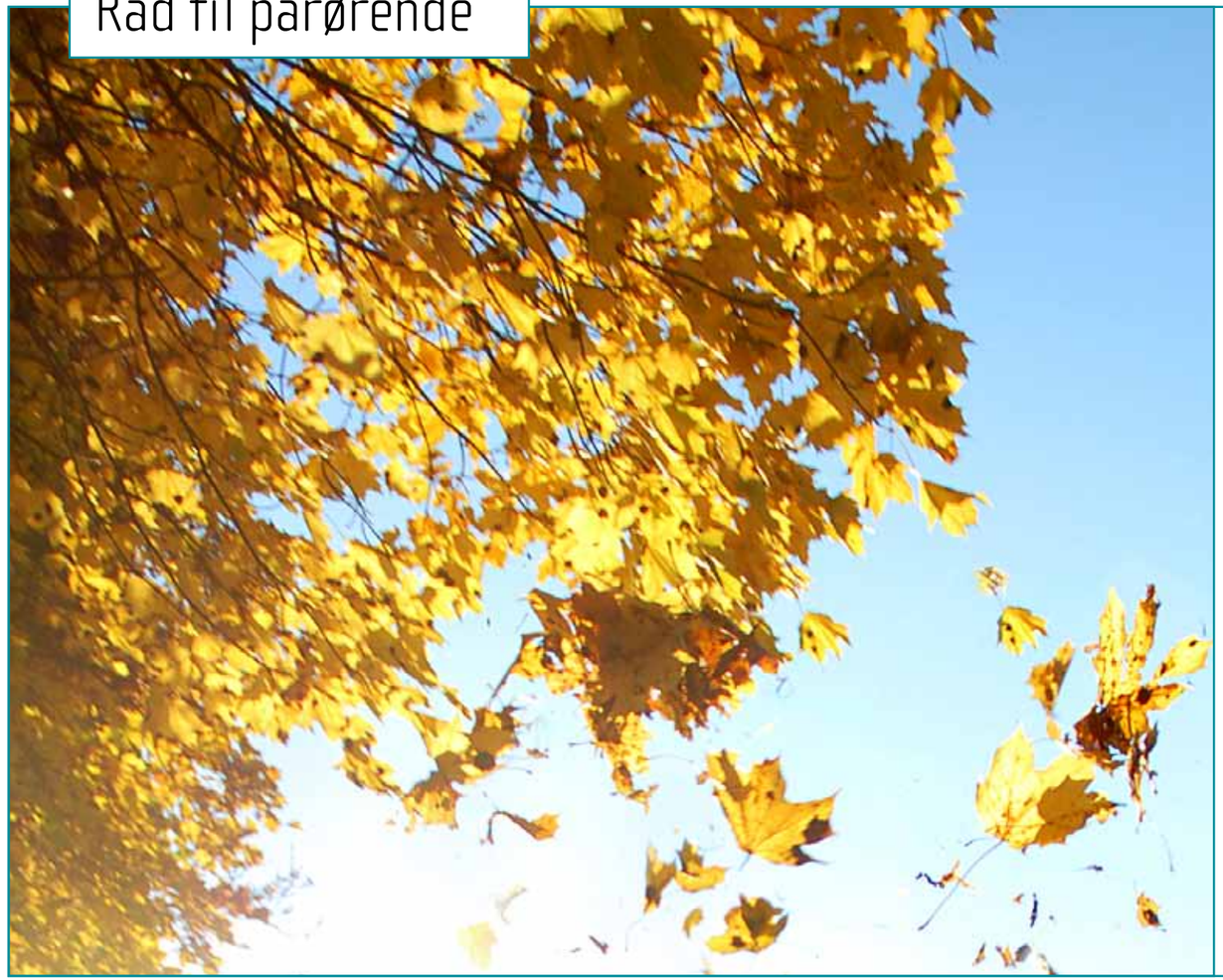
- hjelpe barna til aktiviteter og engasjement utenfor hjemmet
- åpne opp for støtte fra familie og venner
- fremme barnas tilknytning til andre voksne og jevnaldrende
- snakke med barnet om dine psykiske vansker
- snakke med hele familien samlet når det er aktuelt

Det er viktig at man i samtalen også får frem det du som far eller mor får til, og ikke utelukkende er opptatt av det som er vanskelig.

Det finnes flere egnede hjelpetilbud, både offentlige tjenester som familiekontorene, og frivillige organisasjoner som Home-Start Familiekontakten (www.home-start-norge.no). Er din familie i en slik situasjon, er det altså mange muligheter for støtte.

I 2009 ble det gjort endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven for å sikre at barn av foreldre med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skader blir bedre ivaretatt. Endringene innebærer blant annet at helsepersonell skal bistå familier dersom barna har særlige behov knyttet til foreldrenes sykdom.

Råd til pårørende



Hvordan skal du som pårørende forholde deg når en du er glad i er blitt deprimert? Det er en situasjon hvor det er viktig med god informasjon, både om hva depresjon er, hvilke behandlingsmuligheter som finnes, og hvilke rolle du som pårørende kan ha. Du kan vurdere om du selv vil ta kontakt med helsepersonell og be om informasjon og råd.

Hvis ditt familiemedlem ikke er i behandling, kan du ha en viktig rolle i å motivere ham eller henne til dette. Mange personer med depresjon søker ikke hjelp eller blir ikke fanget opp av hjelpeapparatet. Det er beklagelig, fordi det er mange behandlings-muligheter og gode behandlingsresultater.

I de nasjonale retningslinjene anbefales det at pasient og terapeut vurderer om de pårørende bør få tilbud om å være med i en samtale. Da vil du som pårørende ha mulighet til å få informasjon og komme med innspill.

Hvis ditt familiemedlem er i behandling, kan du be om å få delta i en felles samtale med behandleren. Det er meget rimelig å be om å bli hørt hvis du har innspill og bli informert hvis du har spørsmål.

Spørsmål fra pårørende

Hvis du ønsker informasjon om depresjon og behandling og råd om hva du kan gjøre for å hjelpe, er dette noen aktuelle spørsmål:

- Kan du forklare oss hva din oppfatning av problemene er?
- Kan du gi oss råd om hvilken form for hjelp og støtte vi kan ha nytte av som familie?
- Hva kan vi gjøre for å hjelpe?

Hvis taushetsplikten ikke er til hinder for dette, kan du vurdere å spørre:

- Kan du si noe om hvordan behandlingen går? Er det fremskritt?

Her er noen råd til pårørende, bygget på erfaringer fra andre i samme situasjon:

- Oppretthold et så normalt forhold som mulig.
- Anerkjenn at den andre sliter og har det vanskelig.
- Sett spørsmålstegn ved overdreven negativ tenkning.
- Tilby støtte og omsorg, vis anerkjennelse og respekt og at du bryr deg.
- Vis også egenomsorg ved å lære om depresjon, ha realistiske forventninger og opprettholde egne rutiner og gjøremål.

Hvis en du er glad i er deprimert, trenger du selv påfyll i hverdagen. Dette kan være avgjørende for å komme igjennom en vanskelig periode.

Be gjerne om hjelp fra andre. Som pårørende kan du komme i en situasjon der du selv trenger støtte eller behandling. Landsforeningen for pårørende innen psykiatri har nyttig informasjon og ulike tilbud som kan være av interesse, se www.lpp.no

Helsedirektoratet har utgitt «Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester».

Mer informasjon

Ønsker du som pasient eller pårørende mer informasjon om depresjon og psykisk helse? Helsedirektoratets hjemmesider www.psykisk.no inneholder mye relevant informasjon, fakta, gode råd, opplysningshefter, tips om nyttige hjemmesider og også filmportretter om psykisk helse.

Aktuelle nettadresser

Under har vi satt opp lenker til hjemmesider for tiltak som er nevnt i denne veiviseren eller som ellers kan være nyttige.

Helsedirektoratets informasjon og publikasjoner

De elektroniske versjonene av retningslinjen vil være tilgjengelige fra Helsedirektoratets hjemmesider. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonale_retningslinjer_for_diagnostisering_og_behandling_av_voksne_med_depresjon_i_prim_r__og_spesialisthelsetjenesten_443184

Her finnes også forskjellige veiledere, retningslinjer og andre publikasjoner utgitt av Helsedirektoratet, for eksempel:
Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/retningslinjer_for_forebygging_av_selvmord_i_psykisk_helsevern_124724
www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/
www.helsedirektoratet.no/psykisk

Veileder for samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester: «Pårørende – en ressurs»: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/p_r_rende___en_ressurs_271634.

Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling:
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktahefter/aktivitetsh_ndboken___fysisk_aktivitet_i_forebygging_og_behandling_360684

Kompetansesentra

- Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) www.nkvts.no/
- Regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) www.rvts.no/).
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) www.nakmi.no
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring www.mestring.no
- Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer www.sovno.no
- Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/$all/43ADB78E3054E811C125721B003F9666?open&qm=hovedmeny,2,8,0,0,0

Selvhjelp og bruker- og interesseorganisasjoner

- Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp www.selvhjelp.no
- BluePages: informasjon om depresjon og behandling www.bluepages.no
- MoodGYM: interaktiv kognitiv atferdsterapi www.moodgym.no

Informasjon om ulike kurs i mestring av depresjon:

- Rådet for psykiske helse www.psykiskhelse.no
- Kommunal Kompetanse www.kkomp.no
- A-senteret, Kirkens bymisjon i Oslo www.bymisjon.no/a-senteret

Mental Helse Norge www.mentalhelse.no
Organisasjonen Voksne for Barn www.vfb.no

Arbeid og psykisk helse

Opplysninger om oppfølging av sykmeldte finnes på www.nav.no og www.arbeidstilsynet.no
NAV har også eget område på sine nettsider for arbeid og psykisk helse www.nav.no/psykiskhelse

Helsedirektoratets hjemmesider har et eget menypunkt om arbeid og psykisk helse både for publikum: www.psykisk.no og for helsetjenesten på www.helsedir.no/psykisk

Senter for jobbmestring: www.nav.no/187380.cms
Raskere tilbake: www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Raskere+tilbake

Tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester («Raskere tilbake») skal bidra til at

personer som er sykmeldt kommer raskere tilbake i arbeid enn de ellers ville gjort. Ordningen omfatter også personer som står i fare for å bli sykmeldt. Videreføring av ordningen avhenger av Stortingets årlige budsjettbehandling. For nærmere informasjon om «Raskere tilbake» og tilbud i regi av regionale helseforetak og i regi av NAV, kontakt fastlegen og se www.nav.no/raskeretilbake og helseforetakenes hjemmesider.

Andre

Helsedirektoratet har gitt ut brosjyrer om de vanligste psykiske lidelsene og om hjelpetilbudet på 17 ulike språk, se www.helsedirektoratet.no/psykisk

Lov om pasientrettigheter kapittel 3: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/rundskriv___lov_om_pasientrettigheter_kapittel_4_a__213454

Veileder til forskrift om individuell plan og tipsheftet «Gjør det så enkelt som mulig». www.helsedirektoratet.no/samhandling/publikasjoner/gj_r_det_s__enkelt_som_mulig___tipshefte_om_individuell_plan_151464

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten

Veiviseren gir råd om hva man selv kan gjøre dersom man får en depresjon. Dessuten inneholder den forslag til spørsmål mennesker med depresjon og deres pårørende kan stille til helsepersonell. For helsepersonell kan veiviseren brukes som et utgangspunkt for veiledet selvhjelp, der pasienten prøver ut forslag til tiltak som nevnes i veiviseren, og så drøfter erfaringene med tiltakene med behandleren sin. God kommunikasjon mellom brukere og helsepersonell er et mål i seg selv, men styrker samtidig mulighetene for vellykket behandling. Helsedirektoratet håper at veiviseren kan være et hjelpemiddel for brukere og pårørende i kommunikasjon med helsepersonell.

Helsedirektoratet