



Inspirasjonshefte

Sykmelding ved vanlige psykiske plager

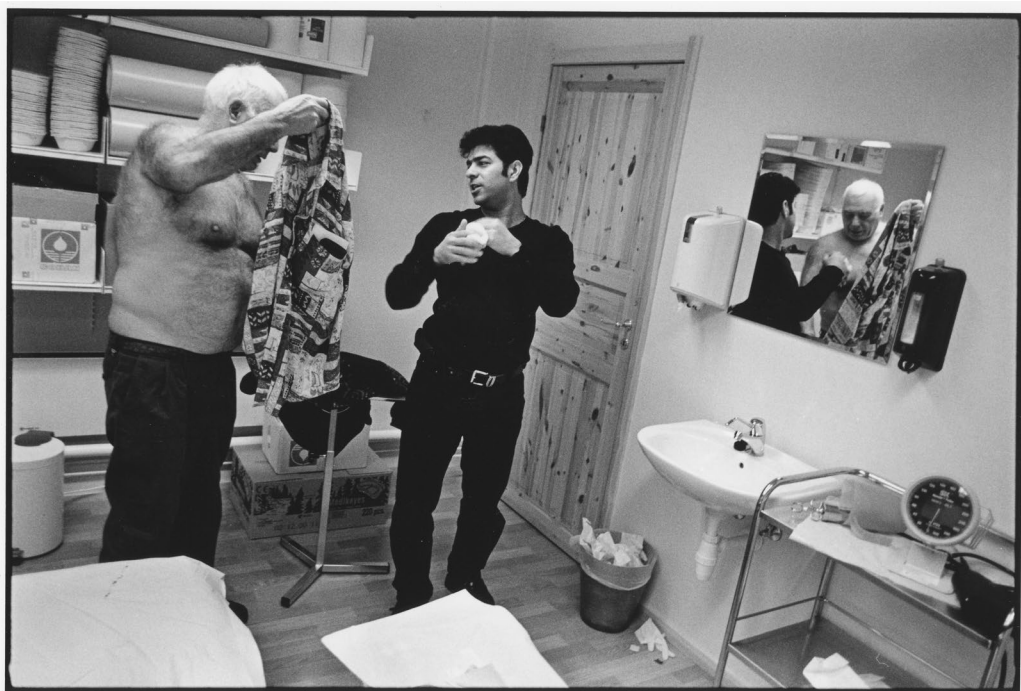
– råd og verktøy for allmennleger

Bente Aschim, Torkil Berge, Eli Ringstad Skeid, Marianne T. Bjørndal, Bente Bull-Hansen og Sverre Lundevall

Kjære allmennlege og fastlege!

Se for deg en situasjon på legekontoret hvor pasienten sier:

- «Jeg skal bare ha en sykmelding, jeg klarer ikke jobben.»
- «Jeg er blitt anbefalt av fysioterapeuten/jordmoren/psykologen/arbeidsgiveren min at jeg fortsetter sykmeldingen til jeg er helt frisk.»
- «Alle som kjenner meg, mener at jeg er så stresset og sliten at jeg må ha en sykmelding.»



Bilder fra klinisk praksis

Bildene i inspirasjonsheftet er fra prosjektet «Bilder fra klinisk praksis» av allmennlege Torgeir Gilje Lid i Sandnes. Rune Eraker er en av Norges mest anerkjente fotografer, med en rekke utstillinger og flere bøker, som «Øyeblikk av lys», «Lukten av savn», «Drømmen om Europa» og «Fortell verden om oss».

Eraker har fulgt de fire legene Aslak Bråtveit, Margaret Oshaug, Heidi Tiller og Adel Zakeri i fem til åtte dager og observert legen i samhandling med pasientene. Et utvalg av bildene brukes i veiledningsgrupper og kollegagrupper i spesialistutdanningen i allmennmedisin. De er også brukt i boken «Legekunst i praksis» som finnes på NFAs digitale Allmennlegebibliotek.

Prosjektet er beskrevet i en artikkel i BMJ: *'I recognise myself in that situation ...' Using photographs to encourage reflection in general practitioners*, av Lid, Eraker og Malterud (2004).

Hva tenker du da?

- «Her må jeg bare gi opp og gi pasienten det vedkommende ønsker. Jeg har ikke tid til annet.»
- «Hvorfor er det jeg som skal ta ansvar for andres beslutninger – enten det er pasienten eller de rundt pasienten?»
- «Stakkars meg!»

Slike opplevelser har alle sykmeldende leger. Vi skal på samme tid være pasientens lege og sakkyndige portvoktere for NAV. Å få til dette oppdraget i praksis kan være overveldende. En nyutdannet kollega skrev i Aftenposten høsten 2020: «Jeg vil ikke være fastlege, alle kommer for sykmelding, de lurer meg og de lager fest når de får uføretrygd!»

Også for erfarne leger kan usikkerhet oppstå og opplevelsen av avmakt overta. Som fastleger har vi ofte kjent på en slik usikkerhet. Likevel har vi kommet til at solidaritet er et bedre utgangspunkt enn oppgitthet og mistenksomhet. Vår erfaring er at pasienter som regel ikke er ute etter å lure oss. De har fornuftige grunner til at de ber om en sykmelding, selv om vi kan være uenige i vurderingen. For å hjelpe pasientene må vi stå skulder ved skulder med dem og se det landskapet de beveger seg i. Da blir også oppgavene knyttet til å vurdere sykmelding ved psykiske plager og symptomer mer spennende.

Spesielt ved langvarig sykmelding er det mange avveininger som krever kunnskap og ferdigheter. I dette inspirasjonsheftet tar vi for oss kunnskap og forskning, og hjelpemidler og verktøy, som vi har funnet nyttige.

Veilederen er utarbeidet av Diakonhjemmet sykehus med støtte fra Helse Sør-Øst. Arbeidet har sitt grunnlag i kompetansen som er utviklet ved Poliklinikken Psykisk helse og arbeid, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus.

- **Kapittel 1** gir bakgrunnsstoff om sykefravær og sykmelding ved psykiske lidelser og plager. Helsedirektoratets sykmelder-veileder har formuleringer det er nyttig å bli minnet om.
- **Kapittel 2** handler om psykiske lidelser i allmennpraksis, henvisning til spesialisthelsetjenesten med vekt på hva Prioriteringsveilederen formidler, og om den ofte vanskelige greseoppgangen til hva som kan behandles i allmennpraksis.
- **I kapittel 3** ser vi på nyttige og konkrete tiltak for å forebygge eller redusere langvarig sykmelding hos pasienter med psykiske lidelser i allmennpraksis. Noe av dette stoffet kan også være nyttig ved sammensatte problemstillinger og ved somatiske lidelser.



La oss presentere oss selv:

Mitt navn er **Bente Aschim**. Jeg har nylig sluttet som fastlege i Oslo etter 40 år. Jeg har erfaring med gruppeveiledning i allmennmedisin og har holdt kurs i kognitiv terapi for allmennleger. Jeg jobber i en bistilling ved Poliklinikken Psykisk helse og arbeid, tidligere Poliklinikken Raskere tilbake.

Mitt navn er **Eli Ringstad Skeid**, fastlege i 13 år i Oslo. Jeg bruker kognitiv terapi i behandling av mange pasientgrupper. Jeg er opptatt av god samhandling mellom nivåene i helsevesenet og jobber som praksiskonsulent (PKO) ved Diakonhjemmet sykehus.

Mitt navn er **Sverre Lundevall**. Jeg har jobbet som fastlege i Tromsø og Oslo i 35 år. Jeg er forfatter av flere artikler i allmennmedisinske tidsskrift og har lang erfaring med å utdanne veiledere i allmennmedisin og i å holde kurs i kognitiv terapi for allmennleger.

Vi tror våre erfaringer gir oss mulighet til å være brobyggere mellom første- og andrelinjen innenfor psykisk helse. Vi har også hatt hjelp av erfarne kolleger som vi har intervjuet individuelt eller i fokusgrupper, totalt tolv leger. Du finner sitater av dem i røde bokser. Vi vil benytte anledningen til å takke for deres kloke og reflekterte bidrag.

Med disse samlede erfaringene som bakteppe har vi valgt å kalle dette heftet et "inspirasjonshefte". Vi håper nettopp at du blir inspirert, og at du får nytte av heftet i din sykmeldingspraksis.

Medforfatterne av Inspirasjonsheftet:

Psykologspesialist **Torkil Berge**, fagutviklingsrådgiver ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus, og forfatter av en rekke bøker og artikler, blant annet om psykisk helse og arbeid.

Marianne T. Bjørndal, stipendiat ved NTNU og ansatt ved Poliklinikken Psykisk helse og arbeid. Hun forsker på tilbakevending til arbeid for pasienter sykmeldt for angst og depresjon. Hun har gjennomført en kvalitativ undersøkelse av pasientenes erfaringer og deltatt på intervjuer med fastlegene.

Bente Bull-Hansen, lege med bakgrunn fra allmennpraksis, klinisk arbeid og forskning. Hun har en bistilling som forsker ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus.

Innhold

| | |
|--|-------|
| Kjære allmennlege og fastlege! | s. 2 |
| Kap 1 Sykmelding | s. 8 |
| 1.1 Generelt om sykmelding | s. 8 |
| 1.2 Hva er sykdom? | s. 8 |
| 1.3 Gradert sykmelding | s. 11 |
| 1.4 Diagnosespesifikke anbefalinger om diagnoser ved psykiske lidelser | s. 13 |
| Kap 2 Psykiske lidelser i allmennpraksis | s. 16 |
| 2.1 Vanskelig livssituasjon? | s. 16 |
| 2.2 Fysisk eller psykisk eller begge deler? | s. 16 |
| 2.3 Betydningen av å diagnostisere vanlige psykiske lidelser | s. 18 |
| 2.4 Henvisning til spesialisthelsetjenesten | s. 20 |
| 2.5 Medisinering og kunnskapsformidling på fastlegekontoret | s. 22 |
| 2.6 Psykiske symptomer ved somatisk sykdom | s. 22 |
| Kap 3. Sykmeldingssamtaler ved angst og depresjon | s. 24 |
| 3.1 De første konsultasjonene i et sykmeldingsforløp | s. 26 |
| 3.2 Kunsten å si nei | s. 27 |
| 3.3 Spør om pasientens antakelser om sykmelding | s. 28 |
| 3.4 Konsultasjoner lenger ute i et sykmeldingsforløp | s. 28 |
| 3.5 Få et bilde av arbeidsplassen | s. 32 |
| 3.6 Dialog med arbeidsplassen: Hvor åpen skal pasienten være? | s. 32 |
| Kapittel 4. Forslag til smågruppemøter for allmennleger | s. 40 |
| Kapittel 5. Nyttige nettsteder og tilbud ved psykiske lidelser | s. 42 |
| Referanser | s. 47 |

Nyttige begreper

Å validere: Dette gjør vi fastleger mye, men kanskje er ikke begrepet like kjent. Det er å formidle at du godkjenner pasientens fortelling, uten å argumentere mot eller redigere den. Pasienter vil kanskje bruke ordene «legen tok meg på alvor». Den finnes mange gode formuleringer du kan bruke i en validerende samtale, og du har sikkert et repertoar av egne setninger. Du finner også forslag under behandling, side 27.

Tilbakevending til arbeid («Return to work» i internasjonal forskningslitteratur), er tilbakevending til arbeid etter sykefravær, et tema som har vært gjenstand for mange intervensjonsstudier.

Sykenærvær beskriver at man er på jobb selv om man er syk. Vi har alle pasienter som til tross for kroniske/ alvorlige sykdommer ønsker å være på jobb. Også disse pasientene kan trenge en samtale om fordeler og ulemper ved valget de tar.

Funksjonsfall er viktig ved vurdering av sykmelding og henvisning. Lidelsestrykket er ofte høyt på fastlegekontoret når pasienten kommer til oss. Funksjonsfall må vi spørre mer direkte om: «Hvilke problemer fører symptomene til? Hva gjorde du før, men ikke lenger? Hvilke aktiviteter opplever du er vanskeligere å gjennomføre?»

Sykdomsforløp og sykmeldingsforløp kan være nyttige ord særlig i den kontinuerlige samtalen i forhandlingene du har rundt sykmelding med pasienten. Det er ikke slik at dette alltid er parallelle løp. Pasienten kan selv ha erfaring med å være på jobb til tross for sykdom. Det kan være viktig å utforske.

Psykisk helse. Psykiske plager i form av nedstemthet, uro og søvnproblemer vil de aller fleste oppleve i perioder i løpet av livet. Psykiske lidelser er definert ut fra spesifikke kriterier som finnes i diagnosemanualer. Det er viktig å forsøke å skille disse to, plager og lidelser, men det er ikke alltid lett.

Kapittel 1. Sykmelding

1.1 Generelt om sykmelding

Mange sykmeldinger er uproblematisk. Vurderingen tas i samarbeid med pasienten. Sykmeldingen er ikke «selvbestemt», slik det av og til resignert hevdes fra leger. Legens faglige vurdering er en sentral del av beslutningsgrunnlaget.

Kunnskapen øker om hvor viktig arbeid er for mennesker. Arbeidet betyr ikke bare en trygg økonomi, men er for de fleste også en kilde til sosial kontakt, anerkjennelse og identitet. Ved nedstengningen under pandemien har mange savnet den uformelle kontakten med kolleger. Digitale møter har for de fleste ikke gitt den samme relasjonen. Langvarig sykefravær og uførhet kan bidra til forverring av psykiske lidelser (1–3).

Primærleger står for 85 % av sykmeldingene i Norge. De fleste sykmeldende primærleger er fastleger eller vikarer for fastleger. Oppmerksomheten har lenge vært på det legemeldte sykefraværet, at vi fastleger er for slepphendte med sykmeldinger. I våre intervjuer med erfarne fastleger er alle opptatt av ulempene ved sykmelding for den enkelte pasient. Likevel kan det være vanskelig å overbevise enkelte pasienter om disse ulempene.

Store omkostninger for samfunnet og enkeltmennesket

Psykiske lidelser står for en stor andel av det helserelaterte arbeidsfraværet. Depresjon er den lidelsen som fører til flest tapte arbeidsår i befolkningen, sykefraværet ved depresjon varer lenger enn ved andre lidelser, og depresjon er

en hovedårsak til uførhet (4). Angstlidelser er en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager, og til at man blir værende i jobber man er overkvalifisert for (5, 6).

I OECD-landene dreier 30–50 % av alle søknader om uføretrygd seg om psykiske lidelser; for de yngste aldersgruppene av arbeidsstyrken er det tilsvarende tallet opp mot 70 % (2). Gjennomsnittsalderen ved innvilget uførepensjon er lavere for personer med psykiske lidelser enn med somatiske lidelser, med flere tapte arbeidsår som resultat (4). Sykefraværet i Norge er et av de høyeste i verden, samtidig som vi har høy arbeidsdeltakelse (2). Som en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv er det innført en rekke endringer i sykelønnsordningen for å få ned et antatt unødvendig sykefravær, noe som i første rekke er samfunnsøkonomisk begrunnet (7).

1.2 Hva er sykdom?

I et intervju i Aftenposten i 2020 forteller den nyutdannede legen vi nevnte innledningsvis, at hun hver dag får fire–fem «bestillingen» av sykmeldinger det ikke er medisinsk grunnlag for. «Medisinsk grunnlag» betyr i denne sammenhengen om [folketrygdens sykdomsvilkår](#) er oppfylt. Altså: Foreligger det en sykdom? Det er ikke alltid lett å si med sikkerhet!

[Sykmelderveilederen til Helsedirektoratet](#) er nyansert og klargjørende, se rammen på neste side.

Sykmelderveileder - Helsedirektoratet

Kapittel 2.2 Sykdomsvilkår: vurdere om folketrygdens sykdomsvilkår er oppfylt

Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes egen sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer og liknende, gir ikke rett til sykepenger. I tillegg finnes grunner hvor det er unntak fra sykdomskravet som er listet opp i Folketrygdloven § 8-4 tredje ledd, se rundskriv til § 8-4 Arbeidsuførhet (lovdata.no).

I Sykmelderveilederen gis eksempler på andre grunner til sykmelding, blant annet:

- innlagt i en godkjent helseinstitusjon
- under behandling, og legen erklærer at behandlingen gjør det nødvendig at vedkommende ikke arbeider
- deltar på et arbeidsrettet tiltak (i sykepengeåret)
- får tilskott til opplæringstiltak etter ftl. § 10-7 tredje ledd på grunn av sykdom, skade eller lyte
- nødvendig kontrollundersøkelse som krever minst 24 timers fravær
- myndighet har nedlagt forbud mot at pasienten arbeider på grunn av smittefare
- arbeidsufør som følge av svangerskapsavbrudd eller som følge av behandling for barnløshet

Lege:

Jeg sier til mine pasienter at du har en diagnose, men det har ikke noe å si for NAV av i dag, det er restarbeidsevnen som betyr noe ... at man ikke behøver være helt frisk selv om man jobber ... Vi har forskjellige definisjoner på friskhet, tror jeg, og for meg så er det sånn at har du lite grann friskhet, så blir du ikke bedre av å dyrke sykdommen din 100 %.

Om sykdom i folketrygden

Folketrygdloven inneholder ingen definisjon av begrepet sykdom. Vi finner en noe nærmere avgrensning i kapittel 12 (uførekapitlet), § 12-6: «Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.»

NAV's rundskriv til folketrygdloven § 8-4 (lovdata.no) sier dette om sykdomsbegrepet: «Hvorvidt det dreier seg om en sykdomstilstand, vil være avhengig av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet og den praksis som har utviklet seg på området.»

I mange situasjoner vil det være klart at det foreligger sykdom, mens det i andre situasjoner kan være mindre opplagt. Sykmelder må da benytte sitt medisinske skjønn opp mot loven. For å få hjelp til å vurdere nærmere om det foreligger sykdom i disse situasjonene, kan man også se på lovens omtale av hva som ikke gir rett til sykepenger.

Uklar diagnose

I en tidlig fase kan du være usikker på om personen har en sykdom, og du har ikke rukket å kartlegge tilstanden godt nok. Mistanke om sykdom i en utredningsfase oppfylder imidlertid sykdomskravet. Det finnes ikke noe krav om objektive funn. Tilstander preget av subjektive symptomer oppfylder sykdomskravet, forutsatt at det er en sykdomssituasjon som er alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Her blir beskrivelsen av funksjonsnedsettelse i arbeid svært viktig.

Sosiale eller økonomiske problemer

Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer, gir ikke alene rett til sykepenger. Sykdom i familien, sorgreaksjoner, konflikter på arbeidsplassen, økonomiske problemer, permittering, konkurs, konflikter i ekteskapet, skilsmisse, aldring og normal alderssvækkelse gir derfor ikke rett til sykepenger. Men disse situasjonene kan føre til sykdom hos enkelte. I så fall er sykdomsvilkåret oppfylt.

Sagt på en annen måte: Negative livsbegivenheter kan forårsake reaksjoner som nedstemthet, forstyrret søvn, ubehag og nedsatt funksjon. Slike reaksjoner skal oppfattes som normale, og sykdomsvilkåret er derfor ikke oppfylt. Da er det heller ikke riktig å sykmelde. Pasienten må finne andre alternativer. Men negative livsbegivenheter kan også akutt eller over tid forårsake symptomer og ubehag som er så sterke at du oppfatter dem som sykdom. Da er sykdomsvilkåret oppfylt, og sykmelding er et alternativ. Det er ikke årsaken som utelukker sykmelding, men pasientens tilstand. Det avgjørende spørsmålet er om det foreligger sykdom.

Når går en tilstand over fra å være en normal reaksjon til å kunne oppfattes som en sykdom? Det finnes ingen klar grense. Mellom en sikker normalreaksjon og en sikker depresjon er det et betydelig spillerom. Legens faglige skjønn bestemmer. Som behandler med sykmeldingsrett forventes det av deg at du setter denne grensen. En lav terskel sykkeliggjør normale reaksjoner. En høy terskel fratrukker mennesker rettigheter.

Vårt råd til oss selv og alle sykmeldende leger: Drøft enkelttilfeller med kollegene på kontoret, da kommer nyansene frem. Ingen tilfeller er helt like. Siktemålet må være et noenlunde felles skjønn og tilsvarende praksis. Sykmelderveilederen kan også brukes i samtaler med pasienten, for eksempel for å vise hva som står i lovverket som vi som sykmeldende leger forvalter. Samtidig forteller vi pasienten at vi har tillatelse til å bruke skjønn.

1.3 Gradert sykmelding

I Helsedirektoratets sykmelderveileder står det: «Arbeid oppfattes av de fleste som et grunnleggende gode og jobbnærvær er ofte en grunnleggende motivasjonsfaktor for den enkelte.» Derfor bør du velge gradert sykmelding – hvis det er mulig – og legge vekt på at gradert sykmelding gir et jobbnærvær, med de fordelene det innebærer.

Legg vekt på at aktivitet kan være gunstig for sykdommens prognose, og kan brukes som et terapeutisk virkemiddel. Om mulig, forklar på hvilken måte. Et eksempel er å snakke med pasienten med angst om hvordan unngåelsesatferd kan forsterke angsten. Gradert sykmelding er et godt verktøy ved vanlige psykiske lidelser. Når pasientene er under behandling, styrkes nytten av terapien ved at de er i noe jobb og kan prøve ut verktøy parallelt. For mange er det ikke nok at symptomnivået faller i

løpet av behandlingen. Pasientens funksjonsnivå må også øke, blant annet for å hindre tilbakefall av lidelsen. Utprøvingen pasienten gjør på jobb med gradert sykmelding, gir grunnlag for videre samtaler på legekantoret eller i spesialisthelsetjenesten.



Friskmelding etter gradert sykmelding

Sykmelderveilederen sier følgende: «Har pasienten arbeidsevne god nok til å utføre sitt arbeid, er vilkårene for sykmelding ikke oppfylt og pasienten skal friskmeldes. Han kan eventuelt ha behov for tilrettelegging på arbeidsplassen.»

Ved gradert sykmelding bør man alltid vurdere å lage en plan for når pasienten skal tilbake i fullt arbeid. Kan du ikke avslutte sykmeldingen på samme sykmelding, så vurder alltid forløpet og målet. Dette er også noe du bør diskutere med pasienten og informere arbeidsgiveren om. Skriv for eksempel: «Det er usikkert hvor lenge pasienten vil ha behov for gradert sykmelding, men vi arbeider ut fra at han skal være i vanlig arbeid fra midten av neste måned.» Samtidig kan den sykmeldte selv avslutte sykmeldingen i et forløp. Legen behøver ikke informeres, men alltid NAV. Du som behandler bør fortelle pasienten hvorfor det er viktig å avslutte gradert sykmelding så snart som mulig.

Forklar pasientene at sykepengeåret brukes opp like fort med en gradert som med en full sykmelding. Er de sykmeldt i ett arbeidsforhold, men har flere, så bruker de opp sykepenge året for andre arbeidsforhold. Sluttdatoen for sykepenge året kan være en annen enn ett år etter at den aktuelle sykmeldingen startet. Om pasienten har hatt en eller flere sykmeldinger i den siste treårsperioden, legges disse sammen og påvirker beregningen av sykepengeåret. Pasienten kan kontakte NAV for å få vite når sykepengeåret slutter, det som også kalles maksdato for sykepenger.

Pasientene bør vite at de fleste har full kompensasjon (tilsvarende lønn) i 52 uker. Så faller ytelsen til ca. to tredjedeler av inntekten hvis man går over på arbeidsavklaringspenger. Men ved gradert sykmelding under 50 prosent finnes det ingen ytelse etter ett år.

Friskmelding til arbeid er en mulighet for å avslutte en sykmelding der pasienten ikke kan komme tilbake til sitt opprinnelige arbeid. Tilrettelegging skal være forsøkt, og pasienten får tolv uker på å finne en ny stilling.

Enkeltstående behandlingsdager kan være et godt alternativ hvis en pasient går i et langvarig behandlingsforløp. Ved 20 % sykmelding brukes sykmeldingsrettigheten opp i løpet av året. Hvis pasienten går i en behandling hvor det er enkelte dager som faller bort, telles bare enkelt dagene, og sykmeldingsrettigheten forlenges utover året. Pasienten må selv kunne dokumentere hvilke dager dette gjelder.



Variasjon i bruken av gradering blant fastleger

NAVs statistikkverktøy for sykmeldere gir deg oversikt over hvordan du ligger an sammenliknet med kolleger lokalt eller nasjonalt. En slik sammenlikning er også tatt inn som et forslag til tema i smågruppemøte (se kapittel 4).

1.4 Diagnosespesifikke anbefalinger om sykmelding ved psykiske lidelser

Under punkt 1.12 i Psykisk helse i sykmelderveilederen ligger det anbefalinger for symptomdiagnoser og sykdomsdiagnoser. I rammen under er det tatt med fire aktuelle eksempler på symptomdiagnoser.

Anbefalinger for diagnoser i sykmelderveilederen

P01 Følelse av angst/nervøsitet/anspenhet

Nervøsitet er en normaltilstand. Nervøsitet kan utvikle seg på en slik måte at den kan vurderes som sykdom, eller gi mistanke om sykdom, hvis det foreligger funksjonstap og arbeidsuførhet. Unngå sykmelding så langt det er mulig, men vurder alle tilstander individuelt. Tilknytning til arbeidslivet kan være gunstig for selvbilde, mestringsfølelse og sosial kontakt. Full sykmelding kan bidra til at pasienten utvikler unngåelsesatferd.

Tilrettelegging av arbeid kan være et tilstrekkelig tiltak. Avventende sykmelding kan fremme en slik tilrettelegging og kan benyttes som et første tiltak; alternativt til vanlig sykmelding.

Egenmelding eller kortvarig sykmelding inntil 2 uker kan unntaksvis være nødvendig. Full sykmelding ut over denne perioden frarådes fordi det trolig kan øke risiko for funksjonstap. Gradert sykmelding kan sikre kontakt med arbeidsplassen.

Ved behov for sykmelding etter 2 uker: Vurder andre diagnoser som bedre beskriver tilstanden. Velg spesifikke sykdomsdiagnoser der det er mulig.

P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget

Diagnosen brukes ved reaksjoner på belastende livshendelser, som for eksempel sorg. Det er store variasjoner i hva som oppleves som alvorlig belastning. Psykiske reaksjoner på ytre belastninger kan utvikle seg på en slik måte at de gir symptomtrykk og funksjonstap på linje med sykdom.

Unngå sykmelding om det er forsvarlig, men vurder alle tilstander individuelt. Tilknytning til arbeidslivet kan være gunstig for selvbilde, mestringsfølelse og sosial kontakt. Full sykmelding kan bidra til at pasienten utvikler unngåelsesatferd.

Tilrettelegging av arbeid kan være et tilstrekkelig tiltak. Avventende sykmelding kan fremme en slik tilrettelegging og kan benyttes som et første tiltak alternativt til vanlig sykmelding.

Egenmelding eller kortvarig sykmelding kan være nødvendig. Gradert sykmelding kan sikre kontakt med arbeidsplassen. Ved behov for sykmelding etter 2 uker vurder tilstand og situasjon. Langvarig, full sykmelding frarådes fordi det trolig kan øke risiko for langvarig funksjonstap.

Følg opp med korte intervaller. Ved behov for lengre sykmeldinger, vurder andre diagnoser som bedre beskriver tilstanden. Velg spesifikke sykdomsdiagnoser der hvor det er mulig.

Husk helsekrav ved en del yrker som eksempelvis sjåfør og flyger. For noen yrker er det meldeplikt. Vurder om folketrygdens sykdomsvilkår er oppfylt

P03 Depresjonsfølelse

kan vurderes som sykdom, eller gi mistanke om sykdom, hvis det foreligger funksjonstap og arbeidsuførhet.

Unngå sykmelding så langt det er mulig, men vurder alle tilstander individuelt. Tilknytning til arbeidslivet kan være gunstig for selvbilde, mestringsfølelse og sosial kontakt. Full sykmelding kan bidra til at pasienten utvikler unngåelsesatferd.

Tilrettelegging av arbeid kan være et tilstrekkelig tiltak. Avventende sykmelding kan fremme en slik tilrettelegging og kan benyttes som et første tiltak alternativt til vanlig sykmelding.

Egenmelding eller kortvarig sykmelding

inntil 2 uker kan unntaksvis være nødvendig. Full sykmelding ut over denne perioden frarådes fordi det trolig kan øke risiko for funksjonstap. Gradert sykmelding kan sikre kontakt med arbeidsplassen.

Ved behov for sykmelding etter 2 uker, vurder andre diagnoser som bedre beskriver tilstanden. Velg spesifikke sykdomsdiagnoser der hvor det er mulig.

P29 Utbrenthet

Sykmelding kan være nødvendig på grunn av symptomenes alvorlighetsgrad, eksempelvis svær utmattelse og manglende mestring, kognitive vansker og hvis arbeidet forverrer tilstanden.

Full sykmelding i en periode på 2 uker, kan være nødvendig for å få en avstand til arbeidet. Langvarig sykmelding kan føre til at pasienten utvikler unngåelsesatferd overfor arbeidsplassen. Symeldingslengden må tilpasses individuelt.

P76 Depressiv lidelse

Her finner du mange av de samme vurderingene som ved symptomdiagnosene over. Hvis du er usikker på bakgrunnen for å stille diagnosen, så står det alltid en begrunnelse i sykmelderveilederen. Her er et eksempel på begrunnelse ved depresjon.

Begrunnelse: Medisinske forhold

- Symptomer ved depressiv lidelse er senket stemningsleie, redusert glede og interesse og redusert aktivitets- og energinivå. Man kan også ha depressive tanker, selvmordstanker eller –planer, dårlig søvn og appetitt, angst og konsentrasjonssvikt.
- Symptomene skal ha vart i minst 2 uker.
- **Inndeling:**
 - **Dystymi:** Lavgradig depresjon som varer i mer enn 2 år
 - **Mild depresjon:** MADRS <20
 - **Moderat depresjon:** MADRS 20-34
 - **Alvorlig depresjon:** MADRS >34
 - **Psykotisk depresjon:** Alvorlig depresjon med stemningskongruente vrangforestillinger som ekstreme selvbepreidelser, tanker om økonomisk ruin, skyldfølelse.
 - **Post partum depresjon:** Opptrer innen 4-6 uker etter fødsel
 - **Tilbakevendende depresjoner:** Betegnelse brukes ved to eller flere depressive episoder, svarer til unipolar depressiv lidelse.
- Sykdommen kan være knyttet til (utløst eller vedlikeholdt av) annen psykisk sykdom (som f.eks. affektiv lidelse, se P73 i sykmelderveilederen), fysisk sykdom, bruk av rusmidler, personlighet eller livssituasjon.
- Depresjon går som regel over etter 6-8 måneder. God behandling forkorter forløpet.
- Langvarig fravær fra arbeidsplassen reduserer sannsynligheten for å vende tilbake til arbeidet. Motsatt kan kontakt med arbeidslivet i form av tilrettelegging og gradert sykmelding bidra til bedring. Opplevelse av mestring er viktig.



Kapittel 2. Psykiske lidelser i allmennpraksis

2.1 Vanskelig livssituasjon?

Pasientene har ofte et sterkt lidelsestrykk når de møter på legekantoret og ber om hjelp. Du kan starte med å avklare hva problemene handler om. Dersom det er snakk om en vanskelig livssituasjon, kan det være behov for støtte, hjelp til sortering og problemløsning. Slike tiltak hører hjemme i primærhelsetjenesten. Som fastlege har du mye å bidra med. I de siste årene har også andre primærmedisinske tilbud økt muligheten for å få hjelp kommunalt: Rask psykisk helsehjelp, kommunepsykolog og psykiske helsearbeidere. Du må kjenne til tilbudene lokalt. Det gjelder også kommunens møteplasser og selvhjelpstilbud. I Oslo, som er en stor by med 15 bydeler, og hvor pasientene også kan komme fra nabokommuner, er det en formidabel oppgave. Se kapittel 5 om nyttige nettsteder og tilbud, som er et forsøk på å samle

nasjonale ressurser. I tillegg er det nevnt aktuelle møteplasser i Oslo.

Vanskelige livssituasjoner kan hos sårbare mennesker utvikle seg til psykiske lidelser. Tenk på diagnoser som fersk-vare. Hvis du vurderer pasientens lidelse som førstelinjens ansvar, så forklar at vurderingen kan endre seg. Fastlegen er alltid åpen for at pasienten kommer tilbake.

2.2 Fysisk eller psykisk eller begge deler?

De fleste pasienter med psykiske lidelser som søker hjelp, kommer først til fastlegen. Kontaktårsaken er ofte bekymring for kroppslige symptomer. Hvis det ikke avdekkes en somatisk lidelse, sier noen pasienter seg tilfreds med det. Andre ønsker en forklaring på symptomene.



Sammen med pasienten må du vurdere andre årsaker til plagene: Psykisk lidelse? Stressreaksjon? Livssituasjon? Utbrenthet?

Som fastlege vet du at psykiske lidelser kan gi somatiske symptomer, men denne sammenhengen kan likevel være lett å overse. Kunnskap om psykiske lidelser er dessverre ofte forsømt i medisinsk grunnutdanning. En kollega med lang fartstid som fastlege sa etter et kurs om angst: «Jeg ante ikke at jeg hadde så mange pasienter med angst!» Ny kunnskap økte hennes mulighet til å hjelpe.

Hva bør fastlegen kunne om vanlige psykiske lidelser?

Fastlegen bør kunne:

- sortere ut de alvorlige lidelsene: psykoselidelser og bipolar lidelse, og gjøre en selvmordsrisikovurdering. Er du usikker her, så kontakt spesialisthelsetjenesten
- sortere ut hva som skyldes de vanskelige livene, men som ikke nødvendigvis er psykisk lidelse. Pasienter som gråter hos fastlegen, som sørger over tap, som er slitne av altfor mye arbeid eller forpliktelser, de har ikke nødvendigvis en psykisk lidelse og kan derfor ikke hjelpes særlig godt i spesialisthelsetjenesten. Mange av dem vil kunne få hjelp i primærhelsetjenesten, for eksempel hos fastlegen eller Rask psykisk helsehjelp. Støttesamtaler er viktige og nødvendige, men det er ikke spesialistens oppgave
- diagnostisere og formidle kunnskap om, gi råd om og behandle angstlidelser og mild til moderat depresjon

Lege:

Pasientene kan kanskje sitte der i 20–30 minutter, og så sier de: «Forresten, jeg vil gjerne ha en henvisning til psykolog.» Da svarer jeg: «Da må jeg sette opp en ny time så vi kan gå nærmere inn på det.»

Et tema slår meg: Det er vårt arbeid å finne frem til hva som er årsaken til at disse menneskene ikke har det lett, men ofte er de skamfulle. Skam er en vegg mellom oss og pasientene.

(Pasienten er godt kjent av legen, har flimmet.) Så kommer hun og har fått flimmet, tror hun ... og det kommer frem i løpet av samtalen på et kvarter at hun har angst for å dø Det har tatt meg fire–fem måneder å finne ut av dette – hun har faktisk hatt sykdomsangst og dødsangst.

2.3 Betydningen av å diagnostisere vanlige psykiske sykdommer

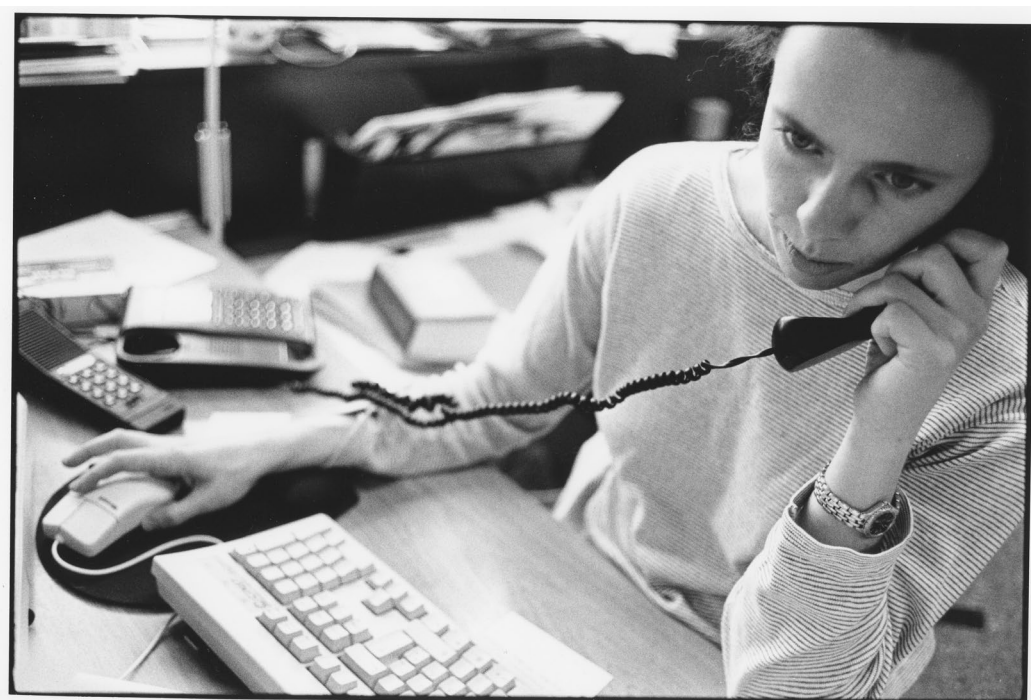
Verdens helseorganisasjon bruker begrepet «common mental disorders», altså vanlige psykiske lidelser. Til disse hører symptomlidelser som depresjon og angstlidelser, gradert som lette, moderate eller alvorlige. Pasientene kan ha somatisk og psykisk komorbiditet.

Kartleggingsskjema gir økt diagnostisk treffsikkerhet

Mange pasienters psykiske plager og lidelser forblir uoppdaget hvis de vurderes kun etter klinisk skjønn. En tysk studie fra 2009 fant at sensitiviteten til legers kliniske vurdering av angst og depresjon i allmennpraksis var på 65 %, og at den ble betydelig høyere hvis de brukte et kartleggingsskjema (8). En norsk studie viste at bruk av et selvutfyllingsskjema økte legers evne til å fange opp depresjon og angst hos

sine pasienter, samtidig som det reduserte feildiagnostikk (9). En annen norsk studie viste ingen sammenheng mellom hvor flinke legene selv synes de er til å oppdage psykiske plager, og hvor mange pasienter med depresjon og angstlidelse de faktisk fanger opp (9). Ifølge en engelsk studie er pasientene mer positive til å bruke kartleggingsskjemaer for depresjon og angst i legekonsultasjonen enn legene (10).

Det er ikke dokumentasjon for at det er fordelaktig å rutinemessig screene alle pasienter i allmennpraksis; da måtte det screenes et uforholdsmessig stort antall pasienter (11). Det sentrale er at du som lege stiller spørsmål om pasientens velvære og livskvalitet, inklusive vedkommendes psykisk helse, er oppmerksom på indikatorer for psykisk uhelse og ved behov supplerer med et kartleggingsskjema.



En sykehistorie

Mann, 45 år, gift, barn, frisk til nå, krevende stilling som prosjektleder i et stort konsulentfirma med lange arbeidsdager. På en joggetur får han plutselige brystmerter og oppsøker legevakt. Han blir utredet og reiser hjem med klar beskjed: «Du har ikke hjertesykdom, du kan fortsette å trene.» Han blir beroliget der og da, men etter hvert opplever han skremmende episoder med plutselig svimmelhet, magesmerter og hodesmerter. Han blir utredet somatisk hos fastlegen, og får stadfestet hva han ikke har av sykdommer. Venner og familie mener at han er overarbeidet og stresset, og at han har godt av å være sykmeldt: «Nå må du ta vare på deg selv.» Han blir mer og mer bekymret og sliten av stadige utredninger. «Det må jo være noe alvorlig siden fastlegen utreder alle mine symptomer!» Han blir sykmeldt i over fire måneder. Han får henvisning til Poliklinikken Psykisk helse og arbeid. Der får han diagnosen angstlidelse og forklaring på sine symptomer. Han blir sint da han skjønner sammenhengen: «Hvorfor har ingen fortalt meg dette før?»

Hva er det å lære? Å vite når man skal avslutte somatisk utredning, er vanskelig. Alle leger bør gjøre det de kan for å unngå å overse alvorlig sykdom. Samtidig må fastlegen vite nok til å kunne stoppe utredninger der en angstlidelse er den mest sannsynlige diagnosen. Hvis ikke står vi i fare for å påføre pasienter helseangst og unødvendig sykmelding. Kanskje vi tidligere skal si at vi vurderer angst som en mulig diagnose, og gi pasienten informasjon om angstens fysiologiske virkninger, for eksempel ved å gi vedkommende informasjonskrivet «Angst - En alarmreaksjon», fra www.kognitiv.no.

Lege:

Jeg sendte rett og slett henvisninger til alle psykologene med avtale i hele Oslo ... Jeg fikk ... svar fra fem, og jeg sendte 136 henvisninger ... Ingen kunne ta henne nå, hun fikk lov til å stå på venteliste hos fem ... Og det var ikke noen dårlig henvisning, det er et veldig dårlig fungerende tilbud.

Ikke alle symptomer og plager er sykdom pleier jeg å si: det er en del av livet. Det er veldig store forventninger om å komme inn i spesialisthelsetjenesten for å bli tatt på alvor.

2.4 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Mange pasienter ber «bare om en henvisning til psykolog». Men hvis du som fastlege trenger hjelp utenfor DPS, så er dette tilbudet nærmest ikke-eksisterende, selv i Oslo. Mangelen på reelle muligheter for henvisning skaper mye frustrasjon i en travel allmennlegepraksis.

For de fleste er en henvisning til det offentlige helsevesenet det vanligste. Men også her opplever mange henvisende leger at de får avslag.

Prioriteringsveilederen: Et godt skjult hjelpemiddel?

I spesialisthelsetjenesten forholder man seg til Helsedirektoratets prioriteringsveileder, som avgrenser hvem som har rett til behandling. Vi mener god kunnskap hos fastleger om prioriteringsveilederen i mange tilfeller kan føre til at man unngår et avslag fra spesialisthelsetjenesten. Det sparer pasienten for unødvendig skuffelse og er tid spart for fastlege og spesialist. Det kan også føre til at vi fanger opp de rette pasientene, som har krav på og bør behandles i spesialisthelsetjenesten.

«Kost-nytte» brukes i prioriteringsveilederen. Dette begrepet oppleves av mange henvisende leger og av pasienter som uforståelig og til dels provoserende. Pasienten opplever at de ikke er «syke nok» og legen at deres vurdering ikke aksepteres. I prioriteringsveilederen betyr «kost-nytte» at pasienten skal behandles på riktig sted, og at pasienten skal få effektiv behandling.

I prioriteringsveilederen skiller det for eksempel mellom alvorlig depresjon, med rett til behandling og med en veiledende frist på to uker; moderat depresjon, med rett til behandling og veiledende frist på åtte uker; og lett depresjon, uten rett til behandling. Lett depresjon er som hovedregel MADRS under 20.

Etter at du som henviser har vurdert diagnosen inkludert hvor alvorlig lidelsen fremstår, skal du altså bruke prioriteringsveilederen for å finne ut om pasienten har rett til behandling hos spesialist og hvor lang ventetid det er. Du og pasienten skal ha svar på henvisningen innen ti dager.

Individuelle forhold kan endre rettighetsstatus eller frist for start av helsehjelp for enkelte pasienter. Eksempler på slike forhold er funksjonsfall, alder, komorbiditet, rus, omsorg for barn, graviditet, selvmordsrisiko, selvskading, traumereaksjoner, personlighetspatologi, autismespekterlidelser og andre utviklingsforstyrrelser, og psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser. Der som individuelle forhold tilsier utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, settes maksimumsfrist til tolv uker.

Rask henvisning er ikke alltid god hjelp

Ikke sjelden henvises pasienter i vanskelige livssituasjoner eller i kriser til spesialisthelsetjenesten. Foranledningen kan være tap av en nær person, samlivsbrudd eller oppsigelse fra jobb. På fastlegekontoret er lidelsestrykket høyt; pasienten gråter og er fortvilet og ber om noen å snakke med, gjerne en psykolog. Da kan en rask henvisning faktisk være dårlig hjelp.

En god henvisning kan være kort og på få linjer, men da må informasjonen være relevant. Henvisningen skal beskrive symptomene, alvorligheten av dem og på hvilken måte dette fører til funksjonsfall.

Eksempel på en mangelfull henvisning: «Kvinne, 26 år. Tidligere bulimi og vært behandlet ved BUP. Hun har akkurat avsluttet et forhold som har vart i fem år. Hun er svært fortvilet over dette. Hun sover dårlig og er nå halvt sykmeldt fordi hun ikke klarer å konsentrere seg på jobb. Det er lenge siden hun har vært hos meg, men hun sitter og gråter mesteparten av tiden inne på legekontoret, og er veldig fortvilet. Jeg oppfatter henne ikke som suicidal. Hun ønsker å snakke med en psykolog.»

Kommentar: Her kommer det ikke frem noen diagnose, bare et funksjonsfall ved en halv sykmelding, og ikke noe om hvor lenge funksjonen har vært nedsatt. Det står ikke noe om når bruddet skjedde, ikke noe om ressurser, ingen diagnostisk vurdering om dette er en pasient som har rett til behandling (ved alvorlig eller moderat depresjon). Eller er det en sorgreaksjon, en tilpasningsforstyrrelse? Har hun barn? Hva slags jobb? Hvor lenge har hun vært sykmeldt? Her vil henviser sannsynligvis få avslag.

Eksempel på god henvisning: «Mann, 30 år. Han har ikke tidligere fått behandling i psykisk helsevern. Han er enslig, har ikke barn. Han har flyttet til Oslo og startet i ny jobb innenfor IT for et halvt år siden. Han kjenner få mennesker i byen. Det har vært mye omorganisering på jobben, og det har vært lite støtte og hjelp fra leder. Han opplever at han ikke tas med på viktige avgjørelser. I de siste månedene har han fått noen kortere sykmeldinger fordi han er sliten, har konsentrasjonsvansker og hodepine. I disse periodene har han reist hjem til foreldrene for å hvile seg. Arbeidet byr ham etter hvert imot, og han har hatt det jeg oppfatter som angstanfall på vei til jobb eller på jobb. Jeg har derfor nå sykmeldt ham 50 % for å se om det kan hjelpe ham. Han har fått informasjon om å være aktiv og ikke isolere seg. Han er en forsiktig og lavmælt mann og jeg oppfatter ham som trist. Han skårer 28 på MADRS. Han er ikke suicidal. Jeg har satt ham opp til jevnlige kontroller til han får et tilbud fra dere.»

Kommentar: Denne henvisningen er ikke lang, men har relevante opplysninger. Henviser har gjort en vurdering av diagnose, startet sykmelding, gitt råd og følger opp sykmeldingen.

2.5 Medisinering og kunnskapsformidling på fastlegekontoret

Medisinering?

Allmennleger kan vurdere å starte medisinering, men husk kampanjen [«Gjør kloke valg» fra Norsk forening for allmennmedisin](#). Unngå å forskrive anti-depressiva til pasienter med lettere og moderat depresjon før samtaler er forsøkt. Benzodiazepiner skal ikke skrives ut til pasienter med angst. Hvis pasienter går i behandling for sin angstlidelse, vil denne typen medikamenter ofte brukes som en uheldig unngåelsesstrategi.

Kunnskapsformidling på legekontoret og selvhjelpsmateriale

I tillegg til å vurdere medikamentell behandling kan du som fastlege i mange tilfeller også tilby kunnskapsformidling, rådgivning og psykoterapeutiske samtaler. Da er det naturlig at du starter med å gi pasienten nødvendig informasjon om lidelsen. Det finnes mange gode pasientbrosjyrer (se neste side). Du kan be pasienten lese noe til neste konsultasjon, eller du kan gi informasjon muntlig før pasienten får med seg pasientinformasjon hjem. Som ellers i livet må viktige temaer gjentas. Som leger har vi erfaring med at gode pasientbrosjyrer også er lærerike for oss.

I rammen på neste side er det eksempler på nettsteder med mye relevant informasjon til pasienter og pårørende.

2.6 Psykiske symptomer ved somatisk sykdom

Som fastlege kan du signalisere åpenhet for å snakke om psykiske symptomer eller psykisk lidelse, også ved somatiske sykdommer. Denne åpenheten er også viktig hvis du er sykmeldende lege. Du kan for eksempel si: «Du har det vanskelig etter det alvorlige som skjedde (for eksempel abort, samlivsbrudd eller dødsfall i familie). Hvordan har du det nå? Er det noe du har behov for å snakke om? Jeg kan sette av tid.» Eller: «Det er tøft å få en kreftdiagnose. Hvordan påvirker det deg i livet og mentalt?»

En del leger unngår å åpne disse dørene fordi de tror de risikerer at en slik samtale tar for lang tid. Det kan ta litt lengre tid der og da. På sikt styrker det imidlertid alliansen, og du vil være en bedre hjelper og fremme helse og mestring til dine pasienter (12). I en undersøkelse som er basert på opptak av norske legers konsultasjoner på sykehus, beskrives det at legen er høflig, men ikke nysgjerrig. Undersøkelsen viste at legene var mest opptatt av somatiske plager og overså de mer personlige aspektene hos den syke pasienten (13). I en travelt allmennlegehverdag kan det kanskje også bli et problem for primærhelsetjenesten.

Selvhjelpsmateriale

Hvis du gir pasienten informasjonsmaterieell om psykiske plager som hjemmeoppgave, må du selv ha lest informasjonen for å kunne svare på spørsmål. Her er steder du kan gjøre deg og deretter pasienten oppmerksom på.

[Helsenorge.no](https://helsenorge.no), **Psykiske lidelser**

Her finnes enkle innføringer i sykdom og tiltak som kan være aktuelle. Grei og oversiktlig.

[Legehandboka.no](https://legehandboka.no), **Norsk Elektronisk Legehåndbok - NEL**

Er et digitalt oppslagsverk som alle leger kjenner. Pasientinformasjon til de fleste lidelser finnes under den aktuelle diagnosen. Skriv ut informasjonen og gi pasienten.

[Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no), **psykisk helse**

Pasientinformasjon om psykisk helse. Mange oppslag, oversiktlig.

[Kognitiv.no](https://kognitiv.no), **Nettsiden til Norsk forening for kognitiv terapi**

Her ligger omfattende informasjon både om ulike psykiske lidelser og om plager som utmattelse ved somatisk sykdom, søvnproblemer og irritabel tarmsyndrom. Her ligger også gode videoer blant annet med pasientintervjuer.

Kapittel 3. Sykmeldings-samtaler ved angst og depresjon

Poliklinikken Psykisk helse og arbeid har utviklet en veileder om jobbbrettede tiltak ved behandling av pasienter med angst og depresjon i spesialisthelsetjenesten (14). Mye av det som skrives i dette kapitlet, finnes der, men er mer omfattende drøftet for de som er interessert i videre utdyping.

Se for deg at du møter en pasient med symptomer på angst og/eller depresjon. Pasienten ber kanskje om henvisning eller utredning. Start med å lytte til pasientens fortelling. For pasienten er det å bli lyttet til starten på en god behandling, også dersom du velger å henvise videre. Første samtale handler om å ta imot og anerkjenne, og dermed gjøre pasienten trygg nok til at vedkommende kommer tilbake til ny samtale. Hvis pasienten helst vil «komme til psykolog med en gang», kan du forklare at dere vinner tid ved å ha en ny samtale fordi en eventuell henvisning da blir mye bedre.

I neste samtale kan du utforske videre, med åpne og nysgjerrige spørsmål som ikke kan besvares med ja og nei. Spørsmål som «Hvordan var dette for deg?» eller «Kan du gi meg noen eksempler?» fungerer ofte godt. Ikke bruk «hvorfor»-spørsmål i starten, da de er vanskelige å svare på og lett fører samtalen inn i en blindgate. Særlig innledningsvis er beskrivelse viktigere enn å lete etter årsaker og begrunnelser.

Alle mennesker kan ha tunge og urolige dager, og pasientens kontaktårsak er ofte psykiske symptomer. Om disse er uttrykk for en psykisk lidelse, må du avklare. Det er viktig å få avklart fall i funksjon over tid og ikke bare se på symptomene som pasienten presenterer på kontoret. Spørsmålet kan da stilles for eksempel slik: «Du forteller at du har søvnproblemer, hva fører det til? Fortell meg hvilke problemer som er forbundet med det.» Da oppnår du en vektlegging av funksjon og ikke bare utredning av symptomer.

Ber pasienten om en kortvarig sykmelding på grunn av sine symptomer, kan du i mange tilfeller gi en eller to ukers sykmelding uten en inngående utredning. Sett samtidig opp en kontrolltime. Vi anbefaler å møtes fysisk eller eventuelt digitalt. Sykmeldingsarbeidet for pasienter med vanlige psykiske lidelser som depresjon og angst krever faglig oppfølging og ikke bare en melding med ønske om forlengelse av sykmelding. Korte telefonkonsultasjoner er sjelden tilstrekkelig i en tidlig fase av sykmeldingsforløpet.

En sykehistorie

Kvinne, 33 år, alene med to mindreårige barn, forteller om angstplager, nedstemthet, dårlig søvn og manglende initiativ. Hun arbeider som miljøarbeider på et sykehjem. Før hun kommer til fastlegen, har hun isolert seg, hun møter ikke venner og har lite kontakt med familie. Hun ber om og får full sykmelding og en forsikring om at hun ikke skal presses tilbake i jobb før hun er klar. Det opplever hun som omsorgsfullt og avlastende, og symptomene bedrer seg. Fastlegen følger opp og forlenger sykmeldingen, samtidig som han henviser til Poliklinikken Psykisk helse og arbeid, som har en ventetid på seks uker.

Av psykologen på poliklinikken blir hun utfordret til å prøve seg en dag i uken på jobb. Hun er skeptisk, men er villig til å prøve. Hun fungerer normalt i arbeidssituasjonen og får gode tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og kolleger. Og resten av uken? «Da er jeg så utslitt etter den ene dagen at jeg bare ligger på sofaen og ser i taket og lurer på hvordan jeg skal klare meg.» Hennes tolkning er at den ene dagen sliter henne ut. Hos fastlegen sier hun at hun er for sliten til å gå på jobb, og ber om forlengelse av 80 % sykmelding på grunn av symptomtrykket.

Hva er det å lære? Pasienten tolket sine symptomer slik at det var jobben som slet henne ut, og at sykefravær ville ordne opp i dette. Mest energikrevende var likevel hennes egne depressive og angstfylte tanker, som fikk større spillerom når hun var hjemme fra jobb. Hun var deprimert, og hun grublet og bekymret seg mye. På jobb måtte hun flytte oppmerksomheten utover mot pasienter og kolleger, og da fungerte hun bedre.

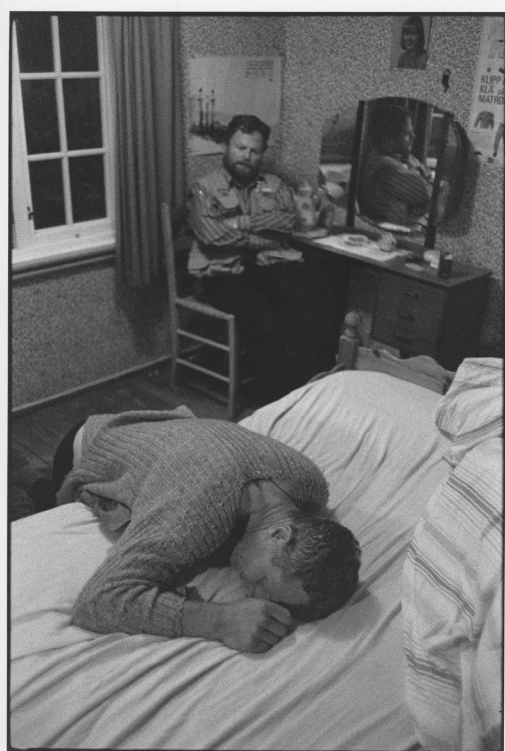
Sykmeldingen hjalp denne pasienten godt i starten, men bidro til fastlåsthet lenger ut i forløpet. En gradvis reduksjon i sykmelding kan trolig fungere bedre. Fastlegen kan også forklare henne at det å gruble er svært energikrevende, og være en pådriver for å forsøke å øke friskmeldingen.

3.1 De første konsultasjonene i et sykmeldingsforløp

Som fastlege har du trolig skrevet ut kortere sykmelding uten å grave for mye når pasienten kommer første gangen. Du setter opp til kontroll innen en–tre uker, gjerne en tid før sykmeldingen går ut. I denne andre konsultasjonen kan du stille spørsmålet: «Tror du at du har mulighet til å vende tilbake til jobben i løpet av noen uker?» Ofte svarer pasienten ja. Hvis svaret er nei, kan du undersøke om pasienten kan være noe i arbeid selv om han eller hun ikke kan yte maksimalt. Hvis svaret fortsatt er nei, er det lurt å stanse opp litt og stille noen flere spørsmål om pasientens tro på å kunne mestre jobben i overskuelig fremtid.

Spør om pasientens forventninger om tilbakevending til arbeid

Pasienters forventninger om og tro på at de kan mestre jobben, har en direkte sammenheng med faktisk tilbakevending ved vanlige psykiske lidelser. Troen på jobbmestring, altså at man kan fungere i arbeidet, også når man har psykiske plager, er ofte mer avgjørende for tilbakevending til jobb enn alvorlighetsgraden av selve symptomene (16, 17).



Her er et eksempel:

Fastlegen blir oppsøkt av en mann i midten av tjuårene. Han har de siste fire årene jobbet i en gründerbedrift som leverer varer hjem til kunder. Han har opplevd arbeidet som spennende og har trivdes. Bedriften lyktes og ekspanderte. Etter hvert fikk han mer ansvar og flere arbeidsoppgaver. Så sa det plutselig stopp. De siste månedene har han isolert seg, orker ikke ta imot telefoner, og får bekymrede SMS-er fra venner. Pasienten beskriver seg selv som oppbrukt, utmattet og utbrent. Han ser sykmelding som den eneste utveien, og beskriver fremtiden som usikker og skremmende. Han har lagt alt til side for jobben, og har verken tid til kjæreste, trening eller sosialt liv.

I konsultasjonen blir fastlegen og pasienten raskt enige om to ukers full sykmelding. Fastlegen spør videre om pasienten kan snakke med sin leder og se om de kan gjøre endringer i arbeidssituasjonen. «Jeg tror ikke det, selv om jeg vet jeg gjør en god jobb. Alle der er unge og står på som bare det. Tror ikke de vil gjøre noe unntak for meg», svarer pasienten. Han sier seg likevel villig til å gjøre et forsøk. Han kommer gledesstrålende tilbake i neste konsultasjon: «De skjønnte situasjonen og ønsker å beholde meg, så nå skal jeg få avlastning og begrensnings av oppgavene. Det virket nesten som lederen min har forutsett situasjonen. Nå har jeg allerede startet i jobben!»

Hva er det å lære? Pasienten var motløs og oppgitt, sov dårlig og hadde angst. Det var enkelt å sykmelde, og kanskje å tenke på både henvisning og lang sykmelding ved første konsultasjon. Men allerede ved første konsultasjon beskrev han tross alt en glede over arbeidet. Fastlegens oppfordring og lederens villighet til å tilrettelegge styrket pasientens tro på å kunne håndtere jobben.

Du kan starte med å spørre: «Tror du at du har mulighet til å vende tilbake til jobben, eventuelt med gradert sykmelding, i løpet av noen uker?» Du kan konkretisere nærmere ved å stille spørsmål om pasientens forventninger om å

- klare å konsentrere seg om arbeidsoppgavene
- kunne motivere seg for utførelsen av jobben
- kunne håndtere problemer som oppstår på jobben
- ha energi til å gjøre andre ting utover å arbeide

Hvis pasienten svarer at han eller hun har tro på at det er mulig å komme tilbake, spør du hva som ligger til grunn for en slik positiv forventning. Slik får du, uavhengig av om pasienten

gir et positivt eller negativt svar, verdifull informasjon som den videre dialogen kan bygge på.

Spør om barrierer for tilbakevending til jobben

Dersom pasienten etter noen ukers sykmelding fortsatt har lave forventninger om tilbakevending til jobben innen overskuelig fremtid, kan du følge opp med noen spørsmål om hva som ligger til grunn: «Hva kan skje hvis du begynte å jobbe i løpet av noen uker? Hvilke problemer kunne oppstå da?» Husk her at pasientens svar kan være farget av vedkommendes depresjon og angst.

3.2 Kunsten å si nei

Enkelte pasienter gir kategorisk beskjed om at det er umulig for dem å vende tilbake til jobb. Som lege får du her lite rom for dialog om alternativer. Det kan oppstå en konflikt mellom pasientens ønsker og din faglige vurdering eller krav fra lovverket. Du kan måtte si nei og sette grenser, spesielt når ønsket om sykmelding ligger utenfor lovkravene. Fastlege Njål Flem Mæland gir nyttige tips i artikkelen «Hvordan sier vi nei?» i Utposten. Den anbefales! Her er noen av hans tips: Du kan gå frem som i samtaler med pasienter ellers, med en åpen start. Gi pasienten tid til å snakke ferdig, vis at du lytter, og bruk oppsummeringer. Utsett å konkludere og gi råd. Legg vekt på gjensidighet, der begge parters synspunkter får plass, og med et blikk for forhandlingsløsninger. Vis at du forstår hvorfor pasienten fremmer sitt ønske om sykmelding. Ta eventuelt en timeout til en senere konsultasjon. En sykmelding på noen få dager med en kontrolltime kan gi et helt annet pasientmøte. Portvokterrollen kan til tider oppleves som en umulig og belastende rolle. Minn deg likevel på at du har et samfunnsoppdrag, og at regelverket stort sett er fornuftig (15).

Krevende samtaler

Samtaler om sykmelding kan bli krevende. Noen pasienter kan lett føle seg misforstått og ikke trodd når de er syke og i en sårbar livssituasjon. Andre er mer usikre og ambivalente om muligheten for gradvis tilbakevending til arbeid. Ambivalens kan utforskes nærmere ved at du spør pasienten om fordeler og ulemper ved å være fortsatt uendret sykmeldt, og fordeler og ulemper ved å gå tilbake til jobb.

Følg opp med åpne spørsmål, la pasienten snakke ferdig, og signaliser interesse for å høre mer, siden det første pasienter tar opp, ofte ikke er det viktigste. For eksempel: «Dette høres viktig ut, og vi kan komme tilbake til det om et øyeblikk, men før vi gjør det, er det noe annet som bekymrer deg rundt spørsmålet om tilbakevending til arbeid?» Det kan etterfølges av enda en oppfordring: «Er det noe mer?» Slik får du en oversikt over problemer, grublinger og bekymringer, og det blir lettere å lage en god regi på samtalen.

Pasienter gir ofte bare små hint om sine følelser. Utsagn som «Jeg vurderer å slutte i jobben min» eller «Det er ikke så mange som bryr seg om hva jeg gjør den» er ofte prøveballonger som sendes opp, for å sjekke om det er trygt å snakke om den bakenforliggende følelsen. Gi rom for følelsen ved å be pasienten fortsette eller fortelle mer.

Hvis du ikke markerer dette rommet, for eksempel ved å svare «Det går sikkert bra» og så skifte tema, vil pasienten raskt trappe ned hintene sine eller komme frem med følelsene mot slutten av konsultasjonen. Pasienten må få anledning til å si noe om hvordan det var å være helt utmattet etter endt arbeidsdag, og kjenne at du hører og forstår. Da blir det også lettere å oppleve at forslag om alternativer til full sykmelding ikke betyr at problemene undervurderes, eller at man ikke blir trodd.

Din innlevelse er selve verktøyet for å gi pasienten en opplevelse av at du bryr deg og føler med ham eller henne. Det innebærer at du fanger opp og responderer på emosjonelle uttrykk under samtalen, noe du vanligvis trygt kan gjøre uten å sprengre tidsrammene. Leger som utforsker pasientens følelsesmessige bekymringer, bruker i snitt bare ett minutt mer på en konsultasjon enn de som ikke gjør det (12).

Empati kan formidles ved å speile («Jeg kan se at du er ...»), legitimere («Det er ikke rart at ...»), støtte («På dette området kan jeg kanskje hjelpe deg»), vise partnerskap («Hva kan vi gjøre med ...?») og vise respekt («Det er flott hva du har klart, til tross for ...»). Du viser ved en spørrende og nysgjerrig holdning at du prøver å forstå («Hvordan er det for deg?»). Det er god behandling i seg selv å vise at man har sett og forstått.

3.3 Spør om pasientens antakelser om sykmelding

I de første konsultasjonene i et sykmeldingsforløp kan det være klokt å spørre om pasientens erfaringer med tidligere og nåværende perioder med sykmelding. Hvor lenge var pasienten sykmeldt, og hva bidro da til at pasienten kom tilbake i arbeid?

Pasienten kan ha tanker om at sykmeldingen er nødvendig fordi han eller hun

- må gå i behandling og bli helt frisk først
- er for syk, trett, nedstemt eller engstelig til å jobbe
- er redd for ikke å være ønsket på jobben
- er involvert i en konflikt på jobben
- vil sende et signal til ledelsen
- må lære å sette grenser for seg selv
- har en svært belastende situasjon hjemme

Etter en slik kartlegging er det lurt at du sier: «Er det greit at jeg oppsummerer for å sjekke at jeg har forstått deg riktig?» En felles forståelse må ligge til grunn for videre samarbeid om sykmelding. Du kan sammen med pasienten

vurdere fordeler og ulemper ved full sykmelding. I rammen under er forslag til innfallsvinkler.

3.4 Konsultasjoner lenger ute i et sykmeldingsforløp

Dersom sykmeldingen ser ut til å bli langvarig, kan det være lurt igjen å kartlegge barrierer for tilbakevending, og denne gangen spørre mer detaljert om hva hindringene består i. Ved depresjon og angst kan det komme til nye barrierer jo lenger sykmeldingen varer. Man blir i tiltakende grad redd for å gå på jobb, eller føler at man ikke har noe å bidra med, ikke er ønsket, eller at det uansett ikke nytter. Og jo lengre tid det går med fravær fra jobb, desto sterkere vil disse negative og hemmende tankene og fortolkningene kunne bli.

Gi informasjon om psykisk helse og arbeid

Du kan si at forskning og klinisk erfaring viser at det generelt er bra for den psykiske helsen å være i jobb, også når man har psykiske lidelser eller plager (16–20). For mange er 100 % langtidssykmelding uheldig fordi de mister en struktur på dagen. Noen blir sittende hjemme med tunge tanker og bekymringer

Informér om at gradert sykmelding kan være et bedre alternativ enn full sykmelding, gjerne i kombinasjon med tilrettelegging på arbeidsplassen. Gradert sykmelding kan bety enten redusert arbeidstid eller å være full tid på jobb, men med redusert arbeidsbyrde. På side 31 er det et informasjonsskriv som du kan vurdere å gi til pasienten.

Antakelser om sykmelding: Oppfølgende spørsmål

Spør pasienten hva han eller hun er blitt sykmeldt til: «Kan du beskrive hva du gjør hjemme når du er sykmeldt?» «Hvordan ser hverdagen ut nå?». En uheldig bivirkning av full sykmelding er at pasienten kan bli passiv og få mye tid og rom for depressiv grubling og angstfylt bekymring. Det er kvernetanker som kan bidra til å forsterke psykiske plager og svekke funksjon.

Du kan undersøke om pasienten mener at det er mulig å være i arbeid selv om man ikke kan yte maksimalt, og hva pasienten tror at ledere og kolleger synes om det. Hva mener pasienten selv om kolleger som er på jobb uten å kunne yte sitt aller beste?

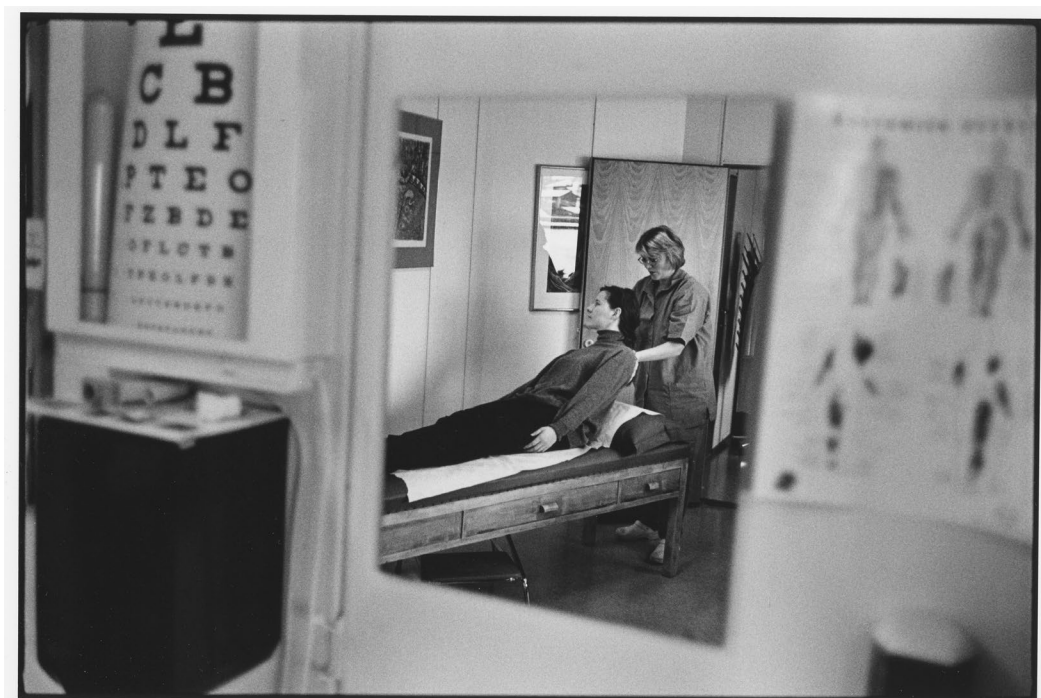
Andre spørsmål kan være:

- Tror du at du først må bli frisk, eller få ro og hvile, for å komme tilbake?
- Har du noen tanker om hvordan sykmeldingen din oppleves av andre, på jobben eller i familien, og hva har de sagt til deg?
- Har du fått noen råd av andre rundt sykmeldingen din? Hva tenker du selv?

Noen pasienter vil etter en slik samtale si seg enig i at full og langvarig sykmelding er uheldig. I så fall kan dere begynne å planlegge en dialog med arbeidsgiver om gradvis opptrapping på jobb.

En sykehistorie

Turid er saksbehandler i et forsikringselskap. Hun har en depressiv lidelse, er bare i stand til å jobbe halve dagen, og starter med en sykmelding på 50 %. Det viser seg snart at hun bare får utført halvparten av det hun normalt ville ha gjort i løpet av denne tiden. Turid opplever det som et stort press at hun dermed ikke kan levere det arbeidsgiveren forventer. Løsningen blir en 75 % sykmelding, der hun likevel er på jobben halve dagen. Slik blir forholdet mellom arbeidskrav og arbeidsevne ivaretatt, Turid opplever økt mestring, og Turids arbeidsgiver får en riktig kompensasjon.





Informasjon om arbeid og psykisk helse (gi til pasienter)

Dersom du har psykiske helseproblemer, kan du ha behov for hjelp til å holde deg i arbeid eller til å vende tilbake etter langtidssykefravær. Sykmelding med vekt på fravær og hvile brukes ofte ved sykdom. Ved depresjon og angstlidelser er nærvær og aktivitet viktig. Det gir hverdagen form og struktur, med mindre rom for passivitet, bekymring og tunge tanker.

Jobben kan være en kilde til selvrespekt, trygghet og tilknytning. Samtidig kan en arbeidsplass preget av mistriksel og konflikter forårsake betydelig stress. Dette gjelder også når arbeidspresset er urimelig høyt, og man har lite kontroll over sin arbeidssituasjon. Tilrettelegging av arbeidet er viktig både når forhold på jobben bidrar til de psykiske plagene, og når depresjon eller angst svekker evnen til å fungere i arbeid.

Å være fullt sykmeldt kan gjøre de psykiske plagene tyngre, fordi man blir sittende hjemme med seg selv og tunge tanker. Personer som har erfaring med depresjon eller angst, forteller også at det er mange hindringer for å komme tilbake etter en lang sykmeldingsperiode. Jo lenger man er borte, desto større blir disse barrierene. Samtidig er det gjerne vanskelig å snakke med ledere og kolleger om situasjonen. Når man føler seg nedfor, har man ikke lyst til å belaste andre. Da er det lett å isolere seg. Det kan bli en ny barriere for tilbakevending.

Dersom sykmelding er nødvendig, er det positivt at du velger gradert sykmelding fremfor full sykmelding. Denne løsningen innebærer at du utfører en del av arbeidet ditt og får lønn for det, og at det utbetales sykepengene for den resterende delen. Du kan enten ha redusert arbeidstid eller være full tid på jobb, men bare yte for eksempel 50 % av det du normalt ville gjøre. Da opprettholder du kontakten med arbeidsplassen og får mulighet til å kombinere behandlingstiltak med tiltak på jobben. Dermed styrker du også effekten av behandlingen.

I samtalene med legen din kan dere drøfte hvordan du kan møte barrierer for tilbakevending til arbeid på en god måte. Sammen kan dere sette opp en konkret plan for hvordan du vil gå frem.

3.5 Få et bilde av arbeidsplassen

Be pasienten fortelle om jobben sin, om arbeidsoppgaver og arbeidsmengde, sosialt arbeidsmiljø og forholdet til leder og kolleger. Aktuelle spørsmål kan være:

- Si noe om arbeidsstedet ditt: Hva driver dere med, hvor stor er bedriften, hvordan er den organisert?
- Hvilke arbeidsoppgaver har du?
- Hvilke aspekter ved jobben er du særlig flink til?
- Hvordan er din relasjon til din leder og til dine kolleger?
- Hvilke arbeidsoppgaver vil det være enklest for deg å starte opp med ved gradert sykmelding? Hva vil du helst unngå av oppgaver?

Prøv å spørre slik at løsninger kommer til syne:

- Hvordan ville en god arbeids-situasjon være nå hvis du fikk bestemme selv?

«Pasient» er en rolle som defineres ut fra at man har en lidelse eller skade. Rollen som arbeidstaker er derimot forbundet med kompetanse og ferdigheter. Der-som det er tidsrammer for det, kan du gjerne invitere «arbeidstakeren» inn i samtalen, enten det er elektrikeren, læreren, ingeniøren, sekretæren, advokaten eller hjelpepleieren:

- Hva motiverte deg til å velge dette yrket?
- Hva har for deg vært interessante og givende sider ved arbeidet?

Den siste perioden i jobben, før sykmeldingen, har kanskje vært ekstra tung, og er det som ligger lengst fremme i minnet. Spør derfor også litt bakover i tid. Et slikt tilbakeblikk kan hjelpe både deg og pasienten til å løfte blikket og se fremover fra en jobbsituasjon som nå kan virke fastlåst. Pasienten får anledning til å fortelle deg litt om hva han eller hun har vært god til og trivdes med i jobbsammenheng. Det kan motvirke at de siste negative opplevelsene preger totalbildet av yrkeslivet. Dere kan også løfte blikket og se fremover:

- Hvis du ser fremover to–fem år, ser du fortsatt for deg at du er på samme arbeidsplass?
- Hvor kunne du tenke deg å være?

På side 36 finner du kartleggingsskjemaet «Oversikt over arbeids-situasjonen», som du kan vurdere å be pasienten fylle ut til neste konsultasjon. Det kan spare tid, gi deg verdifull informasjon om arbeidsbetingelsene, danne et godt utgangspunkt for en samtale om tilrettelegging og være en kilde til refleksjon for pasienten.

Sjekk muligheten for tilrettelegging på jobben

Spør pasienten om det er gjort forsøk på tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidsdag, og om det er satt opp en plan for tilbakevending til fullt arbeid med arbeidsgiveren. Spør om pasienten ønsker hjelp med tilrettelegging fra leder eller kolleger. NAV må ikke glemmes som en god samarbeidspartner. Drøft dette med pasienten og motiver ham eller henne til å ta imot hjelp. NAV og sykmeldende lege har sammen med pasienten samme mål: å hjelpe mennesker tilbake til arbeid der det er hensiktsmessig og nyttig. NAV har hjelpemidler du som lege kanskje ikke er kjent med.

3.6 Dialog med arbeidsplassen: Hvor åpen skal pasienten være?

Dialogen med arbeidsplassen, hva man skal si til leder og kolleger, og hvor åpen man skal være, er et tema mange er opptatt av. For noen bidrar usikkerhet her til at de unngår å ta kontakt med jobben. Spør om pasienten har erfaringer med eller planer om å være åpen om sine psykiske helseproblemer. Diskuter hva konsekvensene av åpenhet kan bli, med hvilke fordeler og ulemper, og start gjerne med ulempene. På side 35 kan du lese om innfallsvinkler til en slik samtale.

Tilrettelegging av arbeidssituasjonen

Hva som er mulig å få til, er en sak mellom den sykmeldte og arbeidsgiveren, men arbeidsgiverens tilretteleggingsplikt er omfattende. Som sykmeldt har pasienten plikt til å jobbe gradert når det er mulig; det kalles «aktivitetsplikten».

Tilrettelegging handler ikke bare om å ta bort eller forenkle arbeidsoppgaver. Det er også viktig å beholde meningsfulle oppgaver som gir opplevelse av mestring. Målet er at pasienten fortsatt skal kunne oppleve seg som en ressurs, til tross for de psykiske plagene.

Arbeidsplasser er ulike, og det er ikke alltid mulig å få til en gunstig tilrettelegging.

Diskuter hva som kan være mulige løsninger som tar best mulig hensyn til pasientens behov, gitt de rammene som eksisterer på arbeidsplassen.

I Berge og Martinussens *Psykiske vansker på arbeidsplassen* finner du råd til ledere, verneombud og tillitsvalgte om tilrettelegging ved psykiske vansker, som kan være relevante også i samtaler du som lege har med sykmeldte pasienter (21).





Formidling av informasjon til arbeidsgiver og kolleger

Ved sykmelding på grunn av depresjon eller angst kan pasienten ha nytte av å lage en informasjonsstrategi. Her er det to ytterpunkter. Det ene er ikke å si noen ting, men da kan det oppstå spekulasjoner. Det andre er å være helt åpen overfor alle. Det kan være vanskelig, fordi det jo er snakk om personlige forhold. Informasjonsstrategien tar for seg hvem pasienten kan snakke med hva om, hvordan han eller hun skal snakke om det, og når vedkommende eventuelt skal gjøre det. Du som kjenner pasienten, kan bistå med å lage en slik strategi.

Pasienten har ikke plikt til å oppgi diagnose. Dere kan drøfte formuleringer som pasienten føler seg komfortabel med å bruke. Noen pasienter ønsker for eksempel ikke å bruke ord som depresjon og angst. Sammen lager dere ulike versjoner av fortellingen om sykefraværet og tilbakevendingen som oppleves sanne og formidler verdighet, og som er tilpasset hvem som trenger å vite hva.

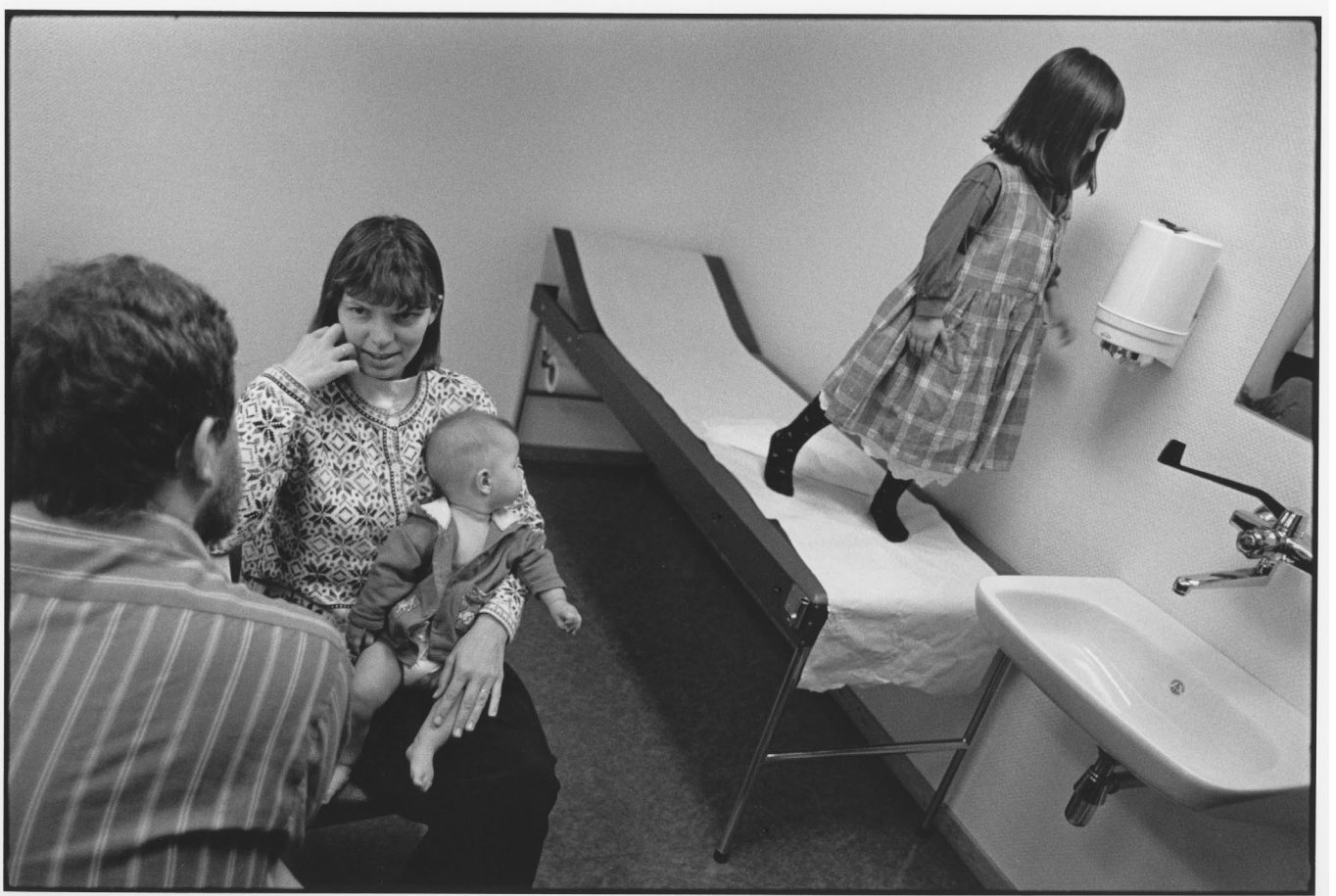
Det er også nyttig å planlegge hva man skal svare dersom man får spørsmål fra kolleger, kunder eller samarbeidspartnere, om bakgrunnen for sykefraværet. Øv inn noen «fraser» som kan brukes i farten, uten å måtte tenke seg om, gjerne formulert i et «Hvis ..., så ...»-format: «Hvis noen spør meg om ..., så skal jeg svare at ...»

I samtalen med lederen anbefales det å være så konkret som mulig om hva man har behov for, slik at det blir enklere for arbeidsplassen å legge til rette. Du kan spørre: «Hva trenger din leder å vite for å være den lederen du trenger nå?»

Dessuten er det viktig at pasienten får formidlet noe om sine ressurser, hva som fungerer bra til tross for de psykiske helseproblemene, og hva han eller hun kan og ønsker å fortsette med av arbeidsoppgaver.

Du kan løfte frem arbeidsgiverens situasjon, knyttet til behovet for forutsigbarhet, innsetting av vikar og liknende, og hvordan man sammen kan finne best mulig løsninger. Dere kan også diskutere om verneombud, HR-ansvarlig, bedriftslege eller tillitsvalgte kan være til hjelp. Er det eventuelt andre ledere eller kolleger som pasienten har tillit til, og som det kan være aktuelt å prate med?

Du kan tilby hjelp til pasienten med å gjennomføre samtalen: «Kan du ta opp med din leder om tilrettelegging? Hvis det er vanskelig, kan lederen din komme hit, eller vi kan ha en samtale over video eller telefon mens du sitter her?»



Gode spørsmål i sykmeldingssamtalen

Nyttig spørsmål

- Tror du at du har mulighet til å vende tilbake til jobben i løpet av noen uker?

Om jobbsituasjonen

- Fortell om arbeidsstedet ditt: bedriften og organiseringen
- Hva er din stilling, og hvilke arbeidsoppgaver har du?
- Hvordan er forholdet ditt til leder og kolleger?

Om arbeidsoppgaver her og nå – og planer på sikt knyttet til jobb

- Hvilke arbeidsoppgaver vil det være enklest for deg å starte opp med?
- Hva vil du helst unngå av oppgaver?
- Hvordan ville en god arbeidssituasjon være nå hvis du fikk bestemme selv?
- Hva har for deg vært interessante og givende sider ved jobben din?
- Hvis du ser fremover to–fem år, ser du fortsatt at du er på samme arbeidsplass?

Utløsende årsaker til sykmelding og fordeler og ulemper ved sykmelding

- Hva gjorde at du ønsket en sykmelding? Noe på jobb eller privat? Eller begge deler?
- På hvilken måte har det hjulpet deg å være sykmeldt?
- Hva har du eventuelt tapt på å være sykmeldt?
- Har du fått noen råd av andre rundt sykmeldingen din? Hva tenker du selv?

Om pasientens tro på å kunne komme tilbake og mestre jobben.

Hva tror du om å kunne klare å:

- konsentrere deg om arbeidsoppgavene?
- motivere deg til utførelsen av jobben?
- håndtere problemer som oppstår på jobben?

Om hindringer for å komme tilbake i jobb

- Hva er det som gjør det vanskelig for deg å komme tilbake på jobb?
- Hva kunne skje hvis du begynte å jobbe nå eller ganske snart? Hvilke problemer kunne oppstå?
- Hva skal til for å komme tilbake på jobb?
- Er du villig til å forsøke et eksperiment: jobbe deltid for å se hvordan det fungerer, for eksempel 20 % fordelt på to dager, eventuelt en hel dag?

Om åpenhet overfor arbeidsplassen når det gjelder diagnose

- Hva vil du at arbeidsplassen skal vite om helseproblemene dine?
- Hva ønsker du eventuelt å si til hvem?
- Hvilken informasjon kan bidra til en god tilrettelegging av jobben din?
- Hvilke formuleringer føler du deg komfortabel med å bruke?
- Hva trenger din leder å vite for å være den lederen du trenger nå?

Oversikt over arbeidssituasjonen. Skriv ut og gi til pasienten for utfylling

Vær vennlig å svar på følgende spørsmål. Dersom du for tiden ikke er i arbeid, kan du svare ut fra hvordan situasjonen var før du ble sykmeldt.

A. Type jobb og arbeidsbetingelser

| |
|---|
| Hva slags jobb har du? |
| Hva er de viktigste arbeidsoppgavene dine? |
| Hvilke krav stilles til deg i jobben? Er det tydelig hvilke forventninger som stilles? |
| Føler du at arbeidsbyrden er stor, enten ved at du må jobbe mye eller ved at jobben er følelsesmessig krevende? |
| Hvilke muligheter har du til å påvirke arbeidssituasjonen, for eksempel ved å planlegge timeplanen eller hvordan arbeidet legges opp? |
| Hvordan er de fysiske arbeidsforholdene, for eksempel om det er åpent kontorlandskap, grad av dagslys og støy? |
| Er du bekymret for å miste jobben, for eksempel ved oppsigelse? |
| Har du vansker med å balansere hensynet til både jobb og familie? |

B. Arbeidsrelasjoner

Har du opplevd konflikter, urettferdig behandling, trakassering eller mobbing på arbeidsplassen?

C. Håndtering av arbeidsoppgaver

Hvilke aspekter ved jobben er du særlig flink til?

Hvilke aspekter ved jobben synes du er vanskelige?

D. Jobb og helse

Er det sider ved arbeidssituasjonen din som du tror kan ha bidratt til problemene?
Du kan skrive stikkord her:

Kapittel 4. Forslag til smågruppemøter for allmennleger

De fleste allmennleger har etablert lokale smågrupper som tar opp problemstillinger i deltakernes kliniske praksis. Med utgangspunkt i dette Inspirasjonsheftet har vi forslag til hvordan det kan brukes i slike smågrupper, med pasienter med psykiske lidelser, arbeidstilknyttede problemer og sykmeldinger som temaer.

Her er forslag til møter som kan brukes enkeltvis eller som en rekke møter på 45 minutter.

Første møte

Forarbeid: Les Inspirasjonsheftet i sin helhet.

Temaer: Hva lærte dere? Er det områder her dere vil utforske i egen praksis? Har dere noen aktuelle pasienter for ulike tiltak?

Andremøte

Ta med deg et case med en pasient med en psykisk lidelse eller sammensatt lidelse som har vært sykmeldt lenge. Er det et eller flere tiltak i Inspirasjonsheftet du har lyst til å prøve ut? Drøft med kollegene.

Tredje møte

Oppfølgingsmøte etter noen måneder. Erfaringer fra utprøving av tiltak. Hva var nyttig for deg? Hva var nyttig for pasienten? Hva har du lært? Hva ønsker du å implementere i din videre praksis?

Fjerde møte

Generelt om bruk av sykmelding og av gradert sykmelding. Logg deg inn på nav.no på [Statistikkverktøy for sykmeldere - nav.no](https://www.nav.no/Statistikkverktoy-for-sykmeldere)

Sammenlikn mellom kolleger og drøft forskjeller og likheter.



Kapittel 5.

Nyttige nettsteder og tilbud ved psykiske lidelser

Pasienter kan ha stor nytte av å oppsøke selvhjelpssteder på nettet. Her har vi samlet en del av dem, men vi vet at det skjer endringer hele tiden, og at en slik liste aldri kan bli komplett eller helt à jour.

Lokale kommunale ressurser der du jobber, vil du som fastlege kjenne til. Eksempler på slike ressurser er Rask psykisk helsehjelp og tilbud ved ditt lokale NAV-kontor.

Voksne - generelle ressurser ved psykiske plager

| | | |
|--|--|-------------|
| Mental Helses hjelpetelefon, nettpat, e-post | Sidetmedord.no | 116 123 |
| Kirkens SOS, telefon, nettpat og meldinger | Soschat.no Kirkens-sos.no | 22 40 00 40 |
| LINK Oslo, senter for selvhjelp og mestring | Linkoslo.no | 22 96 15 41 |
| Helsenorge | Helsenorge.no/psykisk | |
| Psykiatrisk legevakt | | 116 117 |
| Fontenehus Norge, møteplass, aktiviteter og hjelp til arbeid. Samarbeid med kommunen og NAV | Fontenehus.no | |

Barn og ungdom

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Ungdom, rus og psykisk lidelse | Psykiske plager og lidelser hos barn og unge - FHI | |
| Mental helse ungdom | Mentalhelseungdom.no | 21 45 61 00 |
| Barsnakk, barn av rusmisbrukere | Barnavirus.no | |
| Alarmtelefonen for barn og unge | 116111.no | 116 111 SMS: 41 71 61 11 |
| I fengsel, for barn med foreldre i fengsel | Kirkensbymisjon.no/i-fengsel | |
| Kompasset, Blå Kors, terapi og rådgivning til unge med foreldre som ruser seg | Blakors.no/kompasset | 22 03 27 40 |
| Kors på halsen, Røde Kors for barn og unge | Korspahalsen.no | 800 333 21 |
| Ung.no | www.ung.no | |
| Snakk om mobbing, Blå Kors | Snakkommobbing.no | |

Rus og avhengighet

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| AA-Anonyme alkoholikere | Anonymealkoholikere.no | 911 77 770 |
| Hjelpelinjen for spilleavhengige | Hjelpelinjen.no | 800 80 040 |
| Ivareta, for alle som er berørt av andres rusbruk | Ivarata.no | Pårørendetelefon: 800 40 567 |
| Rustelefonen, drevet av Helsedirektoratet og Rusmiddelstaten i Oslo | Rustelefonen.no | 915 05 588 085 88 |
| NA-Anonyme narkomane | Nanorge.org | 905 29 359 |
| Hjelpekilden, støtte i religiøse bruddprosesser | Hjelpekilden.no | 917 72 706 |

Vold og overgrep

| | | |
|---|--|-------------|
| Nok norge, senter mot incest og seksuelle overgrep | Noknorge.no | 800 57 000 |
| Vold- og overgrepslinjen | Volinjen.no | 116 006 |
| Vi tror deg/sammen mot voldtekt | www.vitrordeg.no | |
| SSMM, Senter for seksuelt misbrukte menn | ssmm.no | 22 42 42 02 |
| Mannstelefonen | Reform.no | 22 34 09 50 |
| Stine Sofies Stiftelse, forhindre, avdekke og spre informasjon om vold og overgrep av barn | Stinesofiesstiftelse.no | |

Jus

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| Gatejuristen, gratis rettshjelp til personer med rusproblemer | Gatejuristen.no | 23 10 38 90 |
| Jussbuss, gratis rettshjelp i enkeltsaker | Foreninger.uio.no/jussbuss | 22 84 29 00 |
| Informasjonstelefon om negativ sosial kontroll, æresvold og tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, drives av Røde Kors | Rodekorstelefonen.no | 815 55 201 |
| Politiet | Politiet.no | 02800 Ved akutte hendelser: 112 |

Pårørendetilbud

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Voksne for barn, rådgivning om barn | yfb.no | 48 89 62 15 |
| Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) | LPP.no | |
| LEVE, forening for etterlatte etter selvmord | Leve.no | 22 36 17 00 |
| Ivareta, for alle som er berørt av andres rusbruk | Ivarata.no | Pårørendetelefon: 800 40 567 |

Spesifikke psykiske lidelser / pasientorganisasjoner

| | | |
|---|--|-------------|
| ADHD Norge | Adhdnorge.no | 67 12 85 85 |
| Bipolarforeningen | Bipolarforeningen.no | 21 99 65 01 |
| Angstringen | Angstringen.no | 22 22 35 30 |
| Landsforeningen for PTSD | ptsdnor.no | |
| Nasjonalforeningens demenslinje | Nasjonalforeningen.no | 23 12 00 40 |
| ROS, rådgivning om spiseforstyrrelser | Nettros.no | 94 81 78 18 |
| Veteranforbundet SIOPS, juridisk hjelp, hjelp med helsevesen, NAV, pensjon | SIOPS.no | 22 69 56 50 |
| Spiseforstyrrelsesforeningen | Spisfo.no | 22 94 00 10 |

Andre aktuelle adresser

| | | |
|-----------------------------------|--|-------------|
| Pasient- og brukerombudene | helsenorge.no/rettigheter/pasient-og-brukarombudet/ | |
| Norsk pasientforening | Pasient.no | 22 00 74 00 |
| Barnevern | Barnevernvakten.no | |

Arbeid og arbeidstilknytning

| | | |
|-----------------------------|--|-------------|
| Arbeidslivstelefonen | Arbeidslivstelefonen.no | 22 56 67 00 |
|-----------------------------|--|-------------|

Kjønnsidentitet, sex

| | | |
|---|--|-------------|
| Helsestasjon for kjønn og identitet, nettpat om kjønn og kjønnsidentitet | iChatten.no | |
| Sex og samfunn, nettpat, telefon, informasjonsside | sexogsamfunn.no | 22 29 39 00 |
| Ungdomstelefonen, skeiv ungdoms hjelpe- og støttetelefon | ungdomstelefonen.no | 400 00 777 |



LOKALE MØTEPLASSER I OSLO

MIRA senteret, ressursenter for kvinner med minoritetsbakgrunn. Jobber for å bedre minoritetskvinnens levekår. Juridisk bistand, krisehjelp, veiledning, kurs og seminarer.

tlf.: 22 11 69 20

e-post: post@mirasenteret.no, krisehjelp@mirasenteret.no

Møteplass i Oslo

Åpent hverdager kl. 9.00–15.00.

Primærmedisinsk senter (PMV), PMV er et møtested der mennesker med minoritetsbakgrunn sammen kan delta og skape seg meningsfylte liv i det norske samfunnet. Aktiviteter og dialog i grupper. Veiledning om hjelpeapparatet og helsesjekk. Egen gruppe for menn. Drives av Kirkens Bymisjon.

tlf.: 23 06 03 80

e-post: pmv@bymisjonen.no

Motzfeldts gate 1, 0187 Oslo

Nok. Oslo Senter mot incest og seksuelle overgrep

tlf.: 23 31 46 50,

e-post: post@nokoslo.no

Akersgata 1, Oslo

Åpningstid telefon, kl. 10.00–15.30 alle hverdager unntatt onsdag

Fontenehusene, i Oslo er det tre Fontenehus: Oslo Sentrum: Holbergs gate, ved OsloMet; Oslo Øst: Tøyensenteret; og Oslo Sør: Mortensrud.

Det trengs ingen henvisning, og medlemmene kan delta på aktivitetene på huset,

få rehabilitering, overgangsarbeid eller studiestøtte. Samarbeid med kommunen og med NAV.

Fontenehus.no

Overgrepsmottaket Oslo Legevakt, døgnåpent, gratis helsetilbud til personer av alle kjønn over 14 år som har vært utsatt for voldtekt, voldtektsforsøk eller andre seksuelle overgrep.

tlf.: 23 48 70 90

Storgata 40, Oslo

Helseforum for kvinner, senter for selvhjelp. Motivasjon og mestring. Frivillig organisasjon, støttet av Oslo kommune.

tlf.: 22 11 50 70

e-post: post@helseforumforkvinner.no

Vulkan 15, 0178 Oslo

mandag–torsdag kl. 10–17.

Helseforumforkvinner.no

Villa Sult, ved spiseforstyrrelse hos barn og ungdom, får man nå (per 2022) gratis eksperthjelp til pårørende. Familietilbudet består av fem møter med behandler, finansiert via Norske Kvinners Sanitetsforening og Stiftelsen Dam.

Familiehjelpen@villasult.no

Referanser

1. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*. 2014;71(10):730–6.
2. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. Paris: OECD Publishing; 2012.
3. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? 2006.
4. Knudsen AK, Øverland S, Hotopf M, Mykletun A. Lost working years due to mental disorders: an analysis of the Norwegian disability pension registry. 2012.
5. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109:38–46.
6. Layard R. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. Centre for Economic Performance, LSE; 2006.
7. Mykletun A, Knudsen AK. Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd. 2009.
8. Henkel V, Mergl R, Kohlen R, Maier W, Möller H, Hegerl U. The WHO-5 wellbeing index performed the best in screening for depression in primary care. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2003;8(5):155.
9. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(1):1–9.
10. Dowrick C, Leydon GM, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P, et al. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *BMJ*. 2009;338.
11. Thombs BD, Markham S, Rice DB, Ziegelstein RC. Does depression screening in primary care improve mental health outcomes? *BMJ*. 2021;374.
12. Frankel R, Stein T, Krupat E. The four habits approach to effective clinical communication. Oakland, CA: Kaiser Permanente; 2003.
13. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal of Medical Ethics*. 2011;37(11):650–4.
14. Berge T, Heier EB, Wright D, Hannisdal M, Gjengedal GH. Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder. *Diakonhjemmet sykehus*; 2019.
15. Mæland NF. Hvordan sier vi nei? *Utposten*. 2019(4).
16. Gjengedal RG, Reme SE, Osnes K, Lagerveld S, Blonk R, Sandin K, et al. Work-focused therapy for common mental disorders: a naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work*. 2020;(preprint):1–11.
17. Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012;17(2):220.
18. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(10).
19. Reme SE, Grasdahl AL, Løvvik C, Lie SA, Øverland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*. 2015;72(10):745–52.
20. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings P, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;28(1):1–15.
21. Berge T, Martinussen A-G. Psykiske vansker på arbeidsplassen. En veileder for arbeidsgivere, ledere, tillitsvalgte og verneombud. *Idébanken*; 2016.



Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Diakonhjemmet sykehus

