

Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste?

Stadig flere personer sykmeldes for symptomer på psykisk lidelse eller fungeringsvansker knyttet til stress, emosjonell slitenhet og utbrenthet. En slik praksis kan være uheldig. Sykmelding kan være en vedlikeholdende og forverrende faktor ved lettere psykiske lidelser og tilfører medisinsk faglig legitimitet til pasientens unnvikelsesatferd. Dette kan bidra til holdninger hos pasienten om unnvikelse som problemløsning og vanskeliggjøre rehabiliteringsprosesser.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Andreas Jøner

andreas.joner@nav.no
NAV arbeidsrådgivning Østfold
St. Marie gate 88
1706 Sarpsborg

Statistikk fra NAV viser at stadig flere personer sykmeldes pga. symptomer på psykiske lidelser eller fungeringsvansker knyttet til psykososiale fenomener som stress, emosjonell slitenhet og utbrenthet (1). Dette er sannsynligvis også bare toppen av isfjellet, da undersøkelser antyder at psykiske plager underrapporteres i primærhelsetjenesten (2), den delen av helsevesenet som står for ca. 70 % av det legemeldte sykefraværet.

Sykmelding som velferdsordning ble opprinnelig innført som en ytelse som skulle sikre den syke økonomisk i den perioden vedkommende var uskikket til sitt arbeid. Imidlertid har sykmeldingen også i mange tilfeller hatt en rolle som en medisinsk faglig intervensjon, fordi fravær fra arbeid har vært antatt å være helsefremmende i seg selv. Eksempelvis vil de fleste leger og legmenn mene at fravær av arbeidsoppgaver kan forkorte sykdomsperioden og forhindre forverring ved en kraftig luftveisinfeksjon.

Som psykolog i NAV møter jeg ofte en generalisert utgave av denne antakelsen, nemlig at fravær og hvile er helsefremmende i forhold til alle sykdommer og lidelser. Dette er en oppfatning som står sterkt hos en del tjenestemottakere i NAV, men også blant fagfolk i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Trolig er dette en legitim oppfatning for andre tilstander enn kraftige luftveisinfeksjoner, men stadig mer tyder på at antakelsen er direkte feil når det gjelder majoriteten av lettere psykiske lidelser. Kognitive modeller impliserer sågar at sykefravær kan være en vesentlig vedlikeholdende og forverrende faktor ved enkelte angst- og depresjonslidelser.

Sosial fobi

Sosial fobi er en av de ti hyppigst rapporterte diagnostiske årsakene til legemeldt sykefravær fra gruppen psykiske lidelser (3). Prevalensstudier indikerer at godt over 10 % av befolkningen minst én gang i løpet av livet vil ha sosialfobiske symptomer i så sterk grad at det berettiger en diagnose (4).

I diagnostisk forstand er sosial fobi angstsymptomer som utspiller seg i relasjon til prestasjons situasjoner eller andre situasjoner hvor man utsetter seg for sosial vurdering (5). Ifølge en kognitiv forståelsesmodell (6) innebærer sosial fobi et dysfunksjonelt samvirke av tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd. Mer spesifikt vil en person med sosial fobi ha kognisjon preget av katastrofetanker stilt overfor enkelte sosiale situasjoner. Dette kan være forestillinger om svært pinlige hendelsesforløp med stigmatisering som konsekvens. Disse forestillingene er assosiert med sterk angst og skam, som igjen virker som en sterkt motiverende faktor for å unngå sosiale situasjoner hvor man ser for seg at katastrofen vil kunne utspille seg. Læringspsykologisk vil konsekvensen av unngåelse i første omgang være positiv ved at katastrofen ikke inntreffer, noe som igjen vil forsterke et mønster av unngåelse (7). Hvis disse situasjonene systematisk unngås, vil de dysfunksjonelle katastrofetankene forbli ukorrigert på grunn av manglende reelle opplevelser (8).

Ifølge britiske kunnskapsoppsummeringer inneholder alle kunnskapsbaserte behandlingsformer for sosial fobi terapeutiske intervensjonsregimer med eksponering for situasjonen som virker angstprovoserende, i tillegg til antidepressiv medikamentell behandling (9). Arbeidsplassen kan i mange tilfeller være et godt egnet sted for naturlig og kontinuerlig eksponering, forutsatt at pasienten samtidig får faglig god oppfølging i forhold til sin angst.

Sykmelding vil i tilfeller med sosial fobi frita pasienten for en rekke situasjoner som oppleves angstprovoserende, og dermed mange muligheter til å få korrigert sine dysfunksjonelle tanker eller til mestrings-trening i en naturlig kontekst. På de fleste arbeidsplasser er det klare forventninger til at arbeidstaker gjennomfører arbeidsoppgaver som innebærer ulik grad av sosial eksponering. Ved fravær vil eventuell eksponering bli helt opp til pasienten selv.

Denne dynamikken er ikke unik for sosial fobi. Man kan se for seg at en pasient med agorafobi med panikk trenger den naturlige eksponeringen som ligger i å ta seg til og fra jobb, eller at pasienten med tvangslidelse trenger opplevelser fra jobben som utfordrer behovet for kontroll.

Depresjon

Tilknytning til arbeidsplassen kan trolig være like viktig ved mange depresjonstilstander. Selv om dysfunksjonelle forestillinger ved depresjonslidelser kan være mer uspesifikke enn ved sosial fobi, kan arbeidslivet gi mange muligheter for korrigerende opplevelser. Depresjonstilstander medfører ofte at pasienten har dysfunksjonelle forestillinger om seg selv som person eller om relasjoner til andre personer. Dette kan være generaliserte antakelser som aktualiserer seg på mange arenaer, også i samspill med kolleger på arbeidsplassen. På samme måte som ved sosial fobi vil fraværet av situasjoner bidra til å svekke antallet arenaer hvor disse forestillingene kan nyanseres, noe som potensielt kan vedlikeholde de dysfunksjonelle antakelsene.

Arbeidsdeltakelse kan også medføre mer generell aktivitet enn ved sykmelding, noe som antas å være viktig for bedring (10). Ved større grad av aktivitet blir det vanskeligere å vie like store kognitive ressurser til grubling over problemer. Oppmerksomhet som kognitivt fenomen er en begrenset ressurs (11), og i samhandling med andre vil denne i større grad være viet omgivelsene. Denne fokusendringen vil kunne erstatte negative forestillinger med nøytrale eller positive tanker. Det samlede resultatet vil være en nedgang i tid brukt til negativ tenkning, med påfølgende mindre negative følelser.

Helsetjeneste eller bjørnetjeneste?

Mye tyder altså på at nærvær og kontakt med arbeidsplassen kan være mer hensiktsmessig enn legemeldt sykefravær for personer med lettere psykiske lidelser. Likevel



Illustrasjon Kari Stai, Patron

blir mange slike pasienter langtidssykmeldt. En av flere grunner til dette kan være at pasienten selv i mange tilfeller ønsker sykmelding. Den kortsiktige effekten av unngåelse blir dominerende i forhold til eventuelle negative langtidseffekter.

Det er lett å få medfølelse for en pasient som ikke lenger ønsker å gå på jobb pga. sterke angst- eller depresjonsplager. For leger vil en slik medfølelse lett føre til at sykmelding velges i håp om at behovet er kortvarig, og at fravær skal virke positivt inn på plagene. Til tross for gode intensjoner er en slik praksisen uheldig. I tillegg til at arbeidsfravær kan vedlikeholde plagene, kan pasienten bruke legens sykmelding som en medisinsk begrunnet årsak til unnvikelsesatferd. Dette bidrar til å styrke holdninger hos pasienten om fravær som løsning på angstsymptomer, noe som kan vanskeliggjøre og forsinke rehabiliteringsprosessen tilbake til arbeid.

Symptommestrende veiledning

Personer med lettere psykiske lidelser vil i mange tilfeller profitere på ikke å bli sykmeldt, men uten riktig oppfølging kan dette være vanskelig å få til. Mange vil ha behov for oppfølging og/eller behandling hvis de skal kunne bli stående i arbeid. Denne

gruppen blir ofte ikke prioritert i spesialisthelsetjenesten pga. liten kapasitet, og primærhelsetjenesten har begrenset behandlingstilbud for dem.

Pilotprosjektet Jobbmestrende oppfølging – Vilje Viser Vei, som i disse dager foregår i regi av NAV, er et lovende bidrag på dette området (12). Her blir korttidsreapeutisk oppfølging hos psykolog gitt til personer med lettere psykiske lidelser og fungeringsvansker knyttet til sitt arbeid – i tillegg til vanlig NAV-oppfølging. Forsøksprosjektet er svært lovende og planlegges utvidet fra ett til flere fylker fra 2008.

NAV-reformen, som innebærer en sammenslåing av arbeidsetat (aetat), trygdeetat og sosialetat, gir gode muligheter til en mer hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom helse- og velferdstiltak. Kanskje bør NAV i fremtiden ha et større ansvar for spesifikk oppfølging av personer med spesifikke fungeringsvansker knyttet til arbeidslivet, bl.a. personer med lettere psykiske lidelser, i et nært samarbeid med helse-tjenesten.

Litteratur

1. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Oslo: Arbeids- og velferdsdepartementet/Omsorgs- og helsedepartementet, 2007.

2. Mykletun A, Overland S, Dahl AA et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1412–8.
3. Alonso, J, Angermeyer, MC, Bernert S 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 Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420: 38–46.
4. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091–8.
5. World Health Organization. ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
6. Clark DM, Wells AA. Cognitive model of social phobia. I: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA et al, red. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1995.
7. Skinner BF. *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.
8. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester, West Sussex: John Wiley, 1997.
9. National Institute of Clinical Excellence. *Clinical guidelines for the management of anxiety*. <http://guidance.nice.org.uk/CG22/guidance/pdf/English> (2.11.2007).
10. Martinsen EW. Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3054–6.
11. Kahneman D. *Attention and effort*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1973.
12. Jøner A. Nye koster i ny etat. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1957–8.

Manuskriptet ble mottatt 21.12. 2007 og godkjent 1.2. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.