

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Pasientens psykiske helse bør være en del av oppfølgingen ved kronisk sykdom

Psykiske plager hos kronisk syke blir ikke alltid oppdaget eller behandlet. Sykepleiere kan fange opp plagene, gi råd og hjelpe pasienten med å finne riktig tilbud.

Elin Fjerstad

Psykologspesialist

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet sykehus

Rikke Helene Moe

Seniorforsker

REMEDY og enhet for helsetjenester og innovasjon, Diakonhjemmet sykehus

Depresjon

Kronisk sykdom

Revmatisme

Sykepleien 2026;113(109942):e-109942

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.109942](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.109942)

Hovedbudskap

Mange pasienter lever med flere sykdommer som påvirker hverandre. Psykisk helse bør derfor være en naturlig del av oppfølgingen ved langvarig somatisk sykdom. Sykepleiere har en viktig rolle i å oppdage plager, følge opp pasientene og bidra til helhetlige pasientforløp.

Negativt stress kan gi hodepine, og angst kan gi urolig mage. Lite søvn kan gjøre oss irritable og ukonsentrert, mens fysisk aktivitet kan gi oss energi og godt humør. Forklaringen er ganske enkel: Det som skjer i hjernen, påvirker kroppen, og det som skjer i kroppen, påvirker tanker, følelser og atferd.

Paradoksalt nok anerkjenner vi denne sammenhengen mellom det fysiske og det psykiske helt til mennesker blir syke. Når sykdom rammer, behandles pasientene ofte som om sammenhengen ikke lenger er der.

Helsevesenet vårt er i stor grad bygget for å behandle én sykdom om gangen. Det er gjerne egne bygg og enheter for ulike diagnoser, og sykdommer sorteres fortsatt som enten fysiske eller psykiske. Men sykdommene påvirker hverandre, og pasienten lever med dem samtidig.

For pasienter som får angst og depresjon i kjølvannet av kronisk sykdom, kan det få alvorlige konsekvenser.

Tilleggssykdommer øker sykdomsbelastningen

Det antas at over halvparten av oss har komplekse helseproblemer, og tallet er ventet å stige betydelig de neste tiårene (1). Mellom 30 og 85 prosent av pasienter med revmatoid artritt, altså leddgikt, har minst to tilleggssykdommer (1).

Jo flere sykdommer pasienten har, desto dårligere blir funksjonsevnen, uavhengig av sykdomsaktivitet. De vanligste komorbiditetene er hjerte- og karsykdom, angst og depresjon. Dette er tilstander som ikke bare forekommer samtidig, men som også påvirker hverandre gjensidig (2).

«Psykisk sykdom og plager kan gjøre det vanskeligere å mestre sykdommen og følge behandlingen.»

Hos personer med inflammatorisk revmatisk sykdom er angst og depresjon forbundet med mer smerte, større sykdomsbelastning og funksjonsproblemer, dårligere livskvalitet, lavere remisjonsrater og økt risiko for å dø (3).

Psykisk sykdom og plager kan gjøre det vanskeligere å mestre sykdommen og følge behandlingen. De kan også forsterke smerter, fatigue, søvnvansker og bekymringer og stjele selvtiliten og håpet man trenger når helsen svikter.

Psykisk helse påvirker hjertehelsen

Depresjon og hjertehelse kan også påvirke hverandre negativt (4, 5). Vedvarende kroppslig aktivering, inflammasjon, fysisk inaktivitet og atferdsmessige mekanismer kan gjøre at depresjon og angst fremskynder aterosklerose og øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag og angina.

Hjerte- og karsykdom kan i seg selv utløse angst og depresjon og dermed skape en selvforsterkende sårbarhetssyklus (6, 7). American Heart Association understreker at psykisk helse ikke bare har en verdi i seg selv, men også er nært knyttet til risikoen for hjerte- og karsykdom, etterlevelse av behandling og dødelighet (5).

Spørsmålet er altså ikke om psykisk helse påvirker sykdomsforløpet, men hvem som har ansvar for å fange opp psykiske plager og følge dem opp.

Tidspress gjør psykiske plager vanskeligere å oppdage

Heidi kommer til en vanlig rutinekontroll for leddgikten sin ved en revmatologisk poliklinikk. Konklusjonen er som sist: Heidi er heldigvis i remisjon. Det er ingen sykdomsaktivitet, og målet

for den medikamentelle behandlingen er nådd.

Heidi vet at revmatologer har det travelt. Derfor sier hun ikke noe om hvor tunge dagene er, at hun føler at hun ikke strekker til verken hjemme med familien eller på jobb, og at hun føler seg mer og mer deprimert.

Hun vil jo ikke klage. Hun har tross alt god effekt av medisinen, og det føles litt flaut at hun ikke mestrer livet slik andre gjør. Dessuten har hun ikke møtt denne revmatologen før. Det er jo en ny for hver gang.

«Mangel på tid og rutiner, og kanskje også kompetanse i å spørre om psykisk helse, gjør at symptomene på depresjon ikke blir fanget opp.»

Det er satt av om lag 20–30 minutter til en vanlig rutinekontroll. På den tiden skal revmatologen få et bilde av pasientens symptomer og funksjon, vurdere effekt og eventuelle bivirkninger av medikamenter, sjekke blodprøver og eventuelt andre undersøkelser, ta ultralyd og undersøke leddene. Til slutt skal legen gjøre en vurdering og lage en plan for videre behandling.

Mangel på tid og rutiner, og kanskje også kompetanse i å spørre om psykisk helse, gjør at symptomene på depresjon ikke blir fanget opp. Sykdomskontroll må prioriteres, men er det forsvarlig helsehjelp?

Hvem skal fange opp komorbide tilstander?

Fastlegen har et bredt ansvar for å følge opp pasienter med kronisk sykdom. Det innebærer å være oppmerksom på psykiske plager som kan oppstå i kjølvannet av sykdommen, vurdere plagene medisinsk og ikke avfeie dem som en naturlig del av det å være kronisk syk.

Å være lei seg for tap av helse og funksjon er en normal reaksjon. Depresjon er noe annet. Det er en sykdom som kan og bør behandles. Det er også en viktig helseopplysning fastlegen bør melde videre til spesialisthelsetjenesten.

Etter vår oppfatning bør spesialisthelsetjenesten ha det samme ansvaret: å fange opp psykiske plager, vurdere behovet for behandling og informere fastlegen om viktige komorbiditeter.

Pasienter med kroniske sykdommer og samtidig angst og depresjon kan altså falle både mellom nivåene og mellom våre to helsevesener. Så hva bør vi gjøre annerledes?

Helsepersonell bør kartlegge depresjon

Både ved hjertesykdom og revmatisk sykdom anbefales det å kartlegge depresjon. Ved moderate eller alvorlige symptomer anbefales det også å innlemme psykologisk støtte i forebygging, behandling og rehabilitering (5, 8, 9).

European Society of Cardiology publiserte nylig en konsensusuttalelse som anbefaler at vurdering og oppfølging av psykisk helse blir en fast del av behandlingsforløpet ved hjerte- og karsykdom (4).

Etter en akutt hjertehendelse foreslås det først å stille to spørsmål om nedstemthet og redusert interesse eller glede i daglige aktiviteter den siste måneden.

«Både ved hjertesykdom og revmatisk sykdom anbefales det å kartlegge depresjon.»

Dersom svarene tyder på psykiske plager, kan pasienten kartlegges nærmere med spørreskjemaer som PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (10) og GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Assessment) (11). Ved behov må det også finnes klare rutiner for henvisning og hvem som har ansvar for videre oppfølging.

Dette kan være en god rutine også ved en vanlig kontroll på en revmatologisk poliklinikk. To-spørsmålsscreeningen PHQ-2 spør hvor ofte pasienten de to siste ukene har vært plaget av lite interesse eller glede over å gjøre ting, og av å føle seg nedfor, deprimert eller håpløs.

Spørsmålene kan enten tas inn i samtalen med pasienten, eller pasienten kan fylle ut skjemaet før konsultasjonen. En positiv skår må følges opp i den kliniske samtalen og eventuelt med en grundigere kartlegging med PHQ-9.

Psykiske plager kan være vanskelige å kjenne igjen

Helsepersonell må ha nok kunnskap til å kjenne igjen symptomer på angst og depresjon. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon hevder i rapporten «Koble kropp og sinn» (12) at nettopp kunnskap om psykisk helse mangler i det somatiske helsevesenet.

Ved somatisk sykdom er det dessuten viktig å være oppmerksom på angst og depresjon, selv om plagene ikke oppfyller kriteriene for en diagnose. Psykiske plager kan få alvorlige følger for helsen fordi de kan forsterke symptomer ved revmatisk sykdom. De kan også svekke den mentale styrken pasienten trenger for å håndtere sykdommen og følge opp behandlingen (13).

Ved positiv skår på PHQ-2 kan revmatologen for eksempel si: «Vi følger ikke bare leddene og blodprøvene dine. Vi vet at det å leve med en kronisk revmatisk sykdom også kan påvirke søvn, energi og psykisk helse. Det er krevende å leve med sykdom og plager som ikke gir seg. Svarene dine tyder på at du har en del symptomer som kan passe med depresjon. Det er ikke sikkert du har det, men det er noe vi må undersøke nærmere. Hvordan har du det egentlig for tiden?»

Revmatologen bør ta opp psykisk helse

Det er et poeng at det er revmatologen som tar opp temaet psykisk helse. Det viser at psykisk helse er en del av den medisinske vurderingen og ikke noe som ligger «ved siden av» den revmatologiske behandlingen.

Sykepleieren kan i sin samtale kartlegge hvor alvorlige plagene er, og hvordan depresjonen påvirker funksjon, søvn, matlyst og konsentrasjon. Ved alvorlig depresjon må sykepleieren også spørre om selvmordstanker: «Noen ganger kan det være så mørkt at det føles som om livet ikke er verdt å leve. Hvordan er det for deg? Har du hatt slike tanker?»

«Sykepleieren kan i sin samtale kartlegge hvor alvorlige plagene er, og hvordan depresjonen påvirker funksjon, søvn, matlyst og konsentrasjon.»

Hvis pasienten forteller om planer om å ta livet sitt, må revmatologen vurdere alvorlighetsgraden og behovet for akutt hjelp.

En samtale med sykepleieren gir også mulighet til å få et bilde av barnas situasjon. Både fastlege og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har plikt til å bidra til at barns behov for informasjon og oppfølging blir ivaretatt. Ansvaret ligger hos helsepersonellet som behandler den voksne pasienten.

Sykepleiere kan gi råd om psykisk helse

Ved påvist hjerte- og karsykdom, som er den tredje vanligste tilleggssykdommen ved revmatoid artritt, er livsstilstiltak og medisiner en viktig del av behandlingen. Det innebærer å gi pasienten informasjon om hva han eller hun selv kan gjøre for å redusere risikoen. Det samme gjelder ved depresjon og angst, og slik informasjon trenger ikke bare å komme fra en psykolog.

Pasienten trenger informasjon om depresjon og angst og om hvordan slike plager påvirker helsen. Pasienten trenger også råd om hva som kan hjelpe, som å være fysisk aktiv, opprettholde døgnrytme, unngå å isolere seg og ikke gå i diskusjon med «djevelen på skulderen».

For mange kan en slik rådgivende samtale med en sykepleier være til stor hjelp og faktisk forebygge at plagene utvikler seg til lidelser. Sykepleier kan også bidra i lærings- og mestringstilbud med kunnskap om hvordan angst og depresjon kan forebygges.

Ved angst og depresjon som krever behandling, anbefales både ikke-medikamentell behandling, som psykologiske tiltak og fysisk aktivitet, og behandling med medisiner (13, 14).

Psykiske plager blir ikke alltid fulgt opp

Internasjonal forskning dokumenterer at psykiske plager hos personer med revmatisk sykdom ofte ikke blir oppdaget eller behandlet i tråd med anbefalinger (8, 15). Den norske GP-DEP studien viser også stor variasjon i hvordan depresjon behandles i allmennpraksis (16).

I de fleste europeiske land er tilgangen til offentlig finansiert ikke-medikamentell behandling svært begrenset. Det gjelder særlig psykologisk støtte og oppfølging (17). En stor, ny kanadisk populasjonsstudie antyder at bare 20 prosent av dem som trenger det, får anbefalt ikke-medikamentell behandling for psykiske tilleggssykdommer. Omtrent halvparten får anbefalt behandling med medisiner (18).

«I epikrisen til fastlegen bør det stå konkret hva som skal følges opp.»

I epikrisen til fastlegen bør det stå konkret hva som skal følges opp. Det gjelder ikke bare blodtrykk og lipidstatus, men også depressive symptomer og eventuelle behov hos barn som pårørende. For Heidi kunne det for eksempel stå:

«Pasienten oppgir depressive symptomer med redusert interesse og glede og nedstemthet de siste månedene. PHQ-9 er positiv med skår på 10. Symptomene ser ut til å påvirke funksjonen hennes og forsterke smerter og utmattelse. Hun oppgir ingen suicidale tanker eller planer. Vi anbefaler at fastlegen vurderer nærmere hvilket behov pasienten har for behandling.»

Sykepleiere kan hjelpe pasienten med å finne riktig tilbud

Fastlegen vurderer hva slags oppfølging pasienten trenger. Det kan være samtaler hos fastlege, henvisning til psykolog i kommunen eller Rask psykisk helsehjelp, et gratis tilbud til personer over 16 år basert på kognitiv atferdsterapi. Ved behov kan pasienten henvises videre til DPS eller avtalespesialist.

Ved noen sykehus og rehabiliteringssteder finnes tilbud innen klinisk helsepsykologi, rettet mot sykdomsmestring, forebygging og behandling av angst og depresjon (19).

Mange norske kommuner tilbyr assistert eller veiledet selvhjelp. Her brukes digitale verktøy for en rekke plager som er vanlige ved kroniske sykdommer, blant annet søvnvansker, stressplager, vedvarende utmattelse og langvarig smerte. På assistertselvhjelp.no kan pasienten lese mer om tilbudet og finne ut om det er tilgjengelig i egen kommune.

Sykepleier har en viktig rolle også i å bistå pasienten med å finne frem til aktuelle tilbud i bydelen eller kommunen.

Kronisk sykdom krever helhetlig oppfølging

Spesialisthelsetjenesten er tilpasset akutt sykdom: Pasienten blir syk eller skadet, får behandling og blir frisk. Kronisk sykdom krever noe annet. Når pasienten lever med flere sykdommer som påvirker hverandre, må helsehjelpen også handle om å forebygge mer sykdom og hjelpe pasienten til å bli så frisk og arbeidsfør som mulig.

Da må vi gjøre noe annerledes enn i dag. Leger og sykepleiere som møter pasienter med kroniske sykdommer, må få tid og kompetanse til å se helheten. De må se at det kan være depresjonens påvirkning på den revmatiske sykdommen som gjør at Heidi risikerer å falle ut av arbeidslivet, og ikke den revmatiske sykdommen i seg selv.

«Sykepleieren har en sentral rolle i å kartlegge, gi råd og undervise pasienter.»

Sykepleieren har en sentral rolle i å kartlegge, gi råd og undervise pasienter. Sykepleieren kan også koordinere mellom tjenestene og bidra til at pasienten får kontinuitet i oppfølgingen. Klare rutiner, god kommunikasjon og tett samarbeid mellom revmatolog, sykepleier, fastlege og øvrige helsetjenester er viktig for å sikre helhetlig og koordinert oppfølging.

Den psykiske helsen bør særlig vurderes ved høy eller vedvarende sykdomsaktivitet, redusert funksjon eller arbeidsevne, langvarige smerter, manglende effekt av behandlingen eller tegn til psykiske plager. Psykisk helse må være en integrert del av den kliniske oppfølgingen.

God kontroll over inflammasjonen er ikke bare viktig for leddene, men også for hjertehelsen og den psykiske helsen. Og motsatt. Fremtidens helsevesen må ikke bare tåle kompleksitet, men også være bygget for den.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



GI KONKRETE RÅD: Pasienter med angst og depresjon kan få råd om fysisk aktivitet,

døgnrytme og å unngå isolasjon. En samtale med helsepersonell kan være til stor hjelp og forebygge at plagene utvikler seg. *Illustrasjonsfoto: kangwan nirach / Shutterstock / NTB*

1. Katz J, Bartels CM. Multimorbidity in rheumatoid arthritis: literature review and future directions. *Curr Rheumatol Rep.* 2024;26(1):24–35. DOI: [10.1007/s11926-023-01121-w](https://doi.org/10.1007/s11926-023-01121-w)
2. Hill J, Harrison J, Christian D, Reed J, Clegg A, Duffield SJ, et al. The prevalence of comorbidity in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Community Nurs.* 2022;27(5):232–41. DOI: [10.12968/bjcn.2022.27.5.232](https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.5.232)
3. Sweeney M, Adas MA, Cope A, Norton S. Longitudinal effects of affective distress on disease outcomes in rheumatoid arthritis: a meta-analysis and systematic review. *Rheumatol Int.* 2024;44(8):1421–33. DOI: [10.1007/s00296-024-05574-9](https://doi.org/10.1007/s00296-024-05574-9)
4. Bueno H, Deaton C, Farrero M, Forsyth F, Braunschweig F, Buccheri S, et al. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *Eur Heart J.* 2025;46(41):4156–225. DOI: [10.1093/eurheartj/ehaf191](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf191)
5. Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, et al. Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2021;143(10):e763–83. DOI: [10.1161/CIR.0000000000000947](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947)
6. Hahad O, Abohashem S. Integration of cardiovascular and mental health: from concepts to the clinic. *Nat Rev Cardiol.* 2026;23(1):1–3. DOI: [10.1038/s41569-025-01231-1](https://doi.org/10.1038/s41569-025-01231-1)
7. Ziegler KA, Engelhardt S, Carnevale D, McAlpine CS, Guzik TJ, Dimmeler S, et al. Neural mechanisms in cardiovascular health and disease. *Circ Res.* 2025;136(11):1233–61. DOI: [10.1161/CIRCRESAHA.125.325580](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.125.325580)
8. Dures E, Farisoğulları B, Santos EJF, Molto A, Feldthusen C, Harris C, et al. 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(10):1260–7. DOI: [10.1136/ard-2023-224514](https://doi.org/10.1136/ard-2023-224514)
9. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, Kedves M, Hamar A, van der Goes MC, et al. EULAR points to consider for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(1):20–33. DOI: [10.1136/annrheumdis-2021-220973](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-220973)
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–13. DOI: [10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x)
11. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092–7. DOI: [10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)

12. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). Koble kropp og sinn – sammenhengen mellom somatisk sykdom og psykisk helse [internett]. Oslo: FFO; 2023 [hentet 29. september 2026]. Tilgjengelig fra:
<https://cdn.sanity.io/files/zidy0zu1/production/c30e2f432115ac36d3e4d70...>
13. Berge T, Fjerstad E, Hyldmo I, Lang N. Psykososiale tiltak ved kronisk og alvorlig sykdom. Bergen: Fagbokforlaget; 2025.
14. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 [hentet 29. september 2026]. IS-1561. Tilgjengelig fra:
<https://flovig.folk.ntnu.no/Rundskriv%20og%20behandlingsveiledninger/St...>
15. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Patten SB, Singer A, et al. Psychiatric comorbidity increases mortality in immune-mediated inflammatory diseases. Gen Hosp Psychiatry. 2018;53:65–72. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2018.06.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.06.001)
16. Riiser S, Baste V, Haukenes I, Smith-Sivertsen T, Hetlevik Ø, Ruths S. Practice characteristics influencing variation in provision of depression care in general practice in Norway; a registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP study). BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1201. DOI: [10.1186/s12913-022-08579-x](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08579-x)
17. Moltó A, Miendrova A, Gossec L, Carmona L, Billis K, Szekanecz Z. Mapping inequalities in rheumatology care in Europe: the first edition of the EULAR RheumaFacts project. Ann Rheum Dis. 2026:S0003-4967(26)00343-2. DOI: [10.1016/j.ard.2026.05.032](https://doi.org/10.1016/j.ard.2026.05.032)
18. Howren A, Sayre EC, Avina-Zubieta JA, Puyat JH, Da Costa D, Xie H, et al. Do individuals with inflammatory arthritis receive minimally adequate treatment for incident depression and anxiety: A population-based study. Arthritis Res Ther. 2025;27(1):13. DOI: [10.1186/s13075-024-03466-8](https://doi.org/10.1186/s13075-024-03466-8)
19. Berge T, Fjerstad E, Hyldmo I, Lang N. Håndbok i klinisk helsepsykologi: for deg som behandler pasienter med sykdom og skade. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.