



DEN NORSKE LEGEFORENING

# Bedre helse og lengre liv

for personer med alvorlig  
psykisk lidelse eller rusmiddel-  
og avhengighetslidelse



Legeforeningens arbeidsgruppe  
for somatisk helse hos personer  
med alvorlig psykisk lidelse eller  
rusmiddel- og avhengighetslidelse

Januar  
2023

**Legeforeningens arbeidsgruppe for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse:**

Rune Andreas Kroken, Inger Margrete Hageberg, Torgeir Gilje Lid, Nina Wiggen, Håvard Midgard, Paul Joachim Bloch Thorsen.

**Sekretariat:**

Miriam Sandvik.

Godkjent: 13.01.2023

Forsidebilde: Adobe Stock Images

# **Bedre helse og lengre liv**

*for personer med alvorlig psykisk  
lidelse eller rusmiddel- og  
avhengighetslidelse*

Legeforeningen

Januar 2023

# Innhold

Innhold	3
<b>1. Innledning og anbefalinger</b>	6
Sammendrag	7
<b>2. Bakgrunn - økt forekomst, lavere påvisning og dårligere behandling av somatisk sykdom</b>	9
<b>3. Kjepper i hjulene - faktorer ved samfunnet, helsevesenet og sykdommene som motvirker endring</b>	12
Forslag til tiltak	12
3.1 Overordnede faktorer som motvirker endring	13
3.1.1 Et oppdelt helsevesen	13
3.1.2 Økonomi	14
3.1.3 Ressurser og tilgjengelighet	14
3.1.4 Digitale utfordringer	15
3.1.5 Noen verktøy er for lite brukt eller for lite kjent	15
3.2 Holdninger hos hjelperne	15
3.3 Individnivå - faktorer på individnivå som reduserer mulighet for å søke hjelp	16
3.3.1 Redusert hjelpsøking på grunn av psykiske symptomer	16
3.3.2 Lav tillit til helsetjenesten reduserer mulighet for god somatisk helsehjelp	17
3.3.3 Helsekompetanse	17
<b>4. Bedre forebygging av somatiske helseproblem</b>	18
Forslag til tiltak	18
4.1 Primærforebygging av somatiske sykdommer	20
4.1.1. Primærforebygging på samfunnsnivå	20
4.1.2 Sårbare barn	20
4.1.3 Etablering av gode levevaner hos barn og unge	21
4.1.4 Fremme gode levevaner hos personer i risiko	21
4.2 Sekundærforebygging av somatiske sykdommer hos personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse	22
4.2.1 Forebygging av bivirkninger av medikamentell behandling	22
4.2.2 Behandling med antipsykotiske medikamenter forebygger unaturlige dødsfall hos personer med alvorlige psykiske lidelser	23
4.3 Relasjonsbygging som forebyggende tiltak	24
4.4 Tannhelse	24
<b>5. Bedre diagnostikk og behandling</b>	26
Forslag til tiltak	26

5.1 Vi må gripe mulighetene	28
5.1.1 I døgnavdelinger	28
5.1.2 I poliklinikker og primærhelsetjenesten	29
5.1.3 Ved manglende samtykkekompetanse	30
5.1.4 Ved akutt sykdom	30
5.2 Spesifikt om viktige risikofaktorer/sykdomsgrupper	30
5.2.1 Hjerte-/karsykdommer	31
5.2.2 Diabetes mellitus type 2 (DMT2)	31
5.2.3 Røyking og nikotin-avhengighet	32
5.2.4 Alkohol	32
5.2.5 Illegale rusmidler	33
5.2.6 Identifikasjon og diagnostikk av leversykdom	33
5.2.7 Infeksjoner relatert til injisering av rusmidler	34
5.2.8 Kreftsykdommer	35
<b>6. Anbefalinger om prosedyrer og utstyr</b>	<b>36</b>
Anbefalte prosedyrer og utstyr	36
6.1.1 Utstyrliste - minimum	36
6.1.2 Kartleggingsverktøy for rus	37
6.1.3 Somatisk utsjekk (Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus)	38
6.1.4 Ottawa Model for Smoking Cessation	39
6.1.5 Algoritme for behandling av leversykdommer	41
<b>7. Bedre rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste</b>	<b>42</b>
Forslag til tiltak	42
7.1 Generelle betraktninger	42
7.2 Tre pasientgrupper med ulike samhandlingsbehov – og utfordringer	43
7.2.1 Gruppe 1. Pasienter som blir innlagt eller utskrevet fra døgninnleggelse i spesialisthelsetjenesten - PHV eller TSB	43
7.2.2 Gruppe 2: Pasienter med poliklinisk/ambulant behandling i PHV/TSB	44
7.2.3 Pasientgruppe C: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser/ rusmiddellidelser som ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten.	44
<b>8. Implementeringsforslag</b>	<b>45</b>
Forslag til tiltak	45
8.1 Systemnivå	46
8.2 Individnivå	46
8.2.1 Leger i PHV og TSB	46
8.2.2 Sykepleiere og annet miljøpersonale i PHV og TSB	47
8.2.3 Leger i somatiske spesialiteter	47

<b>9. Gode praktiske eksempler</b>	48
9.1 Fysisk trening	48
9.1.1 Treningsklinikk, St. Olavs hospital, Universitetsklinikken i Trondheim.	48
9.1.2 Treningspoliklinikken, Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus.	48
9.1.3 Energiteamet PBU, Klinikk psykisk helse Barn og Unge.	48
9.1.4 Prosjekt 3/7 - Økt aktivitet for kropp og sinn, St. Olavs hospital.	48
9.2 Røyking	49
9.2.1 Gratis hjelp til røykeslutt	49
9.3 Samhandling	49
9.3.1 "Tjenester på tvers (TpT)" i Helse Vest	49
9.3.2. Samhandlingskonsultasjoner - Smerteklinikken, St. Olav.	49
9.3.3 Integrert behandling av hepatitt C	49
9.2.4 Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten	50
<b>Referanser</b>	51

# 1. Innledning og anbefalinger

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser\*/avhengighet har dårligere fysisk helse og lever som gruppe mange år kortere enn normalbefolkningen. Denne forskjellen i forventet levealder er økende, og finnes både i nasjonale og internasjonale studier [1]. Forholdene i Norge er på linje med de øvrige nordiske land.

Høsten 2019 vedtok Faglandsrådet i Legeforeningen *Resolusjon om å redusere overdødelighet av somatisk sykdom blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse*.

(<https://www.legeforeningen.no/contentassets/d3e07362e5b14115af1aec6da79947f6/resolusjonen-2019.pdf>). I resolusjonen ble helsemyndighetene oppfordret til å øke bevisstheten i helsetjenesten

om at psykisk sykdom og rusmiddellidelse er risikofaktorer for somatisk sykdom, vektlegge helhetsperspektivet i alle deler av helsetjenesten og styrke forebygging av somatisk sykdom hos pasienter med psykisk sykdom og/eller ruslidelse. I 2021 vedtok så fagstyret i Legeforeningen å nedsette en arbeidsgruppe bestående av spesialister utpekt fra ulike fagmedisinske foreninger for å se på mulige tiltak for å bedre somatisk diagnostikk, oppfølging og behandling hos denne pasientgruppen. I denne rapporten presenteres arbeidsgruppens anbefalinger. De anbefalte tiltak tar utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder [Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet](#) og Verdens helseorganisasjon (WHO)s retningslinje fra 2018 [Management of physical health condition in adults with severe mental disorders \(2018\) \(who.int\)](#) som peker ut viktige områder hvor forbedringer vil gi stor gevinst.

\*Merknad: Rusmiddellidelse vil i det følgende anses som synonymt med det engelske Substance use disorder som brukes både i DSM 5 og ICD 11, og inkluderer også skadelig bruk og avhengighet av legemidler.

## Arbeidsgruppens mandat

1. Identifisere områder der det er særlig forbedringspotensial og behov for ekstrainsats for forebygging, diagnostisering og behandling av somatisk sykdom blant pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse, gjennom hele livsløpet, og foreslå konkrete tiltak for endring.
2. Etablere standarder for prosedyrer og utstyr for somatisk kartlegging i behandlingseenheter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som for eksempel algoritmen "Hjertefrisk".
3. Spesifisere rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste om oppfølging av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse, gjerne etter mal av NFAs anbefalinger fra 2018.

## Arbeidsgruppens sammensetning

**Rune Andreas Kroken**, spesialist i psykiatri, PhD. Avdelingssjef, Haukeland universitetssykehus/førsteamanuensis II UiB. Leder for arbeidsgruppen.

**Inger Margrete Hageberg**, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, overlege ved Blå Kors Borgestadklinikken.

**Torgeir Gilje Lid**, spesialist i allmenntmedisin, PhD. Forskningsleder regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR), førsteamanuensis II ved UiS.

**Nina Wiggen**, spesialist i allmenntmedisin, fastlege i Oslo i 8 år og legevaktslege ved flere ulike legevakter.

**Håvard Midgard**, spesialist i fordøyelsessykdommer, PhD. Overlege, gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus. Forsker, Senter for eliminasjon av hepatitt C, Lovisenberg diakonale sykehus.

**Paul Joachim Bloch Thorsen**, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Seksjonsleder Barnepost PBU, Haukeland universitetssykehus.

**Miriam Sandvik**, spesialist i psykiatri, PhD. Spesialrådgiver i fagavdelingen i Legeforeningen. Sekretariatsstøtte.

## Sammendrag

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser og avhengighet har behov for særskilte tiltak og ekstra innsats for å få et likeverdig helsetilbud sammenlignet med den generelle befolkning. For å oppnå en reell bedring av disse pasientenes fysiske helse, er det nødvendig å sette inn flere ulike tiltak på flere nivå samtidig.

### Hva kan vi leger gjøre?

- Øke innsatsen for kartlegging av risikofaktorer og behandling i alle ledd.
  - Psykiatere/rus- og avhengighetsmedisinere – benytte mulighetene når pasienten er i behandling.
  - Fastleger – være oppsøkende og pågående overfor pasientgruppene. Gjennomføre årskontroller.
  - Somatiske spesialister – tilrettelegge helsehjelp til pasientgruppene.
- Identifisere og løse samhandlingsproblemer – standardisere kommunikasjon om somatiske forhold.

### Hva kan helsetjenesten gjøre?

- Implementere røykesluttprogram på alle nivå og tilby fysisk aktivitet til pasienter i PHV\* (psykisk helsevern)/TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).
- Integre ansvar for somatisk helse i PHV/TSB.
- Fjerne barrierer som hindrer fastlegekontakt.
- Øke kompetansen hos legespesialister og andre helsearbeidere – et somatisk kompetanseløft i PHV/TSB er påkrevet.

### Hva kan politikere gjøre?

- Øke innsatsen for primærforebygging av sykdom fra starten av livet: utjevning av sosioøkonomiske forskjeller, innføre skolemåltider, øke fysisk aktivitet for alle.
- Etablere nasjonal satsing for bedre somatisk helse og lengre levetid ved alvorlig psykisk lidelse/ rusmiddellidelse.
- Styrke rekruttering til allmenntmedisin og psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri/rus- og avhengighetsmedisin.

\* Merknad: I det følgende vil PHV brukes som samlebegrep for PHV-V (psykisk helsevern for voksne) og PHV-BU (psykisk helsevern for barn og unge).



## Arbeidsprosess

Gruppen hadde fysisk oppstartsmøte 10. september 2021 og har siden hatt regelmessige møter ca. månedlig - to fysiske heldagsmøter, tre digitale halvdagsmøter og tre kortere digitale møter. Gruppen fikk innvilget 100 000 kr fra Kvalitetsfondet og har holdt seg innenfor budsjettet. Gruppens virketid var satt til ett år, og arbeidet ble avsluttet i januar 2023 med lansering av rapporten 23. januar 2023. Norsk kirurgisk forening (NKF) har gitt innspill til gruppens arbeid skriftlig. A-larm og Mental helse ble invitert til å bidra med innspill underveis i prosessen.

Merknad: Pakkeforløpene endrer navn til “nasjonale pasientforløp” fra januar 2023. I rapporten brukes derfor begrepet “nasjonale pasientforløp” når det henvises til nåtid.

I den videre rapport gis i **kapittel 2** en kort bakgrunn for rapporten med det overordnede årsaksbildet før vi i **kapittel 3** under overskriften “**Kjepper i hjulene**” gjennomgår faktorer ved samfunnet, helsevesenet og sykdommene som motvirker endring. Kapitlene 4-7 besvarer mandatets hovedpunkter; **kapittel 4** beskriver generelle tiltak for bedre forebygging, **kapittel 5** tiltak for bedre behandling og tiltak rettet mot spesifikke risikofaktorer og sykdommer, **kapittel 6** omtaler anbefalte prosedyrer og utstyr og **kapittel 7** foreslår tiltak for bedre samhandling og ideer for implementering av rapportens forslag, med eksempler på nyttige tiltak som er innført. For kapitlene 3-8 er de aktuelle tiltak anført i tabellform i begynnelsen av kapittelet.

## 2. Bakgrunn - økt forekomst, lavere påvisning og dårligere behandling av somatisk sykdom

Mortalitetsgapet mellom personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser og avhengighet og den generelle befolkning utgjør minst 15 års redusert levealder [1, 2], og forårsakes for en stor del av sykdommer som er mulig å forebygge og behandle [3, 4]. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser og avhengighet har **økt forekomst** av en rekke somatiske sykdommer som kardiovaskulære lidelser, leversykdom, nyresykdom, lungesykdom og diabetes mellitus type 2 (DMT2) [5]. Dette skyldes genetisk sårbarhet og øket forekomst av risikofaktorer eller risikoatferd. Bruk av tobakk og rusmidler, dårlig ernæring, psykososialt stress og nedsatt fysisk aktivitet gir øket risiko for somatisk sykdom [6]. Hjerter-/karsykdom er den viktigste enkeltårsak til økt mortalitet. Her er det funnet overlappende genetikk med både bipolare lidelser [7], alvorlige depresjoner [8] og schizofreni-spektrum-lidelser [9]. Tobakksrøyking er sannsynligvis den viktigste modifierbare enkeltfaktoren. Alkohol er en utløsende eller kompliserende faktor for flere somatiske sykdommer og en sterkt medvirkende årsak til død ved leversykdom, flere ulike kreftformer, infeksjoner og hjerter-/karsykdom [10]. Vektøkning som bivirkning av medikamenter er også en underliggende faktor for den økte somatiske sykkelighet [11].

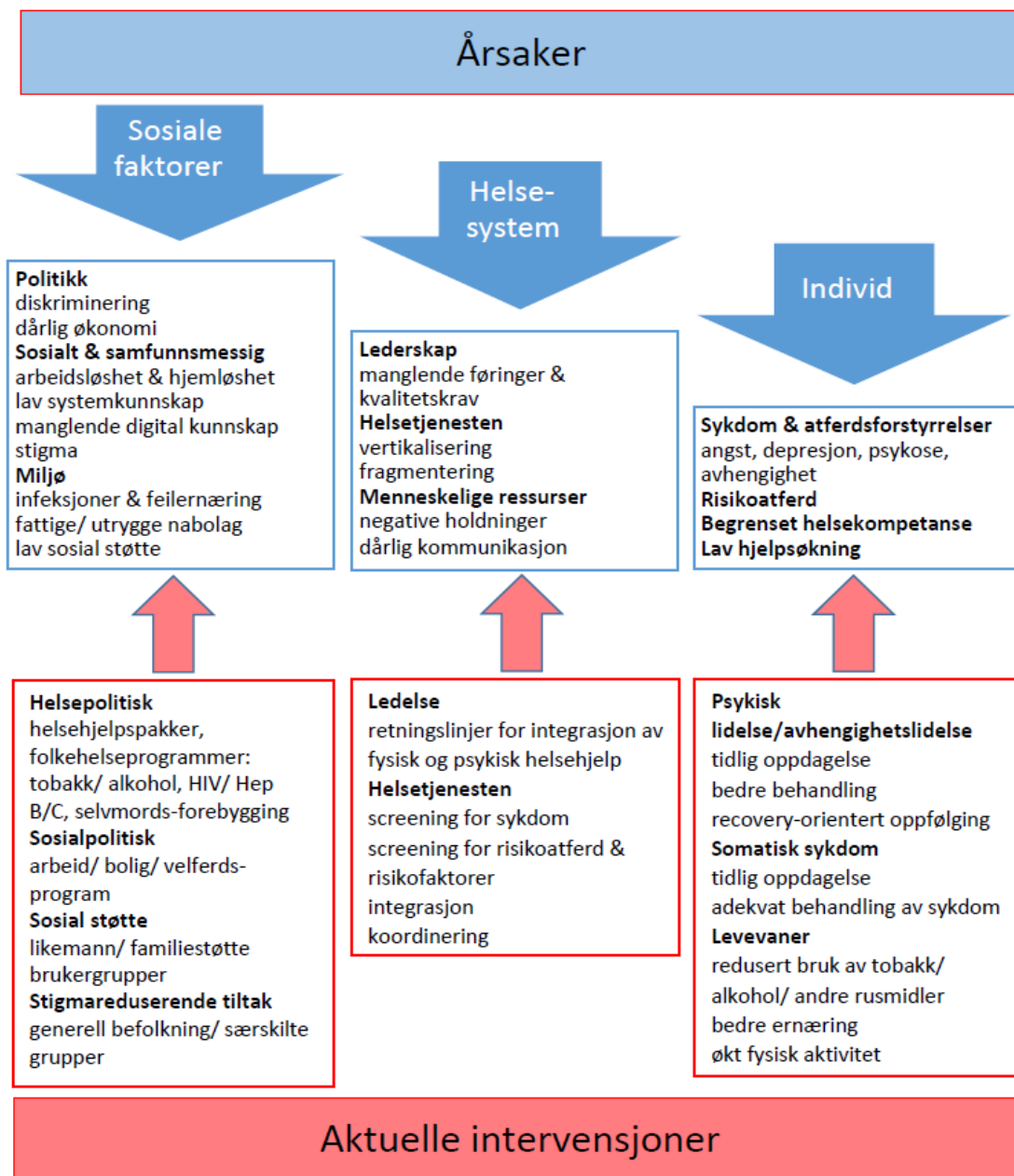
Det er holdepunkter for at somatisk sykdom **påvises senere** for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser enn for den generelle befolkning, for eksempel viser en norsk studie at pasienter med alvorlig psykisk sykdom i mindre grad enn personer uten alvorlig psykisk sykdom blir diagnostisert for hjerter- og karsykdom før de dør av sykdommen [12]. Dette peker også mot en suboptimal **behandling av somatisk sykdom** hos personer med alvorlige psykiske lidelser, noe som støttes av en rapport fra Helse Førde – Helseatlas som viser at selv om pasienter med psykiske lidelser i samme grad som andre henvises for utredning av mistenkt innsnevrede kransarterier er utfallet av utredningen at de i mindre grad enn andre gjennomgår invasive prosedyrer [13]. Et tilsvarende mønster finnes også for andre sykdommer: En studie av personer innlagt i somatisk sykehus viste at til tross for identisk sykdomsbilde fikk personer med en psykiatrisk diagnose færre diagnoser som diabetes, dyslipidemi og hypertensjon, og mottok i mindre grad behandling med aspirin, statiner, antidiabetika og antihypertensiv medikasjon sammenlignet med personer uten en psykiatrisk diagnose [14].

Denne problemstillingen er godt kjent for våre helsemyndigheter, og ved innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus var det en klar intensjon å bedre identifikasjon og behandling av somatiske sykdommer for denne pasientgruppen. Likevel viste evalueringen av pakkeforløpene i 2021 at oppfølgingen av somatisk helse og levevaner ikke var god nok, særlig ikke for de polikliniske pasientene [15]. Fagfolk i tjenestene fremholdt ansvarsavklaring mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten som et forbedringspunkt.

### Modifierbare årsaker

WHO har i flere publikasjoner systematisert årsaker til den økte mortalitet og skissert strategi som kan motvirke de årsaker som er modifierbare [16]. I dette arbeidet er årsaker gruppert som individuelle, helsetjeneste-relaterte og sosiale årsaker til økt mortalitet [6], (se figur 1).

**Figur 1. Økt mortalitet ved psykiske lidelser, rusmiddellidelser og annen avhengighet. Årsaker og mulige intervensjoner.** Omarbeidet fra Liu NH, Daumit GL et al., World Psychiatry, 2017



Etter arbeidsgruppens vurdering faller de fleste intervensjonsområder som skisseres i figur 1 under "Helsesystem" og "Individ" innenfor gruppens mandat. Rapportens forslag til bedre forebygging, bedre diagnostikk og behandling samt forbedret samhandling ligger alle innenfor WHO-strategiens hovedpunkter: **reduert tobakksbruk, vektkontroll, kardiovaskulær sykdom og kardiovaskulær risiko, diabetes mellitus og infeksjoner** [16]. WHO-dokumentet omtaler også rusmiddellidelser som et viktig intervensjonsområde for å redusere somatisk betinget mortalitet hos personer med alvorlige psykiske lidelser. WHO understreker videre betydningen av tidlig intervensjon og god behandling av grunnlidelsen - alvorlig psykisk lidelse /rus- og avhengighetslidelse - som en forutsetning for god ivaretagelse av de somatiske forhold [11]. Tiltak innen en rekke områder på flere nivåer er nødvendig for at vesentlige endringer skal oppnås. Forøvrig bestemmes en betydelig del av variasjonen i

individuelle helseutfordringer av faktorer på samfunnsnivå som må påvirkes gjennom sosial- og helsepolitiske intervensjoner. Diskriminering, fattigdom, mangel på tilrettelagte boliger og arbeid/aktivitet - faktorer som rammer personer med alvorlige psykiske lidelser i større grad enn friske - er vist å øke sykdomsforekomst og påvirke helseatferd [6]. Disse viktige faktorer for folkehelsen er antakelig i særlig grad avgjørende for somatisk helse for personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.

# 3. Kjepper i hjulene - faktorer ved samfunnet, helsevesenet og sykdommene som motvirker endring

Det store spriket mellom helsetjenestenes gode intensjoner og effektive tiltak som kan bedre somatisk helse skyldes ikke mangel på kunnskap om de somatiske konsekvenser av alvorlige psykiske lidelser eller rusproblem. Problemstillingen er velkjent, men slik arbeidsgruppen ser det mangler tiltak som står i forhold til den utfordringen som foreligger. I dette kapittelet beskriver vi noen overordnede hindringer arbeidsgruppen opplever som kjepper i hjulene for at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelse og annen avhengighet får god somatisk behandling, og noen mulige tiltak. I motsetning til forslagene i resten av rapporten, som først og fremst er myntet på leger og andre ansatte i helsetjenestene, har noen av forslagene i dette kapittelet helsepolitikere, helseforvaltningen og ledere i helsetjenestene som målgruppe.

## Forslag til tiltak

3.1.1	<p><b>Tiltak som kan motvirke at et oppdelt helsevesen hindrer god helse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Helsepolitiske satsing med klare føringer for integrering av somatisk helse i PHV/TSB. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tydelig bestilling i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetak fra Helse- og omsorgsdepartementet, og implementering i lederlinjene.</li> </ul> </li> </ul>
3.1.2	<p><b>Tiltak som vil motvirke at økonomi blir et hinder for god helsehjelp:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fritak for egenandeler for sårbare pasientgrupper, f. eks. ved at pasienter får individuelt vedtak om frikort fra årsskiftet.</li> <li>● Refusjon for nikotinsubstitusjon og medikamenter for røykeslutt.</li> <li>● Refusjon for medikamenter til hjelp ved alkoholavhengighet/skadelig bruk av alkohol.</li> </ul>
3.1.3	<p><b>Tiltak for økt tilgjengelighet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kommunale tiltak for å sikre at pasienter med alvorlige psykiske lidelser/ruslidelser har en fastlege og at det er tilgjengelige allmennlege-ressurser til å følge opp pasientgruppen.</li> <li>● Sikre tilgjengelige legeressurser ved å styrke utdanning og rekruttering av spesialister i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin.</li> </ul>
3.1.4	<p><b>Tiltak som motvirker at digitale utfordringer begrenser god helsehjelp:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Forsterket satsing på digitale verktøy som styrker samarbeid mellom nivåene i helsetjenestene, f. eks. Pasientens legemiddelliste.</li> <li>● Sikre journaltilgang på tvers av avdelinger (PHV/somatikk/TSB) i alle helseforetak.</li> </ul>
3.1.5	<p><b>Redskaper:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Økt bruk av individuell plan (IP) og tydelig prosess for oppnevning av koordinator.</li> <li>● Økt bruk av legeinitierte årskontroller med egen refusjonskode for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse, se også kapittel 5.1.2.</li> </ul>

3.2	<b>Økt bevisstgjøring av betydningen av fordømmer og språk:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kurs/opplæring i medisinstudiet og i videre- og etterutdanning.</li> </ul>
3.3.1	<b>Tiltak for å motvirke redusert hjelpesøking på grunn av psykiske symptomer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● God behandling av rusmiddellidelse og annen avhengighet/psykisk lidelse gir bedre oppfølging av somatisk behandling.</li> <li>● Systemtiltak for å tilpasse organiseringen av helsetjenesten til sårbare grupper.</li> </ul>
3.3.2	<b>Tiltak for å motvirke at lav tillit hindrer pasienten i å søke helsehjelp:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kontinuerlig fokus på å skape trygghet og god relasjon til helsetjenestene i alle behandlingskontakter, for eksempel ved inklusjon av pårørende eller andre hjelpere i behandlingen.</li> <li>● Økt bruk av samvalg som metode.</li> <li>● Systemtiltak for å tilpasse organiseringen av helsetjenesten til sårbare grupper.</li> </ul>
3.3.3	<b>Tiltak for øke helsekompetanse og bedre levevaner:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Økt tilgjengelighet av kvalitetssikret helseinformasjon.</li> <li>● Ulike former for pasientopplæring.</li> </ul>

## 3.1 Overordnede faktorer som motvirker endring

### 3.1.1 Et oppdelt helsevesen

Moderne spesialisthelsetjeneste er høyspesialisert, hver avdeling tar ansvar for sitt faglige område, og dette gir risiko for at ingen tar et overordnet ansvar for helheten. WHO fremhever at denne vertikaliserings og fragmentering av helsetjenesten kan medføre for dårlig somatisk helsetjeneste til personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelse/avhengighetslidelser [6].

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) pekte også på dette i sin nylige rapport "Spesialiseringens pris - samhandling ved uavklarte tilstander" [17]. Pakkeforløpene i psykisk helsevern og rusbehandling skulle sikre at ansvaret for pasientenes somatiske helse avklares, men oftest definerer psykisk helsevern sin plikt til å følge opp pasientenes somatiske helse snevert, og ansvaret legges i stor grad til primærhelsetjenesten og den somatiske helsetjeneste. Dette fungerer dårlig for mange pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som får mange ulike kontakter å forholde seg til, og en lite koordinert behandling. Evaluering av pakkeforløpene viste at pasientene i liten grad kjenner til hvem som har ansvar for å følge opp somatisk helse [18]. I tillegg kan rammene for somatisk utredning og behandling med korte polikliniske konsultasjoner i et fremmed sykehusmiljø være krevende for personer med sammensatte lidelser - en poliklinisk time på et sykehus krever at man mottar og forstår innkallingen, ordner transport, møter opp på riktig sted til riktig tid, og får gjennomført utredningen/behandlingen samt tar imot nødvendig informasjon for videre oppfølging og behandling, alt innenfor et svært avgrenset tidsrom.

Arbeidsgruppen mener at det er behov for en endring i holdning og tankegang mot mer integrert behandling. Dette utdypes i kapittelet "Diagnostikk og behandling". Kommunikasjon og samarbeid mellom spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, psykiater, leger ved somatiske avdelinger og fastlege er blant de viktigste virkemidler her. For å oppnå en reell endring, vil det sannsynligvis også være behov for tydelige politiske signaler, for eksempel ved at Helse- og omsorgsdepartementet gir en

tydelig bestilling i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene om å satse på bedre integrering av helsetjenestene, med påfølgende implementering i lederlinjene.

### **3.1.2 Økonomi**

Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelse og annen avhengighet har dårlig råd. Egenandeler kan derfor være til hinder for at pasienter oppsøker eller følger opp somatisk utredning og behandling, og kan gi en uforholdsmessig ekstrabelasting for pasienter i en allerede vanskelig situasjon. Denne problemstillingen er blant annet blitt påpekt av UKOM [19]. Det er fritak for egenandeler for enkelte helsetilbud og aldersgrupper, men ikke noe generelt fritak for pasienter i psykisk helsevern eller rusbehandling. Enkelte kommuner (bl.a. Oslo) har ordninger for kommunalt frikort rettet mot personer med varig lavinntekt, disse ordningene er ikke rettet spesielt mot psykiske lidelser og rusmiddellidelser men kan treffe individer i målgruppen.

<https://www.oslo.kommune.no/bolig-og-sosiale-tjenester/sosiale-tjenester/kommunalt-frikort-for-nodvendige-helsetjenester/>

Enkelte viktige legemidler som kan være til hjelp for f. eks. røykeslutt refunderes ikke og blir derfor veldig kostbare å bruke. Norheim-utvalget beskrev i 2014 at det kan gi stor helsegevinst å redusere eller fjerne egenbetaling for tiltak som forventes å gi store helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som rettes mot tilstander med store helsetap. Eksempler på slike tiltak er å fjerne all egenbetaling for rusavhengige og å fjerne egenbetaling for forebyggende tiltak som røykeavvenningskurs eller intervensjoner for økt fysisk aktivitet [20].

Legeforeningens landsråd vedtok i 2021 en resolusjon om sosial ulikhet i helse: [Sosial ulikhet i helse \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/medlemsnyheter/2021/09/2021-09-20-legeforeningens-landsrad-vedtok-en-resolusjon-om-sosial-ulikhet-i-helse). I denne slås det fast at vi må erkjenne at det er ulik helsekompetanse i befolkningen, at det kreves ulik innsats for å skape et likeverdig helsetilbud, og at legeforeningen må arbeide for å fjerne unødvendige terskler for å motta helsehjelp. Alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi, alder og bosted. Utsatte grupper må skjermes mot egenandeler. For utsatte grupper kan egenandelene føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy. Det bør utredes hvordan man på best mulig vis kan utvide egenandelsfritak med tanke på denne gruppen.

### **3.1.3 Ressurser og tilgjengelighet**

Det er mangel på leger og særlig legespesialister i psykisk helsevern både for voksne og barn [21], og mange sykehus har ledige stillinger de ikke klarer å fylle. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ikke tjenestene fullt utbygd, og det er få spesialister [22]. Erfaringene fra tjenestene er at samhandling, informasjonsutveksling og pårørendesamarbeid er noe av det som blir nedprioritert ved knappe ressurser.

Fastlegekrisen har gitt alvorlige utfordringer i primærhelsetjenesten. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser og avhengighet har i mindre grad ressurser til å ivareta egen helse, og mindre mulighet til å betale for helprivate tilbud. En stabil og tilgjengelig fastlege er derfor helt avgjørende for god ivaretagelse av helseproblemer, god koordinering og kontinuitet [23]. Når et stadig økende antall nordmenn nå står uten fastlege, er det stor risiko for at sosial ulikhet i helse vil øke og at denne pasientgruppen vil få et dårligere helsetilbud.

### 3.1.4 Digitale utfordringer

Helsevesenets digitale verktøy medfører utfordringer for personer som mangler digitale verktøy og digital kompetanse, og disse fungerer som barrierer for å f. eks. skifte fastlege, sjekke prøvesvar eller få tilgang til egne journaldokumenter.

I tillegg til dette støtter de digitale verktøy og journalsystemene i sykehus og primærhelsetjenesten i liten grad informasjonsflyt og samhandling mellom tjenestene. Selv om dialogmelding forenkler kommunikasjonen mellom fastlegene og behandlere i sykehus, er fortsatt forbedringspotensialet stort. Flere helseforetak har gitt somatiske avdelinger og avdelinger i psykisk helsevern tilgang til de samme journaldokumentene, men det er fortsatt flere helseforetak der journal fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling ikke er tilgjengelig for somatisk helsepersonell med ansvar for behandling av pasienten. Dette kan være en trussel mot pasientsikkerheten og forsinke pasientbehandlingen.

### 3.1.5 Noen verktøy er for lite brukt eller for lite kjent

BrukerPlan kartlegger personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske helseproblemer som mottar kommunale helsetjenester, og viste i 2020 at brukerne mottok mellom 6 og 10 ulike tjenester, flest for dem med dårligst levekår og alvorlige lidelser. Samtidig var det en stor andel av brukerne som ikke hadde noen form for planer eller ansvarsgrupper til å koordinere tjenestene [24]. Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til Individuell plan (IP), som skal sikre koordinering av tjenester og avklare ansvarsfordeling for pasienter [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven - Kapittel 2. Rett til helse- og omsorgstjenester og transport - Lovdata\)](#). Likevel er det mange av disse pasientene som mangler IP [25], og en del som opplever at den ikke fungerer etter hensikten [26]. Dette kan ha flere årsaker: Arbeid med å etablere en individuell plan med ansvarsgruppe og koordinator er tidkrevende, noen må ta initiativ til opprettelse av IP, og pasienten må selv søke om å få IP. SINTEFs undersøkelse viser også at en del kommuner ikke har nok ressurser til å prioritere arbeid med IP. Sterkere myndighetsinsentiver for koordinering av tjenestene ville i mange tilfeller gitt stor gevinst for den enkelte bruker.

Årskontroll ved fastlege kan være et godt redskap for å ivareta somatisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Årskontroll godtgjøres med egen takst for fullstendig årskontroll av personer med utviklingshemming, demens eller kroniske psykoser (takst 660) hos fastlegen. Denne er lite brukt, antakelig på grunn av usikkerhet om hvordan den skal brukes. [Bruk av takstkode 660 - Helsedirektoratet](#). Å utvide målgruppen til å gjelde alle med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser kan være et nyttig virkemiddel for å bedre oppfølgingen av den somatiske helsen hos disse pasientene.

## 3.2 Holdninger hos hjelperne

Leger og andre behandlere og hjelpere i helsetjenestene har holdninger og fordommer som vi ikke alltid er oss bevisste, og som påvirker hva vi er oppmerksomme på og hva slags behandling vi tilbyr pasientene. Et eksempel på dette er at medlemmene i denne arbeidsgruppen hadde jobbet med temaet og forslag til tiltak i ett år før vi for alvor ble bevisste på fordommer hos behandlere som en utfordring som måtte inkluderes i rapporten.



En norsk studie viste at pasienter med schizofreni ble undersøkt for hjertesykdom like ofte som gjennomsnittsbefolkningen, men i mindre grad fikk invasiv behandling [27]. Dette kan ha sammensatte årsaker, f. eks. bekymring for at ikke pasientene vil kunne følge opp behandling med blodfortynnende legemidler som er nødvendig for å få innsatt en metallstent. Men slike bekymringer kan også være til hinder for å tilby optimal behandling - kanskje kunne dette vært gjennomført med tett oppfølging og f. eks. daglig utlevering av medisiner? Professor Anne Høyve (Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet) brukte i et foredrag på Psykiatriveka i 2022 begrepet “negativ pragmatisme” om slike holdninger blant helsepersonell - det er lett å tenke at situasjonen til pasienten er så komplisert at innsatsen må rettes mot de psykiske symptomene og at det ikke er like viktig med de kroppslige sykdommene. En forutsetning om at pasientene har lav livskvalitet kan gi redusert fokus på økt levetid.

Mye tyder også på at språkbruk former våre holdninger. Et eksempel på dette er en randomisert studie som kartla holdninger til mennesker med rusrelaterte lidelser: To grupper helsearbeidere fikk presentert den samme sykehistorien om en pasient, den eneste forskjellen var at den ene gruppen først fikk pasienten beskrevet som en “rusmisbruker”, mens den andre gruppen først fikk pasienten presentert som å “å ha en ruslidelse”. Undersøkelsen kartla holdninger til pasienten på flere områder, og den første gruppen oppfattet pasienten i større grad som personlig ansvarlig for sin egen situasjon, enn gruppen som fikk pasienten beskrevet som “å ha en ruslidelse” [28]. “Ruslidelse” er også et ganske upresist begrep - rusen er ikke lidelsen, det er rusmidelets egenskaper som lager problemer og skaper uønskede effekter. Det mest korrekte kan derfor være å bruke begrepet “problematisk rusmiddelbruk” når en snakker om personer med skadelig bruk eller avhengighet til rusmidler [29]. En nylig rapport om framtidig behandling av leversykdommer i Europa vektla å redusere stigma og negativt ladet språkbruk om leversykdommer og pasientgruppen som en av ti sentrale anbefalinger [30].

Kunnskap om og bevisstgjøring av egne fordommer og språk, samt tilgang til nyttige kliniske verktøy, kan bidra til en gradvis endring av praksis. Arbeidsgruppen vurderer at holdningsendring ikke minst er viktig i arbeidet med personer med rusmiddellidelser.

## **3.3 Individnivå - faktorer på individnivå som reduserer mulighet for å søke hjelp**

### **3.3.1 Redusert hjelpsøking på grunn av psykiske symptomer**

Symptomer på pasientens grunnlidelse kan være til hinder for å oppsøke helsehjelp, slik som angst, kognitive vansker, forstyrret døgnrytme eller vrangforestillinger. Slike symptomer er også en medvirkende årsaker til at mange pasienter får for lite fysisk eller sosial aktivitet eller har et høyt forbruk av tobakk, alkohol og andre avhengighetsskapende midler. En rekke rusmidler gir ulike somatiske skader der alkohol er et av de mest skadelige stoffene med økt risiko for en rekke sykdommer. God behandling av den psykiske lidelsen og/eller rusmiddelavhengigheten vil derfor være en viktig faktor for å kunne bedre levevaner og somatisk helse (se også 3.3.4).

I senere år har man også funnet at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har større genetisk sårbarhet for andre sykdommer, i særlig grad dokumentert for hjerte-karlidelser (se avsnitt 5.2.1). Mange pasienter er ikke klar over dette, og for mange er det også vanskelig å ta hensyn til, selv når

de somatiske lidelsene er et faktum. Man kan også beskrive det som en type diskriminering i helsetjenesten at det ofte ikke legges til rette i tilstrekkelig grad for at somatiske undersøkelser og prosedyrer kan gjennomføres. Helsetjenestene bør i større grad tilpasses sårbare grupper behov.

### **3.3.2 Lav tillit til helsetjenesten reduserer mulighet for god somatisk helsehjelp**

Tillit til helsetjenestene og fastlegene er en nødvendig forutsetning for optimal behandling. Behandling som ikke baserer seg på samvalg eller som baserer seg på tvang, skaper tillitsbrudd, selv om mange pasienter i ettertid kan være enig i at inngrepet i den personlige autonomi var nødvendig. Mange pasienter mangler tillit til helsevesenet, ofte på grunn av negative opplevelser som tvangsinnleggelse, behandling uten eget samtykke og/eller med opplevde bivirkninger, eller en opplevelse av å ikke bli hørt eller forstått av behandlere.

En rekke forhold mellom lege og pasient kan legge ekstra press på relasjonen mellom behandler og de aktuelle pasientgruppene:

- Meldepliktige forhold kan utfordre tilliten, først og fremst førerkortsaker og barnevernsaker.
- Manglende evne til å møte opp til avtalt time.
- Manglende betaling av egenandeler og opplevelse av press i form av purringer. Fakturabyråenes gebyr- og innkrevingspraksis er en del av denne utfordringen.
- Urin- og blodprøvekontroller for rusmiddelbruk kan i noen tilfeller oppleves krenkende for pasientene.

I TSB har det vært en klar utvikling de senere årene i retning av mer individuell tilpasset behandling og samvalg, både når det gjelder virkning og bivirkninger, og man bruker biologiske målemetoder for å bedre tilpasse behandlingen. I allmennpraksis kan både leger og pasienter oppleve at handlingsrommet for individuell tilpasning er mindre, blant annet fordi leger kan oppleve et krysspress fra tilsynsmyndighetene som kan sanksjonere legen for utskrivning av vanedannende ut over anbefalt dose og pasientene som opplever at forskrivningen ikke dekker behovet for stabilisering. Dette kan medføre at pasientene føler seg overkjørt og lite møtt. Styrket samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan bidra til å redusere denne utfordringen. Det er også viktig at leger bruker sin rolle i oppfølging og behandling til å hjelpe pasienter å oppfylle krav fra barnevernstjenesten eller i førerkortsaker.

Uavhengig av årsak kan manglende tillit gjøre det vanskelig å inngå i en behandlingsallianse også for somatiske tilstander. Forslag til tiltak for å motvirke og forebygge dette utdypes i kapittel 4.3 om relasjonsbygging.

### **3.3.3 Helsekompetanse**

Helsekompetanse (fra engelsk "health literacy") er definert som individets evne til å finne, forstå og bruke helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Helsedirektoratet skriver mer om dette her: [Helsekompetanse – kunnskap og tiltak - Helsedirektoratet](#). Dette gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, forebyggende tiltak, egenmestring og bruk av helsetjenesten. Behovet for helsekompetanse øker i takt med økende kompleksitet i moderne medisin, økte krav om pasientens egeninnsats og deltagelse i egen helse, samt økende eksponering for helseinformasjon av varierende kvalitet i ulike medier. Lav helsekompetanse er assosiert med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status, noe som gjelder mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelser. Tilgang til god helseinformasjon og ulike former for pasientopplæring kan være nyttige tiltak.

# 4. Bedre forebygging av somatiske helseproblem

## Forslag til tiltak

4.1.1	<b>Primærforebygging på samfunnsnivå</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utjevning av sosiale forskjeller.</li><li>• Alle som er i kontakt med barn som møter traumer/rus/andre store belastninger må være bevisst på at disse barna har økt sårbarhet for psykisk og fysisk sykdom og ta hensyn til dette i oppfølgingen av barnet.</li></ul>
4.1.2	<b>Perinatal helse og barn som pårørende</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gravide med rusmiddellidelse og/eller alvorlige psykiske vansker må følges nøye opp gjennom hele svangerskapet, barsel og småbarnsperioden, både barn og mor.</li></ul>
4.1.3	<b>Etablering av gode levevaner hos barn og unge:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alle deler av helsetjenesten som er i kontakt med sårbare barn og unge må bidra til at de får nødvendig hjelp til å etablere sunne levevaner: Regelmessig og lystbetont fysisk aktivitet etter anbefalingene fra helsedirektoratet (<a href="https://www.helsenorge.no">Trening og fysisk aktivitet - helsenorge.no</a>), gode kostholdsvaner, god søvnhygiene, hjelp til røykeslutt.</li></ul>
4.1.4	<b>Fremme gode levevaner hos personer med økt risiko for somatisk sykdom:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Levevaner og risikofaktorer skal kartlegges systematisk for alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse, og både fastlege og spesialisthelsetjenesten må ta ansvar for dette (se også kapittel 5.2).<ul style="list-style-type: none"><li>○ Både pasienter i døgnbehandling og poliklinisk behandling skal kartlegges og få tilbud om tilpasset behandling.</li></ul></li><li>• Lavterskeltilbud for å endre levevaner for personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse bør være langvarige (8-12 uker eller lengre).</li><li>• Alle pasienter i døgnbehandling av en viss varighet bør få hjelp til å starte og/eller opprettholde hensiktsmessig og veiledet fysisk aktivitet.</li></ul>
4.2.1	<b>Forebygging av bivirkninger av medikamentell behandling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oppstart av medisiner som kan gi vektøkning, metabolsk påvirkning eller inaktivitet må følges av tilbud om råd og hjelp til å opprettholde/gjenopprette/etablere sunne levevaner, i tillegg til god oppfølging av den medikamentelle behandlingen og ev. bivirkninger.</li></ul>
4.2.2	<b>Behandling med antipsykotiske medikamenter forebygger unaturlige dødsfall hos personer med psykoselidelser.</b>
4.3	<b>Tiltak for å øke pasienters tillit til helsetjenestene:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• En stabil fastlegerelasjon er viktig for å skape tillit hos pasientene.</li><li>• Fastleger bør ha en ekstra oppmerksomhet mot sårbare barn og unge, med mål om at de skal etablere en trygg relasjon til fastlegen.</li><li>• Samvalg i behandling, i så stor grad som mulig, bør alltid være et mål.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten bør prioritere kontakt med og informasjon til pårørende, for å sikre god dialog og å bygge tillit.</li> </ul>
<b>4.4</b>	<p><b>Tiltak for å bedre tannhelse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddellidelse bør få gratis tannhelsetjeneste, og få nødvendig hjelp for å kunne nyttiggjøre seg av tannhelsetjenesten.</li> <li>• Alle nivå av helsetjenesten bør bidra til at pasientene får nødvendig opplæring i god tannhygiene. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle pasienter i døgnbehandling må ha tilgang til nødvendig utstyr for god tannhygiene.</li> <li>○ Regelverket for krav om legeattest for å kunne iverksette refusjonsberettiget behandling bør revurderes.</li> </ul> </li> </ul>

Årsakene til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddel- og avhengighetslidelser er sammensatte, og avhenger av både biologiske, psykologiske og sosiale komponenter. En effektiv forebyggingsstrategi av somatisk sykdom hos personer med disse tilstander bør derfor innrettes både mot den generelle befolkning, mot identifiserte risikogrupper og mot pasienter med allerede utviklede psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser. Tidlig oppdagelse av alvorlig psykisk lidelse/rusmiddellidelse er en viktig forutsetning for effektiv forebygging av somatisk sykdom.

## 4.1 Primærforebygging av somatiske sykdommer

### 4.1.1. Primærforebygging på samfunnsnivå

ACE-studien [31] viste en tilnærmet lineær sammenheng mellom omfanget av alvorlige negative hendelser i barndommen og forekomst av psykiske og fysiske sykdommer, rusmiddelavhengighet, røyking, risikofylt atferd, fysisk inaktivitet og andre risikofaktorer for tidlig død i voksen alder. Barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker, somatiske helseplager, tannhelseproblemer, problematisk rusmiddelbruk og seksuelle helseproblemer, enn barn og unge ellers i befolkningen [32]. Barn som er flyktninger, asylsøkere, og/eller barn som lever i ufrivillig eksil, har større risiko for å utvikle helseproblemer [33, 34].

På befolkningsnivå er det derfor ingenting som er viktigere enn tiltak som utjevner sosioøkonomiske forskjeller og reduserer risikoen for at barn vokser opp med vanskelige levekår. Sir Michael Marmot, direktør for the University College London Institute of Health Equity og forsker på sosial ulikhet i helse, er opptatt av at ulik tilgang til helsetjenester ikke er årsaken til ulikhet i helse, men at den underliggende årsaken er ulikhet i sosiale og økonomiske forhold. Han beskrev det slik i the Lancet i 2018: *“We need the involvement of society as a whole to tackle the causes of the causes of social exclusion and its dramatic health consequences. This approach might save money and it is the right thing to do.”*[35]. De aller viktigste primærforebyggende tiltakene skjer derfor utenfor helsetjenestene - det handler om bl. a. om familieøkonomi, boforhold, barnehage og skole.

Barnehagen og skolen har en sentral betydning som arena for å forebygge fysisk og psykisk uhelse og fremme god helse. Et felles skolemåltid kan være med på å sikre alle barn et godt måltid og lære barn og unge gode kostholdsvaner, uavhengig av foreldrenes økonomi. Skolen er også en viktig arena for fysisk aktivitet, og Legeforeningen har tidligere fremmet forslag om minst én times fysisk aktivitet på skolen hver dag (fremmet blant annet i rapporten Pulsen opp for bedre helse). Gjennom god skolehelsetjeneste og bruk av ungdomslos kan en unngå at ungdom faller ut av skolen og reduserer sine muligheter for videre arbeid. Nav spiller også en viktig rolle, og IPS Ung (individuell jobbstøtte) er et nytt tilbud til unge som strever med psykiske plager eller har utfordringer med rus, for å hjelpe dem inn i eller tilbake til jobb eller skole. Dette sikrer aktivitet og sosial kontakt som i seg selv er helsefremmende.

Sårbare barn og unge må få tilgang til gode forebyggende tiltak og tilpasset oppfølging. Det er derfor viktig at alle som møter disse barna, f. eks. i barnehage og på helsestasjon, i skolehelsetjenesten, i barnevernet eller når barn er pårørende, har kunnskap om disse sammenhengene og er bevisst betydningen av rådgivning og tiltak.

### 4.1.2 Sårbare barn

Mange barn i Norge har foreldre med en psykisk lidelse eller rusmiddellidelse [36]. Barn og familiene deres er forskjellige, og også mange barn som har foreldre med alvorlige lidelser klarer seg bra. Likevel finner man at barn som har foreldre med slike lidelser har forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske lidelser, og også for å bli utsatt for vold, seksuelle overgrep og tidlig død [36]. Barn av foreldre med psykisk sykdom rapporterer dårligere livskvalitet enn normalbefolkningen, mens foreldrene tror barnas livskvalitet er bedre enn de selv beskriver [37].

Grunnlaget for den økte sårbarheten legges for noen allerede under svangerskapet. Svangerskapet og det første året etter fødselen er en svært viktig utviklingsperiode på grunn av den raske hjerneutviklingen, og uheldig påvirkning i denne perioden kan ha en varig effekt på barnets fremtidige helse og liv. At foreldre strever med psykisk sykdom, f.eks. depresjon, eller andre store utfordringer kan påvirke barnets vekst, atferd og psykologiske og emosjonelle utvikling [38, 39]. For å snu denne utviklingen, er det ikke tilstrekkelig å kun behandle mor, det kreves målrettede tiltak rettet mot samspillet med barnet.

Ofte kommer ikke disse barna i kontakt med helsetjenestene før de selv har utviklet symptomer på psykisk eller somatisk sykdom. Ved tidlig oppfølging og helsehjelp til familiene, kan noe av denne økte risikoen reduseres. Et slikt tiltak er etablert på Island, der man har satt i gang målrettede behandlingsprogrammer rettet mot tilknytningsforstyrrelser hos spedbarn, med intervensjoner på ulike nivå av helsetjenesten. Dette har medført færre og kortere barsel-innleggelses ved spesialiserte psykiatriske enheter [40].

#### **4.1.3 Etablering av gode levevaner hos barn og unge**

Levevaner etableres tidlig. For barn er det å være med på matlaging og felles måltider i familien helsefremmende og bidrar til gode vaner. Mange voksne med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser har ikke fått etablert gode vaner som barn, og kan derfor ikke i voksen alder 'rehabiliteres tilbake' til sunne levevaner, men må lære det for første gang. Individuelt tilpasset kostveiledning basert på ernæringsstatus er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å etablere sunne kostvaner, mange vil også trenge hjelp til å utvikle nye ferdigheter og etablere gode kostvaner. Regelmessig fysisk aktivitet er helsefremmende [41], og kan bidra til å skape gode oppvekstmiljøer og til at unge skal ta kontroll og eierskap over sin egen helse.

For sårbare barn og unge som er i kontakt med f. eks. skolehelsetjenesten, barnevernet, fastlegen eller spesialisthelsetjenesten, vil det være særlig viktig at man er oppmerksom på levevaner og tilbyr nødvendig hjelp for å etablere og styrke sunne vaner.

#### **4.1.4 Fremme gode levevaner hos personer i risiko**

Levevanene til den norske befolkningen har i løpet av en generasjon blitt betydelig bedre, med under ti prosent daglig røykere, sunnere kosthold og noe mer fysisk aktivitet [42, 43]. Dette har medvirket til en betydelig reduksjon av blant annet forekomst og dødelighet av hjerte-/karsykdom [44]. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser har ikke fått del i den samme positive utviklingen [45]. Dette *forebyggingsgapet* er en viktig medvirkende årsak til økt sykkelighet og dødelighet sammenlignet med den generelle befolkning. Arbeidsgruppen slår fast at det vil være mye å hente på økt oppmerksomhet mot levevaner, risikofaktorer og tidlig diagnostikk og behandling av somatisk sykdom hos personer med alvorlige psykiske lidelser eller problematisk rusmiddelbruk. Arbeidsgruppen mener at levevaner skal kartlegges systematisk, og at både fastleger og spesialisthelsetjenesten må ta et ansvar for dette. Helsedirektoratets anvisninger i *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer* gir god oversikt og praktiske råd for kartlegging og intervensjon

(<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>).

Tiltak for å forebygge kardiovaskulære lidelser er godt etablert som primærforebyggende befolkningsrettede strategier ([Forebygging av hjerte- og karsykdom - Helsedirektoratet](#)), med

livsstiltak og primær- og sekundærforebygging ved hjelp av legemidler. Livsstiltak omfatter råd om å begrense alkoholbruk, minst 150 minutters fysisk aktivitet per uke, røykeslutt, kostråd ([Helsedirektoratets kostråd – Brosjyre og plakater - Helsedirektoratet](#)), og spesifikke råd om redusert stillesitting. Implementering av disse tiltak hos personer med alvorlige psykiske lidelser/alvorlig ruslidelse kan bare skje gjennom en pågående og oppsøkende strategi fra fastleger og andre i primærhelsetjenesten, samt fra spesialister i psykiatri og somatikk. Se også rapportens kapittel 5.

Studier viser at mennesker bruker lang tid på å endre vaner, og arbeidsgruppen anbefaler at tiltak for varig endring i levevaner bør ha en varighet på 8-12 uker eller lenger [46]. Korte sykehusinnleggelse gir begrensede muligheter for livsstilsendringer, men treningstilbud for disse gruppene bør integreres i spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig både for fagutvikling og for å hjelpe pasienter i gang med fysisk aktivitet (se omtale av Treningsklinikken ved St. Olavs hospital eller Treningspoliklinikken ved Haukeland universitetssykehus i kapittel 9). Under noe lenger innleggelse har bl. a. Grethe Flemmen med flere ved St. Olavs Universitetssykehus lyktes i å gjennomføre et 8-ukers høy-intensivt treningsopplegg som en del av behandlingen [47]. Noen vil kunne ha stor nytte av å få dekket trening i et ordinært treningssenter, men mange personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelse trenger støtte i etablering av nye treningsvaner. Kommunene bør ha tilgjengelige tilbud for fysisk trening og hjelp med andre levevaner tilpasset disse pasientgruppene, og lavterskeltilbud i kommunen for fysisk aktivitet og sosiale møteplasser rettet spesielt mot denne gruppen er viktig.

## **4.2 Sekundærforebygging av somatiske sykdommer hos personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse**

Sekundærforebyggende tiltak som kartlegging av risikofaktorer for somatisk sykdom/screening og tiltak for å redusere risikoen er beskrevet nærmere i kapittel 5.

### **4.2.1 Forebygging av bivirkninger av medikamentell behandling**

Som pasient med en alvorlig psykisk lidelse vil man i mange tilfeller ha nytte av psykofarmaka, for eksempel er antipsykotiske legemidler effektive til å dempe hallusinasjoner og vrangforestillinger, og mange personer vil ha stor nytte av stemningsstabiliserende medikamenter eller antidepressive midler. Imidlertid har flere av de mest brukte nyere medikamenter (for eksempel antipsykotika) bivirkninger som virker inn på vekt, blodlipider og blodsukker. Antipsykotiske legemidler, særlig annen-generasjons type antipsykotika, gir vektøkning for opp mot 85% av brukerne, og den samlede innflytelse av vektøkning, økning i blodlipider og dårlig glukoseregulering medfører risiko for den kardiovaskulære helse direkte og via økt risiko for DMT2 [48, 49]. Antipsykotika er også blant medikamentene som kan utløse en rekke munnhule- og tannhelseproblemer [50] (se også rapportens kapittel 4.4). Nyere studier viser også at antipsykotika som gir prolaktin-stigning er assosiert med økt risiko for brystkreft hos kvinner [51]. På den annen side viser også store undersøkelser at bruk av antipsykotika totalt sett reduserer aldersjustert dødelighet for pasienter med schizofreni [52], se også neste avsnitt for antipsykotikas forebyggende effekt i forhold til selvmord.

Medisiner som brukes i legemiddelassistert rusbehandling (LAR) kan gi pasienter med rusmiddelavhengighet et mer stabilt liv og beskytte mot overdoser. For pasienter med avhengighet til legemidler, alkohol eller narkotika foreskrives ofte medikamenter for å lette symptomer under avrusning. Eksempelvis brukes benzodiazepiner og antiepileptika ved alkoholavrusning, ulike antipsykotiske midler brukes ved tankekjør, mareritt, depressive symptomer eller søvnforstyrrelser. Det er viktig at det er gode planer for nedtrapping slik at pasienten ikke skrives ut med medisiner som er tenkt å vare i en begrenset periode.

En særskilt viktig pasientgruppe er gravide med avhengighet. En rekke legemidler virker toksisk for foster, eksempelvis valproinsyre. Her må en vise ekstra forsiktighet ved forskrivning.

LAR-medikamenter kan potensielt være farlige ved overdose. Det er derfor viktig med god plan for opptrapping og vedlikehold av dose. Somatisk utredning før oppstart og under bruk er påkrevet. En må kontrollere nyre- og leverstatus for å dosejustere. Metadon kan gi forlenget QT-tid, slik at en bør ta EKG før oppstart og ha rutine for videre oppfølging. For gravide i LAR er det viktig å vurdere å øke dose av LAR-medikament for å unngå abstinensreaksjoner i siste tredjedel av svangerskapet.

Medikamentell behandling må følges tett opp for redusere risiko for bivirkninger, i tråd med de retningslinjer som foreligger:

- [Legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) ved opioidavhengighet - Helsedirektoratet](#)
- [Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) - Helsedirektoratet](#)
- [Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler - Helsedirektoratet](#)

Tiltak for å forebygge bivirkninger bør iverksettes av den som starter slik behandling. Dette kan gjelde både trening, kostholdsveiledning og psykoedukasjon for bedre søvn.

#### **4.2.2 Behandling med antipsykotiske medikamenter forebygger unaturlige dødsfall hos personer med alvorlige psykiske lidelser**

Som nevnt i forrige avsnitt er det godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler totalt sett forlenger levetid for personer med alvorlige psykiske lidelser. Blant årsakene til dette er en bedre oppfølging av medikamentell behandling for somatiske lidelser dersom man bruker antipsykotisk medisin, og lavere risiko for død av ikke-naturlige årsaker [53]. I en nyere norsk undersøkelse ble 696 personer med schizofreni fulgt i opptil 10 år etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus [54]. I oppfølgingsperioden var det 68 dødsfall, og perioder uten bruk av antipsykotisk behandling var forbundet med 2.15 ganger økt risiko for død sammenlignet med perioder med antipsykotisk behandling. Effekten var sterkest for de yngste deltakerne i studien. Det er vist at personer med ubehandlede debuterende psykoselidelser har høy selvmordsrisiko [55], og samlet sett er det godt dokumentert at antipsykotisk behandling forebygger både sykdomsrelaterte dødsfall, samt dødsfall på grunn av selvmord. Det er derfor av stor viktighet – også for å forlenge levetiden – at personer med alvorlige psykiske lidelser mottar antipsykotisk behandling i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser [56].



## 4.3 Relasjonsbygging som forebyggende tiltak

For sårbare barn og unge kan relasjonen til fastlege være særlig viktig, og bidra til bedre samhandling og senke terskelen for senere legekontakt. God informasjon på barns og unges premisser er nødvendig for samvalg i behandling og for samhandling mellom helsetjenestene, også i ung alder.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse kan ha høyere terskel for å oppsøke helsehjelp, og deres relasjoner til helsetjenesten kan for mange ha blitt negativt påvirket av tidligere erfaringer, for eksempel med tvungent psykisk helsevern. Å ha en stabil fastlege som kjenner pasienten vil være et viktig fundament for å kunne skape tillit og trygghet. Fastlegens koordineringsansvar innebærer å bidra til at pasienten får helhetlig behandling og oppfølging, både direkte og gjennom tverrfaglig samarbeid. Dersom pasienten har vanskelig med å møte til konsultasjon kan familie eller ansatte i kommunale tjenester som pasienten har kontakt med gi verdifull hjelp til å etablere møter eller få frem informasjon som kan belyse pasientens situasjon.

Det er viktig at helsepersonell møter pasientene som hjelpere, uten moralisme. Avgjørelser må tas i samvalg med pasientene så sant det er mulig. Også for pasienter som er underlagt tvang bør det søkes størst mulig grad av samvalg i behandlingen.

Fastleger og spesialisthelsetjeneste må også opparbeide en god relasjon og et nært samarbeid med familie, annet sosialt nettverk eller personell i helse- og sosialtjenesten i kommunen for god ivaretagelse av somatiske problemstillinger. Forhold som gjelder taushetsplikt må tas opp og avklares mellom de involverte. Mange pårørende mener at et bedre samarbeid med helsetjenesten er ønskelig og mulig å oppnå ved enkle tiltak. Det er liten tvil om at dette også er nyttig for bedre ivaretagelse av pasientenes somatiske helse.

## 4.4 Tannhelse

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser har ofte dårlig tannhelse. Dette kan ha flere årsaker, som dårlige levekår, dårlig tannhygiene, bivirkninger av medisiner og vegring for å søke hjelp. Rusmidler kan også utløse munnhule- og tannlidelser. Dårlig tannstatus kan bidra til økt stigma og utenforskap, og kan være kilde for bakterielle infeksjoner både lokalt og med spredning i blodbanen. Dårlig tannhelse påvirker særlig muligheten til å spise sunt, og muligheten til å fungere normalt i sosiale sammenhenger. Som konsekvens svekker dårlig tannhelse ernæringsstatus og forsterker ensomhet for disse pasientgruppene. Nasjonalt pasientforløp for somatisk helse og levevaner gir retningslinjer for kartlegging og oppfølging av tannhelse: [Tannhelse - Helsedirektoratet](#).

Noen grupper har rett til gratis tannbehandling:

- Pasienter som er innlagt i institusjon eller har vedtak om helsetjenester i hjemmet med varighet på minst tre måneder, har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhelsetjenesteloven §1-3 første ledd bokstav C.
- Personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne, §5 i Folketrygdloven (Helfo).
- Personer med rusmiddelavhengighet som er under kommunal rusomsorg og som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, i mer enn tre måneder (finansiert av fylkeskommunen).

- Personer som mottar legemiddelassistert behandling (LAR) (finansiert av fylkeskommunen).

Utfordringen med dagens regelverk er blant annet at pasientene i psykisk helsevern ofte er for syke til å motta tannbehandling under innleggelsen, men mister sine rettigheter til gratis tannbehandling når de utskrives og kanskje er friske nok til å motta tannbehandling. Stadig flere pasienter behandles ambulant/poliklinisk i stedet for på institusjon, og har dermed ikke rett til gratis tannbehandling etter Tannhelsetjenesteloven.

Regjeringen har satt ned et nytt utvalg som skal gjennomgå organisering og finansiering av tannhelsetjenester [Tannhelseutvalget - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no). De skal levere sine anbefalinger i løpet av 2024. Norsk tannlegeforening, Norsk psykologforening, Norsk forening for allmenntannmedisin og Norsk psykiatrisk forening har under Arendalsuka 2022 og i brev til Helse- og omsorgsdepartementet foreslått å utvide retten til nødvendig medisinsk-odontologisk behandling. Departementet har henvist videre til Tannhelseutvalget for nærmere utredning av forslagene:

1. Pasienter med psykiske helseplager som faller inn under Tannhelsetjenestelovens «gruppe C1 og C2» beholder tilbudet fra tannhelsetjenesten i fylkeskommunene i inntil 6 måneder etter utskrivelse, friskmelding eller overføring til oppfølging i ACT/FACT-team eller liknende.
2. Pasienter med psykiske helseplager som etter forskrift til folketrygdloven §5-6 § 1 pkt. 14 har rett til stønad til tannbehandling beholder rettighetene i 6 måneder etter at de sterkt nedsatte evnene til egenomsorg er gjenopprettet.

Tannleger har en begrenset rett til å tilby tannbehandling med refusjon. Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 ([Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade](#), gjeldende fra 1/1 2022) stiller krav om erklæring fra lege eller sykehus for punkt 4 (infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander) og fra lege eller psykolog for punkt 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne). Kravet om legeattest kan hindre tilgangen til nødvendig tannbehandling og det bør vurderes om dette kravet er nødvendig. Et alternativ kan være at hvis tannlegen etter egen vurdering finner behandling indisert, informerer han pasientens lege om funnet og behandlingen, slik at lege settes i stand til å vurdere pasientens helse helhetlig.

Arbeidsgruppen mener at tilgang til gratis tannbehandling er et svært viktig virkemiddel for å bedre tannhelsen hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser. Alle nivå av helsetjenesten bør bidra til opplæring i god tannhygiene. Et enkelt, men viktig grep er å ha fokus på tannhygiene under døgninnleggelse og sikre tilgang til nødvendig utstyr og oppfølging.

## 5. Bedre diagnostikk og behandling

### Forslag til tiltak

5.1	<b>Tiltak for å unngå at pasientene faller mellom stolene: Alle deler av helsetjenesten må gripe muligheten til å gjennomføre undersøkelser eller behandling når pasienten er tilgjengelig.</b>
5.1.1	<b>Tiltak for å styrke somatisk kartlegging og behandling i døgnavdelinger:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Døgnbehandling i PHV/TSB må benyttes til somatisk kartlegging og nødvendig utredning og behandling.</li><li>• Somatiske enheter må om nødvendig tilby utredning/behandling i døgnavdeling for prosedyrer som vanligvis lar seg gjennomføre poliklinisk.</li><li>• Kortvarige elektive innleggelses i PHV/TSB kan gi muligheter for somatisk undersøkelse eller behandling som ellers ikke lar seg gjennomføre.</li><li>• Sengeposter og poliklinikker må sikres tilstrekkelig utstyr til somatisk undersøkelse (inkludert EKG-apparat), se kap. 6 og 9.</li><li>• Alle enheter i PHV/TSB må sikres tilgjengelige laboratorietjenester.</li><li>• Journalopplysninger må gjøres gjensidig tilgjengelig på tvers av fagområder PHV/TSB/somatikk.</li></ul>
5.1.2	<b>Tiltak for å styrke somatisk kartlegging og behandling for pasienter som følges poliklinisk og/eller i primærhelsetjenesten:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Poliklinikker i PHV og TSB må sikre kartlegging av risikoatferd/risikofaktorer for somatisk sykdom samt nødvendig utredning av somatisk sykdom. Felleskonsultasjoner mellom poliklinisk behandler og fastlege kan bidra til dette.</li><li>• Integreert behandling av somatikk, skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet og psykiske vansker, f. eks. etter behandlingsmodellen Integrated Dual Disorder Treatment, bør utvikles i alle helseforetak.</li><li>• Årskontroll på fastlegens initiativ, se punkt 3.1.5.</li></ul>
5.1.3	<b>Tiltak ved manglende samtykkekompetanse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vurdere bruk av Pasient og brukerrettighetslovens §4a for å kunne gi nødvendig helsehjelp hvis pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg behandling.</li></ul>
5.1.4	<b>Tiltak ved akutt sykdom:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lav terskel for somatisk undersøkelse på grunn av kjent risiko for å oppfatte akutt somatisk sykdom som tegn på rusmiddelpåvirkning, abstinens eller psykisk lidelse.</li><li>• Ved behov for akutt legeundersøkelse av poliklinisk pasient bør enheten enten undersøke pasienten selv eller hjelpe pasienten til nødvendig legeundersøkelse på annen måte.</li><li>• Døgnenheter må gjøre seg kjent med og implementere Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. <a href="https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand">https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand</a></li></ul>

<p>5.2.1</p> <p>5.2.2</p>	<p><b>Tiltak for å bedre oppdagelse og behandling av hjerte-/karsykdom og DMT2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Systematisk kartlegging av risikofaktor/risikoatferd for hjerte-/karsykdom og DMT2 under innleggelse og i forbindelse med poliklinisk behandling. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kartlegging bør følge anbefalingene i Nasjonalt forløp psykisk helse og rus, nyttige hjelpemidler er “Hjertefrisk”-algoritmen og “Somatisk utsjekk” (se vedlegg 9.3).</li> </ul> </li> <li>● Hjertespesialister, fastleger og psykiatere må alle ta et ansvar for å identifisere pasienter med DMT2, hypertensjon, hyperlipidemi eller forsnnevrede kransarterier og sørge for adekvat behandling og sekundærforebygging.</li> </ul>
<p>5.2.3</p>	<p><b>Tiltak for å redusere røyking i pasientgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Røykevaner bør kartlegges for alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddellidelse, både hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten.</li> <li>● Nikotinavhengighet skal diagnostiseres etter ICD 10/11.</li> <li>● Alle nikotinavhengige skal tilbys rådgivning OG medikamentell behandling.</li> <li>● Nikotinavhengige som ønsker behandling skal følges opp, enten i PHV/TSB eller hos fastlege.</li> <li>● Under innleggelse bør personalet hjelpe pasientene å finne alternativer til tobakksbruk, både for å håndtere stress og som sosial aktivitet.</li> <li>● Alle enheter i PHV/TSB bør implementere et robust røykesluttprogram for egne pasienter, for eksempel etter Ottawa-modellen.</li> </ul>
<p>5.2.4</p>	<p><b>Tiltak for å redusere skadevirkninger av alkohol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasienter som innlegges med rusmiddelrelaterte skader eller er beruset bør kartlegges med AUDIT og DUDIT.</li> <li>● Alle pasienter i PHV og TSB bør kartlegges med AUDIT.</li> <li>● Fastleger må være oppmerksomme på uheldige alkoholvaner som en mulig tilleggsfaktor hos pasienter med psykiske lidelser og/eller skadelig bruk av rusmidler eller annen avhengighet, og bruke målrettet kartlegging når det er indikasjon.</li> <li>● Skadelig bruk eller avhengighet av alkohol må diagnostiseres etter gjeldende diagnoseverktøy.</li> <li>● Ved avdekket forhøyet risiko må det følges opp av motivasjonsarbeid og tilbud om individuelt tilpasset behandling.</li> </ul>
<p>5.2.5</p>	<p><b>Tiltak for å redusere skadevirkninger av illegale rusmidler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasienter som innlegges på somatiske avdelinger med rusmiddelrelaterte skader eller rusmiddelpåvirket bør kartlegges med AUDIT og DUDIT.</li> <li>● Bruk av illegale rusmidler bør kartlegges ved bruk av DUDIT (TWEAK for gravide) for alle pasienter i PHV og TSB.</li> <li>● Rusmiddelbruk bør diagnostiseres ved bruk av gjeldende kodeverk.</li> <li>● Ved avdekket forhøyet risiko må det følges opp av motivasjonsarbeid og tilbud om individuelt tilpasset behandling.</li> </ul>
<p>5.2.6</p>	<p><b>Tiltak for å sikre kartlegging og behandling av leversykdom:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alle pasienter med risikofaktorer for alkoholrelatert leversykdom, metabolsk fettleversykdom eller med hepatitt C infeksjon bør screenes for leversykdom med FIB-4, deretter vurderes elastografi (se algoritme i vedlegg 6.1.5).</li> </ul>

5.2.7	<p><b>Tiltak for å redusere infeksjoner relatert til injisering av rusmidler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasienter med injiserende rusmiddelbruk bør systematisk få undersøkt hudstatus ved innleggelse i sykehus eller institusjon.</li> <li>● Pasient og helsepersonell bør ha ekstra årvåkenhet for å sikre tidlig identifikasjon og behandling av hudinfeksjoner med adekvat sårstell og antibiotikabehandling.</li> <li>● Helsemyndighetene må påse at kravet om ordninger som sikrer gratis og enkelt tilgjengelig brukerutstyr (sterile sprøyter, kanyler og røykefolie) for injeksjon for rusmiddelbrukere, samt gratis vaksine for hepatitt A og B, oppfylles i alle kommuner.</li> <li>● Alle pasienter med påvist hepatitt C infeksjon skal tilbys rask behandling, gjerne i et forenklet behandlingsforløp, se også pkt. 5.2.6.</li> </ul>
5.2.8	<p><b>Tiltak for å bedre avdekking og behandling av kreftsykdommer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Støtte til å huske og holde avtaler om screening for livmorhalskreft og brystkreft.</li> <li>● Støtte og tett samhandling ved påvist sykdom, se kapittel 5.1.</li> </ul>

## 5.1 Vi må gripe mulighetene

Arbeidsgruppen mener at et av de viktigste faglige enkelttiltak for bedre somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse/alvorlig rusmiddellidelse er at behandlingskontakter i PHV og TSB medvirker til at våre pasienter får tilstrekkelige somatiske helsetjenester fra fastleger og relevante spesialister.

### 5.1.1 I døgnavdelinger

Arbeidsgruppens erfaringer fra klinisk arbeid er at press på sengeplasser, fragmenterte sykehusavdelinger og stramme sykehusbudsjett medfører at behandlingsansvaret begrenses så mye som mulig. Overfylte sengeavdelinger pålegger klinikere å skrive ut pasienter raskt eller flytte pasienter til andre avdelinger når dette anses som forsvarlig. Dette kalles "skyvespillet" i boken "Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak" av Lars Lien og Tore Willy Lie (red) [57] og gir høy risiko for helsetap for de sykeste pasientene med sammensatte og kompliserte lidelser. Arbeidsgruppen mener at en helt motsatt tilnærming er nødvendig for å skape en reell reduksjon i denne pasientgruppens oversykelighet og overdødelighet. I stedet for å skyve pasientene videre, trenger vi å gripe mulighetene for å gjøre nødvendige undersøkelser og tilby behandling når anledningen byr seg.

Ved døgnopphold i PHV/TSB får alle pasienter utført en somatisk undersøkelse. Hvis man i tillegg i dialog med fastlege identifiserer nødvendige somatiske undersøkelser, og i dialog med somatiske avdelinger får gjennomført disse under innleggelsen, ville dette være et stort steg i riktig retning. Tilgangen til å få gjennomført grunnleggende undersøkelser i PHV og TSB må gjøres så god som mulig, ved å ha nødvendig utstyr tilgjengelig (se også kapittel 6 for utstysliste).

Somatiske avdelinger bør vurdere å tilby utredning og/eller behandling i døgnavdeling også for prosedyrer som vanligvis lar seg gjennomføre poliklinisk eller som dagpasient, for å sikre gjennomføring. En kortvarig innleggelse på psykiatrisk sengepost kan gjøre det mulig å gjennomføre nødvendige somatiske undersøkelser eller behandling. Et eksempel i samme retning er en nylig gjennomført randomisert studie som viste at umiddelbar (opportunistisk) behandling av hepatitt C hos pasienter innlagt i avdelinger for skadelig bruk av rusmidler, rusmiddelavhengighet, psykiatri og

indremedisin var mye mer effektivt enn den tradisjonelle henvisningsbaserte modellen [58]. En slik tilnærming krever en endring i holdninger og praksis og er et lederansvar.

Ved flere helseforetak er det fortsatt slik at avdelinger i PHV/TSB har tilgang til somatisk journal, mens somatiske avdelinger ikke kan lese pasientens journal fra PHV/TSB. Dette mener arbeidsgruppen er en trussel mot pasientsikkerheten. En rekke somatiske undersøkelser og vurderinger gjøres i PHV/TSB og registreres i denne journalen, og kunnskap om den psykiske/rusmiddelrelaterte lidelsen er også av stor betydning for behandling i somatikken. Arbeidsgruppen anbefaler at alle helseforetak gjør elektronisk journal tilgjengelig på tvers av fagområder.

### **5.1.2 I poliklinikker og primærhelsetjenesten**

Mange pasienter får god integrert behandling for både kroppslig og psykisk sykdom hos fastlegen og ellers i primærhelsetjenesten. Dette kan forbedres ytterligere ved å gjennomføre en fast årlig somatisk kontroll, initiert av fastlegen, for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse, som beskrevet i kapittel 3.1.5. Kontinuitet i kontakt med fastlege er nylig også vist å predikere lavere mortalitet [23], og arbeidsgruppens vurderer årskontroll hos fastlege som et av de viktigste tiltak i rapporten. Arbeidsgruppens forslag til innhold i årskontroll:

- Vurdering av helse her og nå med relevante undersøkelser.
- Legemiddelgjennomgang.
- Samtale om kontakten med nære relasjoner, boligforhold, rusmiddelbruk, arbeid/studier/andre aktiviteter, økonomi.
- Ved langvarige helseproblemer og for alle over 40 år gjøres relevante undersøkelser av lungefunksjon, risiko for eller oppstått hjerte-/karsykdom, leverfunksjon og nyrefunksjon.

Imidlertid er det mange pasienter som følges nesten utelukkende opp poliklinisk i DPS/TSB og har lite kontakt med sin fastlege. Særlig i DPS er legetettheten lav, og Legeforeningens egne medlemsundersøkelser viser at mange pasienter aldri eller svært sjelden undersøkes av en lege når de utredes og behandles poliklinisk i PHV. Arbeidsgruppen vurderer at det er et stort potensiale for bedre somatisk oppfølging hvis poliklinikker i PHV for både barn/unge og voksne og i TSB i større grad tar ansvar for nødvendige somatiske undersøkelser og behandling av denne pasientgruppen.

Et eksempel på en slik tilnærming er behandlingsmodellen Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT), hvor pasienter får dekket flest mulig av sine behov både for helsetjenester og sosiale tjenester på samme sted. Denne modellen er beskrevet i boken "Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak" [57]. Lars Linderoth tar i boken til orde for at også behandlingen av somatiske sykdommer bør integreres i denne modellen. I praksis vil dette bety at pasienter får behandling for psykisk lidelse, rusmiddellidelse og somatiske sykdommer samtidig, og av samme team eller gruppe behandlere. For eksempel ved at sykepleiere i en psykiatrisk poliklinikk administrerer hepatitt C-medikamenter i samarbeid med en lege fra infeksjonsmedisinsk avdeling. Belastningen ved integreringen bæres av behandleren og ikke pasienten. I behandling av hepatitt C har denne tilnærmingen vist seg å gi bedre effekt enn standard behandling [59]. I Storbritannia har helsemyndighetene det siste tiåret jobbet målrettet mot bedre integrasjon av behandling og omsorg gjennom programmet National Collaboration for Integrated Care and Support [60, 61].

Det er klart at det må finnes lokale løsninger i det enkelte DPS/TSB-enhet for hvordan ansvaret for pasientenes somatiske helse integreres, i mange tilfeller må det også finnes konkrete løsninger for den enkelte pasient. Det sentrale må være at DPS/TSB anser pasientens somatiske helse som sitt ansvarsområde og benytter de virkemidler som de har til rådighet for enten selv å ivareta nødvendig screening, undersøkelse og behandling slik det er skissert over, eller tar ansvar for at dette skjer via pasientens fastlege eller andre legespesialister.

Arbeidsgruppen foreslår at store DPS/TSB-poliklinikker også kan vurdere om det er nyttig å ansette egne spesialister i allmenntilleggsmedisin for å sikre at pasienter med psykisk sykdom og/eller rusmiddellidelse får tilstrekkelig somatisk oppfølging på indikasjon innad i poliklinikken. Poliklinisk behandlede pasienter i PHV/TSB har også i mange tilfeller rett til indrepoliklinisk tilsyn i eget sykehus, for rask avklaring av somatiske tilstander.

### **5.1.3 Ved manglende samtykkekompetanse**

Å få gjennomført nødvendige undersøkelser og behandling hos denne pasientgruppen er noen ganger svært vanskelig, og pasientens autonomi kan komme i veien for det helsevesenet mener er god behandling. Både pasientens symptomer og lav tillit til helsevesenet kan være til hinder for optimal somatisk behandling. Samtidig mener arbeidsgruppen at det er mye å hente på å intensivere innsatsen ved å være oppsøkende og bruke tid på motivasjon, og det er også viktig å ha klart for seg at ved risiko for vesentlig helseskade hos personer som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp kan det være nødvendig at helsehjelpen vedtas gitt under tvang for at pasienten skal få gjennomført nødvendig somatisk behandling [62].

### **5.1.4 Ved akutt sykdom**

Økt sykkelighet og dødelighet hos personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse innebærer at de har en *høyere risiko* for akutt alvorlig somatisk sykdom enn befolkningen generelt. Men symptomer på nyoppstått eller forverret somatisk tilstand kan lett oppfattes som forårsaket av rusmiddelpåvirkning, abstinens eller psykisk lidelse, også ved kontakt med helsetjenesten. Dette innebærer en betydelig risiko for å bli *avvist* eller *mistolket* ved alvorlig sykdom. Hyppige kontakter med helsetjenesten ved forverring av psykisk lidelse eller rusmiddellidelse kan øke risikoen for å bli avvist eller mistolket ved akutte somatiske tilstander. I tillegg har ofte pasienten mindre ressurser til å ivareta egen helse. Det er derfor særlig viktig at alle ledd i helsetjenesten er ekstra oppmerksomme på den økte risikoen disse pasientene har for akutt alvorlig sykdom og risikoen for å mistolke situasjonen, og sørger for at pasienten får nødvendig helsehjelp. Lav terskel for somatisk undersøkelse og anamneseopptak vil redusere risiko for at akutt sykdom feiltolkes som utslag av rus, abstinens eller psykisk lidelse.

## **5.2 Spesifikt om viktige risikofaktorer/sykdomsgrupper**

Som nevnt i kapittel 2, publiserte WHO i 2018 retningslinjen [Management of physical health condition in adults with severe mental disorders \(2018\) \(who.int\)](#) [16] med sju prioriterte risikofaktorer eller sykdommer som i særlig grad øker sykkelighet og relativ dødelighet for personer med alvorlige psykiske lidelser. Arbeidsgruppen har i det videre tatt utgangspunkt i WHO's prioriterte liste, og i tillegg valgt å trekke fram leversykdommenes betydning for den fysiske helsen til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelse, samt økt risiko for død av kreftsykdommer.

### 5.2.1 Hjerte-/karsykdommer

*Bakgrunn:* Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser har høyere forekomst av hjerte-/karlidelser enn den generelle befolkningen på grunn levevaner, genetisk sårbarhet og bivirkninger av medikamentell behandling [5]. For personer med schizofreni er dette anslått å bidra til 8 % av den økte mortalitet relativt til den generelle befolkning [63].

*Kartlegging:* I Helsedirektoratets *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer* ([Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet](#)) anbefales screening for kardiometabolske *risikofaktorer* - hypertensjon, DMT2, dyslipidemi, overvekt/fedme - og *risikoatferd* - tobakksrøyking, fysisk inaktivitet og feilernæring ved hjelp av Hjertefriskalgoritmen (Lester tool) som angir grenseverdier for intervensjon og aktuelle intervensjonsstrategier. Spesifikke tiltak foreslås for å forebygge utvikling av kardiovaskulær sykdom hos personer som får påvist forhøyet blodtrykk, hyperkolesterolemi, prediabetes eller metabolsk syndrom. Intensiverte råd om endring av levevaner står sentralt, men mange personer med disse tilstander vil også ha nytte av medikamentell intervensjon.

*Sekundærprofylakse/behandling:* Det er påvist en dramatisk lavere andel av utredninger, sekundærprofylakse eller behandling som f. eks. hjertekateterisering, revaskularisering med stent, bypass-operasjon og behandling med blodtrykksmedisiner eller lipidsenkende medisiner, (odds ratio 0,5-0,7) hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser sammenlignet med den generelle befolkning [64]. Det er arbeidsgruppens vurdering at dette er svært alvorlig, og selv om det er sammensatte årsaker til disse tallene så er det **uten tvil mulig å øke andelen av personer med alvorlige psykiske lidelser/rusmiddellidelser som får adekvat utredning og behandling av kardiovaskulære lidelser ved å intensivere innsatsen**. Det er maktpåliggende at spesialister i somatikk, psykiatri, rus- og avhengighetsmedisin og allmenntilleggsmedisin alle tar et ansvar for å endre på dette.

### 5.2.2 Diabetes mellitus type 2 (DMT2)

*Bakgrunn:* Personer med alvorlige psykiske lidelser har om lag doblet risiko for å utvikle DMT2 [65], årsakene er sammenfallende genetikk, livsstilsfaktorer og bivirkninger av medikamentell behandling. DMT2 er en viktig risikofaktor for kardiovaskulær sykdom, nyresykdom og leversykdom, og øker risikoen for plutselig uventet død.

*Screening:* Helsedirektoratets har publisert flyttdiagrammet: **Risikovurdering og diagnostikk av DMT2** tilgjengelig på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Det finnes også risikokalkulatorer som kan være nyttige. De fleste personer med alvorlige psykiske lidelser vil ha forhøyet risiko for å utvikle DMT2. Det anbefales at personer med klinisk forhøyet risiko jevnlig undersøkes med enten HbA1c, fastende glukose eller glukose to timer etter en glukosebelastning. I praksis har mange psykiatriske sykehus og DPS innkomstrutiner hvor fastende glukose og HbA1c er inkludert, selv om dette skjer i mindre grad rutinemessig i DPS.

*Forebygging:* for yngre pasienter vil primærforebyggende intervensjoner mot overvekt som rett ernæring og økt fysisk aktivitet være de mest virksomme, for eldre pasienter vil screening og avdekking av DMT2 og god behandling av sykdommen i tillegg til fortsatt oppmerksomhet mot ernæring og fysisk aktivitet være viktig. Røykeslutt er svært viktig for å forebygge følgetilstander av DMT2. De forebyggende tiltak er i store trekk parallelle til forebygging av kardiovaskulære lidelser. Den vanskelighet pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser kan ha til å



etterleve generelle forebyggingsråd gjør at tettere oppfølging av helsepersonell er nødvendig for å få dette til, se kapittel 9 for eksempler på hvordan dette kan løses. I forebygging og behandling av DMT2 er vektreduserende tiltak for overvektige personer sentrale, og her kan også medikamentelle tiltak være nyttige.

### 5.2.3 Røyking og nikotin-avhengighet

*Bakgrunn:* Tobakksbruk er en av de aller viktigste årsakene til sykdom og død på verdensbasis [66]. Andelen dagligrøykere er svært høy blant pasienter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert behandling [67], mens andelen dagligrøykere i den generelle befolkningen er under 10% [43]. Røyking er en sentral faktor for mange sykdommer, særlig lungesykdommer som kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og kardiovaskulære sykdommer, og øker komplikasjoner ved DMT2. Vi vet både internasjonalt og fra norske undersøkelser at personer med psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelser får KOLS og koronarsykdom flere år tidligere enn normalbefolkningen, og at de på tross av økt sykkelighet til dels får mindre behandling, og mange dør for tidlig av slike lidelser uten å være diagnostisert eller behandlet [27, 64]. En omfattende dansk undersøkelse anslo at respiratorisk sykdom utgjør 9.3% av forebyggbare tapte leveår for pasienter med schizofreni [63].

*Kartlegging og diagnostikk:* Røyking og annen nikotinavhengighet bør kartlegges og eventuelt diagnostiseres hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddellidelse, så vel i allmenmedisin som i spesialisthelsetjenesten. Et nyttig verktøy kan være "Somatisk utsjekk, se kapittel 6.1.3.

*Behandling:* Pasienter med nikotinavhengighet bør tilbys spesifikk behandling mot denne. I Ottawa er det utviklet et enkelt og robust program for røykeslutt integrert i annen behandling - Ottawa Model for Smoking Cessation [68, 69], som beskrives kort i kapittel 6.1.4 i denne rapport. Modellen er evaluert i flere forskningsprosjekt og utprøvd i flere andre land. Elementene i programmet er 1) kartlegging, 2) dokumentasjon, 3) behandling (rådgivning og medikamenter) og 4) oppfølging. Programmet fokuserer på nødvendige endringer i helsetjenesten mer enn endringer hos pasientene, og det er dokumentert gode resultater i 1 år etter gjennomgått program. Ottawa-modellen er et godt eksempel på et integrert røykesluttprogram. Det er et ledelsesansvar å få på plass tilbud om røykesluttprogram i sykehus/DPS/TSB. Mange pasienter vil også kunne få effektiv hjelp av sin fastlege til å slutte å røyke.

### 5.2.4 Alkohol

Alkoholbruk er i denne rapporten både en hovedsak – for personer med skadelig bruk av alkohol eller alkoholavhengighet, og et tilleggsproblem – for personer med alvorlige psykiske vansker eller annen rusmiddelavhengighet. Alkoholbruk har en særskilt viktig plass i rapporten på grunn av omfattende somatiske følgetilstander hvorav mange bidrar til økt mortalitet. Alkoholproblemet og de somatiske følgetilstander må utredes/avklares, og pasientene må tilbys behandling for rusmiddelproblemer og nødvendig behandling for somatiske tilstander.

*Bakgrunn:* I WHO's Global burden of disease 1990-2016 kommer alkohol på 7. plass over de viktigste årsaker til død og tapte leveår [70]. En tredjedel av alle innleggelses i norske sykehus skyldes direkte eller indirekte bruk av alkohol [71]. Alkohol kan føre til akutte skader, enten ved ulykker, vold, forgiftning eller abstinensreaksjoner. Langvarig høy bruk medfører risiko for redusert kognitiv funksjon, motoriske problemer og polyneuropati samt endokrinologiske forstyrrelser, kreft og kardiovaskulære lidelser, leversykdommer, betennelse i bukspyttkjertel og økt infeksjonsrisiko der særlig lungeinfeksjoner kan få et alvorlig forløp.

*Kartlegging:* Alle somatiske avdelinger skal ha implementert tiltak for å fange opp skadelig alkoholbruk hos pasienter. Mange pasienter med alkoholavhengighet kommer først i kontakt med helsetjenestene når de blir innlagt akutt i somatiske avdelinger på grunn av skader eller intoksikasjon. Dette er en god mulighet til å kartlegge alkoholbruk med AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)[72]. Alle enheter i PHV og TSB må være oppmerksomme på alkohol som en mulig medvirkende eller kompliserende faktor. Alle pasienter i PHV og TSB bør kartlegges med AUDIT - dette gjøres i stor grad allerede, men funn av forhøyet risiko må også etterfølges av tilbud om målrettede tiltak. Fastleger må være oppmerksomme på uheldige alkoholvaner som en mulig tilleggsfaktor hos pasienter med psykiske lidelser og/eller andre rusmiddelproblemer, og tilby oppfølging og ved behov henvisning til annen hjelp i kommunen og/eller oppfølging i TSB. Det anbefales målrettet kartlegging, såkalt "pragmatisk kartlegging" [73]. Hvis pasienten oppfyller diagnosekriteriene for skadelig bruk eller avhengighet, bør denne diagnosen settes.

*Behandling:* Hvis forhøyet risiko avdekkes, må det følges opp av tilbud om tiltak, f. eks. ved tilbud om oppfølging i førstelinjen/hos fastlegen, eller ved en henvisning til TSB. Mange enheter i PHV og TSB bruker Motiverende Intervju som et startpunkt på å bidra til atferdsendring med hensyn til rusmiddelbruk [74], se også omtalen av IDDT-programmet i rapportens kapittel 5.1.2. Andre aktuelle tiltak kan være endringsfokuset rådgivning, medikamentell behandling eller henvisning til TSB for poliklinisk behandling eller døgnopphold.

### **5.2.5 Illegale rusmidler**

*Bakgrunn:* Ruslidelser er en viktig årsak til økt somatisk sykkelighet og dødelighet i seg selv, men bruk av rusmidler er også en kompliserende tilleggsfaktor ved psykiske lidelser og kan bl. a. bidra til å forverre eller utløse sykdomsepisoder, forstyrre daglige rutiner og avtaler og forhindre at pasientene følger opp og tar vare på sin fysiske helse.

*Kartlegging:* På samme måte som for alkohol, bør somatiske avdelinger ha en rutine for å kartlegge rusbruk hos pasienter med forhøyet risiko, f.eks. pasienter som innlegges med akutte skader og/eller er rusmiddelpåvirket. Det vil ofte være naturlig å kartlegge med både AUDIT og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) [75]. Alle pasienter i PHV og TSB bør kartlegges med DUDIT. TWEAK (Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og C(K)ut down) [76] brukes for gravide. Hvis pasienten oppfyller diagnosekriteriene for skadelig bruk eller avhengighet, bør denne diagnosen settes.

*Behandling:* Hvis forhøyet risiko avdekkes, må dette følges opp av tilbud om tiltak, f. eks. ved tilbud om oppfølging i førstelinjen/hos fastlegen, eller ved henvisning til TSB.

### **5.2.6 Identifikasjon og diagnostikk av leversykdom**

*Bakgrunn:* Leversykdom er nå den nest vanligste årsaken til tapte arbeidsår i Europa (etter iskemisk hjertesykdom) [30]. Sykdomsbyrden drives i hovedsak av alkohol, fedme og virushepatitt, faktorer som i stor grad kan forebygges. Lever-relatert sykkelighet og dødelighet skyldes komplikasjoner til levercirrhose (portal hypertensjon, leversyntesesvikt og hepatocellulært karsinom) som typisk inntreffer ved endestadiet etter mange års mer eller mindre erkjent sykdomsprogresjon.

*Kartlegging:* Leversykdommer er «tause» på tre nivåer: 1) sykdomsprogresjonen er oftest asymptomatisk inntil komplikasjoner inntreffer, 2) pasientgruppen er ofte marginaliserte og sårbare uten å ha en tydelig stemme i samfunnet, og 3) den politiske viljen til å satse på forebyggende tiltak er utilstrekkelig. Tidlig identifikasjon av leversykdom er derfor helt essensielt for å kunne redusere

den økende sykdomsbyrden. Alkoholrelatert leversykdom, metabolsk (ikke-alkoholisk) fettleversykdom og kronisk hepatitt C er tilstander som er overrepresentert hos pasienter med rusmiddel- og avhengighetslidelser.

Å tolke leverprøver kan være krevende for helsepersonell som ikke er spesialister på området. Avansert leversykdom kan foreligge selv med normale leververdier eller med subtile utfall. Ofte kan det ta 20-30 år med lavgradig betennelse og gradvis fibroseutvikling før levercirrhose etablerer seg. Det finnes ulike biokjemiske fibroseindekser som kan fange opp signifikant leversykdom på et tidlig stadium. FIB-4 indeks er en av de best validerte og baserer seg på *alder*, *ASAT*, *ALAT* og *trombocytter* (<https://www.mdcalc.com/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis>). I denne rapporten presenteres en nyutviklet FIB-4-basert algoritme for identifikasjon av pasienter med risiko for leversykdom til bruk i TSB, PHV og allmennpraksis, og vi anbefaler at alle pasienter med risikofaktorer for alkoholrelatert leversykdom, metabolsk fettleversykdom eller med hepatitt C infeksjon bør få utført førstelinje fibrosetesting med FIB-4 [30]. Se hele algoritmen under punkt 6.1.5, eller på Norsk gastroenterologisk forening sin nettside: [algoritme-for-fibroseutredning-i-risikogrupper-og-ved-leversykdom.pdf \(legeforeningen.no\)](#). Det bør derfor screenes målrettet med FIB-4 ved alkoholoverforbruk, injiserende rusmisbruk eller metabolsk syndrom/DMT2.

*Oppfølging og behandling:* Lave FIB-4-verdier gir svært høy negativ prediktiv verdi for avansert leverfibrose mens pasienter med høye verdier bør henvises til spesialistvurdering parallelt med at man igangsetter forebyggende tiltak og behandler risikofaktorer.

### **5.2.7 Infeksjoner relatert til injisering av rusmidler**

*Bakgrunn:* Hud- og bløtdelsinfeksjoner bidrar til betydelig sykkelighet og dødelighet blant personer som injiserer rusmidler, og er den vanligste innleggelsesårsak i sykehus for denne gruppen. Hele 50-65% av injiserende rusmiddelbrukere rapporterer minst en episode med hud- og bløtdelsinfeksjoner i løpet av det siste året [77, 78]. De vanligste lokalisasjonene korresponderer med typiske injeksjonssteder som armer, underekstremiteter, sete og lyske. Kliniske presentasjoner varierer fra små abscesser og lokaliserte cellulitter til livstruende infeksjoner med sepsis og nekrotiserende fasciitt. De vanligste mikrobene er gram-positive bakterier som staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes og andre streptokokker. Hud- og bløtdelsinfeksjoner kan kompliseres av septisk artritt, osteomyelitt, endokarditt, nyresvikt og AA-amyloidose. En relativt stor andel av dialysepasienter i Oslo og London har endestadium nyresykdom på bakgrunn av amyloidose sekundært til kroniske hud- og bløtdelsinfeksjoner.

Hud- og bløtdelsinfeksjoner oppleves som kosmetisk skjemmende og smertefullt, og bidrar til redusert livskvalitet for pasientene og en vesentlig byrde for helsevesenet. Det er et åpenbart behov for mer kunnskap om fenomenet og identifikasjon av effektive forebyggende tiltak. Potensielle tiltak er tidlig identifikasjon og stell av sår, samt adekvat antibiotikabehandling, noe som krever spesiell årvåkenhet både fra pasient og helsepersonell.

Personer som injiserer rusmidler har også risiko for blodbårne virusinfeksjoner grunnet deling av injeksjonsutstyr. HIV-infeksjon er svært sjelden i denne populasjonen i Norge, noe som sannsynligvis reflekterer god dekning av effektiv skadereduksjon med god tilgang på rent brukertstyr for injeksjon i en populasjon med lav prevalens.

Til tross for skadereduserende tiltak har imidlertid hepatitt C-infeksjon vært endemisk blant injiserende rusmiddelbrukere i flere tiår, og prevalensen av kronisk hepatitt C har i mange år vært rundt 45% i brukermiljøet i Oslo og Bergen. I takt med økende behandlingsopptak i denne gruppen, ser vi nå endelig betydelige fall i prevalensen, og Norge er «on track» for å nå målet om eliminasjon av hepatitt C innen 2030 [79]. Dette vil imidlertid forutsette vedvarende innsats fra helsepersonell med rutinemessig testing hos personer i risiko for smitte (også etter vellykket behandling) og rask behandling dersom det påvises infeksjon.

*Kartlegging:* Oppmerksomhet på risiko for infeksjoner og undersøkelse av hudstatus er viktig i alle nivåer av helsetjenesten som kommer i kontakt med pasienter med injiserende rusmisbruk.

*Behandling:* Hudinfeksjoner må behandles raskt med adekvat sårstell og antibiotika. Selv om alle landets kommuner er lovpålagt å dele ut gratis brukerutstyr, mangler dette fortsatt i mange kommuner [80]. Dette er et viktig tiltak for å redusere injeksjonsrelaterte infeksjoner. Pasienter med påvist hepatitt C-infeksjon skal tilbys rask behandling, se anbefalinger i punkt 5.2.4. Se også Helsedirektoratets Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/somatiske-komplikasjoner-ved-injisering-av-rusmidler-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-av-somatiske-komplikasjoner-ved-injisering-av-rusmidler>).

### **5.2.8 Kreftsykdommer**

*Bakgrunn:* Kreftsykdommer rammer en stor andel av befolkningen, og forsinket diagnostikk er den vanligste årsaken til uheldige utfall. Undersøkelser har vist at screening utføres i lavere grad hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med normalbefolkningen [81]. En stor dansk studie fant at pasienter med alvorlig psykisk lidelse hadde omtrent samme forekomst av kreft som normalbefolkningen, men signifikant forhøyet dødelighet av kreft når den først forelå. Dette kunne ikke forklares av at kreften var i et mer alvorlig stadium ved oppdagelse, og en mulig årsak kan være at disse pasientene hadde fått mindre optimal behandling [82].

Risikofaktorer som overvekt, og risikoatferd som røyking og alkoholbruk gir en betydelig økt risiko for utvikling av mange kreftsykdommer, og det følger av omtalen under rapportens punkt 5.2.3/5.2.4 at pasienter med alvorlige psykiske lidelser/rusmiddellidelser kan være spesielt utsatt. Nyere studier har også vist en noe forhøyet risiko for brystkreft hos kvinner som tar antipsykotiske medikamenter som gir forhøyet prolaktin-nivå [51].

*Diagnostikk og behandling:* En stabil primærhelsetjeneste med en fastlege er nødvendig for å kunne avdekke kreftsykdom tidlig hos denne pasientgruppen, og vil være avgjørende for utfallet av kreftsykdommene. Støtte og hjelp som f. eks. følge til screening-avtaler kan bidra til deltakelse i screening-programmene, og oppmerksomhet mot dette er også en oppgave for PHV og TSB.

## 6. Anbefalinger om prosedyrer og utstyr

### Anbefalte prosedyrer og utstyr

6.1.1	<b>Utstysliste</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Minimumsliste basert på krav i pasientforløp</li><li>• "Ønskeliste" basert på ulike problematikker</li></ul>
6.1.2	<b>Anbefalte kartleggingsverktøy for rus</b>
6.1.3	<b>Somatisk utsjekk (Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus)</b>
6.1.4	<b>Ottawa Model for Smoking Cessation</b>
6.1.5	<b>Algoritme for utredning og behandling av leversykdom</b>

Sjekkliste og prosedyrer kan ofte være nyttige hjelpemidler i helsetjenestene, og en del av arbeidsgruppens mandat var derfor å *etablere standarder for prosedyrer og utstyr for somatisk kartlegging i behandlingssenheter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som for eksempel algoritmen "Hjertefrisk"*. Arbeidsgruppen har løst dette dels ved å systematisere allerede etablerte anbefalinger fra nasjonale pasientforløp og retningslinjer, dels ved å videreutvikle en lokal sjekkliste ("Somatisk utsjekk") fra Psykiatrisk klinikk, Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Rapporten anbefaler også en nyutviklet algoritme for leversykdom, og en veletablert modell for røykeavvenning.

#### 6.1.1 Utstysliste - minimum

Listen beskriver utstyr som må være tilgjengelig ved avdelinger som tar imot pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), basert på gjennomgang av følgende retningslinjer:

- Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og eller rusmiddelproblemer Hdir 2019 ([Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet](#))
- Gravide i LAR 2011, rev. 2019 ([Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) - Helsedirektoratet](#))
- LAR ved opioidavhengighet, mai 2022 ([Legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) ved opioidavhengighet - Helsedirektoratet](#))
- ROP-retningslinjen ([Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#))
- Nasjonal faglig retningslinje om avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler ([Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler - Helsedirektoratet](#))

**Må ha tilgjengelig for status ved innkommst:**

- Vekt

- Høydemåler
- Målebånd (midjemål)
- Blodtrykksmåler og klokke
- Stetoskop
- Otoskop (bør ha)
- Oftalmoskop (bør ha)
- Termometer
- Utstyr for orienterende nevrologisk undersøkelse

#### **Utstyr en trenger til supplerende undersøkelser:**

- EKG: Anbefalt ved behandling i LAR (oppstart, doseendring), ved oppstart av sentralstimulerende ved ADHD, og for alle pasienter over 50 år i TSB, og ved oppstart/endring av antipsykotika.
- Spirometri: Anbefalt for alle pasienter over 40 år med symptomer fra luftveiene, og alle røykere over 40 år.
- Skiftestue med utstyr (for å ivareta hudproblematikk hos pasienter som injiserer, drenere abscesser).

#### **Laboratorietjenester/prøver:**

- Rom for urinprøve (med speil og relevant utstyr)
- Utstyr til blodprøvetaking
- Urinstix
- Graviditetstest
- Hurtigtest rusmidler
- Prøvetakingsutstyr til mikrobiologisk undersøkelse/ infeksjoner

#### **Utstyr en bør ha tilgang til også i vakttid:**

- Pulsoksymeter (Nyttig ved NEWS-skåring og KOLS-vurdering)
- CRP (nyttig ved infeksjonsvurdering og NEWS, det bør være mulig å ta utenom arbeidstid).
- Blærescanner

#### **For gravide i LAR gjelder i tillegg:**

Egnet rom for terapeutiske formål og kontrollformål (svangerskap).

### **6.1.2 Kartleggingsverktøy for rus**

Anbefalte kartleggingsverktøy (minimum) anbefalt i pakkeforløpene:

- AUDIT ([audit-blank.pdf \(rop.no\)](#)) eller Alcohol-E, eventuelt også DUDIT ([dudit-blank.pdf \(rop.no\)](#)) eller DUDIT-E (snakkomrus.no) for kartlegging av alkoholforbruk og eventuelt øvrige rusvaner.
- CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised) ([CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholavrusning - Helsedirektoratet, T5.11 Tabeller | Legemiddelhåndboka \(legemiddelhandboka.no\)](#))
- Gravide: Det finnes en rekke screeninginstrumenter for å fange opp alkoholbruk i graviditet. TWEAK-instrumentet anses som spesielt nyttig for å kunne fange opp risikofylt bruk av alkohol hos gravide ([tweak-blank2.pdf \(rop.no\)](#)).

- Tobakk:
  - Minimal intervensjon: (ligner litt på forenklet Ottawa-modell, anbefalt i pasientforløp)
    - Røyker du?
    - Hva tenker du om det?
    - Jeg kan hjelpe deg å slutte.

### 6.1.3 Somatisk utsjekk (Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus)

---

#### SOMATISK INNSJEKK/UTSJEKK

Forenklet helseintervju og somatisk undersøkelse skal utføres ved innkomst og utskrivelse. Undersøkelsen utføres og dokumenteres av sykepleier/vernepleier ved hjelp av fraser i DIPS. f Sykepleier/vernepleier sjekker/sørger for at pasienten har fastlege. Lege rekvirerer blodprøver og skriver oppsummering. Dokumentet godkjennes av lege og viktige funn settes inn i epikrise/overføringsnotat.

#### Intervju om somatiske forhold (sykepleier/vernepleier)

Pasienten skal spesifikt spørres om smerter/obstipasjon/røykevaner /tannhelse/kronisk hoste eller tungpustenhet/tidligere hjertesykdom, lungesykdom eller virushepatitt.

Reproduktiv helse:

Kvinner: menstruasjon/seksuell funksjon/prevensjon

Menn: seksuell funksjon/prevensjon

Andre helseproblemer?

Bivirkninger av antipsykotika kartlegges med selvutfylt skåringskjema (UKU).

Ved bruk av Cisordinol, Haldol, eller Trilafon: spesifikk undersøkelse av tremor, rigiditet, akathisi med mer (lege).

#### Informasjon om nytten av tilstrekkelig og riktig ernæring, fysisk aktivitet og endring av røykevaner (sykepleier/vernepleier)

Pasienten informeres – muntlig eller skriftlig, bruk for eksempel

[Helsedirektoratets kostråd - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no/helsedirektoratets-kostrad)

[App, veiledning og sosiale medier til hjelp for snus- og røykeslutt - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no/app-veiledning-og-sosiale-medier-til-hjelp-for-snus-og-rokyeslutt)

[Psykisk helse og fysisk aktivitet - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet)

#### Somatisk undersøkelse (sykepleier/vernepleier)

Puls (spm):

BT (måles x 3 på sittende pasient med ett minutt mellomrom og angis som snittet av de to siste):

Vekt (kg):

Høyde (cm):

BMI:

Hoftevidde (cm):

Livvidde (cm):

Livvidde/hoftevidde-ratio:

### **Supplerende prøver** (bestilles av lege)

Blodprøver som skal rekvireres ved innkomst og før utskrivelse:

Hb, Lpk med differensialtelling, Tpk,

CRP, natrium, kalium, kalsium, kreatinin, klorid

TSH, fritt T4, vitamin B12 (kobalamin), folat, ALAT, GGT, prolaktin, HbA1c, fastende s-glukose, kolesterol, LDL-kolesterol, HDL kolesterol, fastende S-Triglycerider.

For kvinner under 45 år: s-HCG

S-speil antipsykotika, antidepressiva og stemningsstabiliserende medikamenter

Vurder behov for kontroll av hepatittserologi med tanke på virushepatitt

### **Andre undersøkelser** (sykepleier/vernepleier)

Urinprøve: rusmiddel i urin – hurtig metode

EKG tas ved innkomst og før utskrivelse.

### **Oppsummering** (lege)

Beskriv alle somatiske sykdommer som er identifisert hos pasienten med videre behov for oppfølging. Ved spesifikke kontrollbehov hos fastlege sørg for at timeavtale foreligger før utskrivelse og kontakt fastlege per telefon eller elektronisk melding direkte.

### **Bedøm og beskriv i epikrise om det foreligger** (lege):

- 1. Hypertensjon:** BT  $\geq$ 140/90
- 2. Metabolsk syndrom – minst 3 av følgende** (US National Inst. of Health):
  - Livvidde > 89 cm for kvinner/> 102cm for menn
  - Triglycerider  $\geq$  1,7mmol
  - HDL < 1,3 mmol/L for kvinner/< 1.04 mmol/L for menn
  - Blodtrykk  $\geq$  130/85
  - Fastende blodsukker > 5.6 mmol/L
- 3. Prediabetes** (ADA kriterier):
  - Fastende blodglukose mellom 5.6 og 6.9 mmol/l
  - HbA1c mellom 39 og 47 mmol/mol
- 4. Endring** i vekt, kolesterolverdier og glukose/HbA1c under innleggelsen, evt også ingen endring, hvis pasienten bruker antipsykotika.

Alle våre pasienter trenger å ha kontakt med sin fastlege, og en avtalt time 4-8 uker etter utskrivelse for kontroll av somatiske parametre inkludert serumnivå av legemidler vil kunne knytte kontakt. Hvis det er avdekket behov for henvisning til spesialist er det en fordel om dette diskuteres med fastlege, unngå å sende over skriftlige bestillinger til fastlege som ikke er avtalt på forhånd.

### **6.1.4 Ottawa Model for Smoking Cessation**

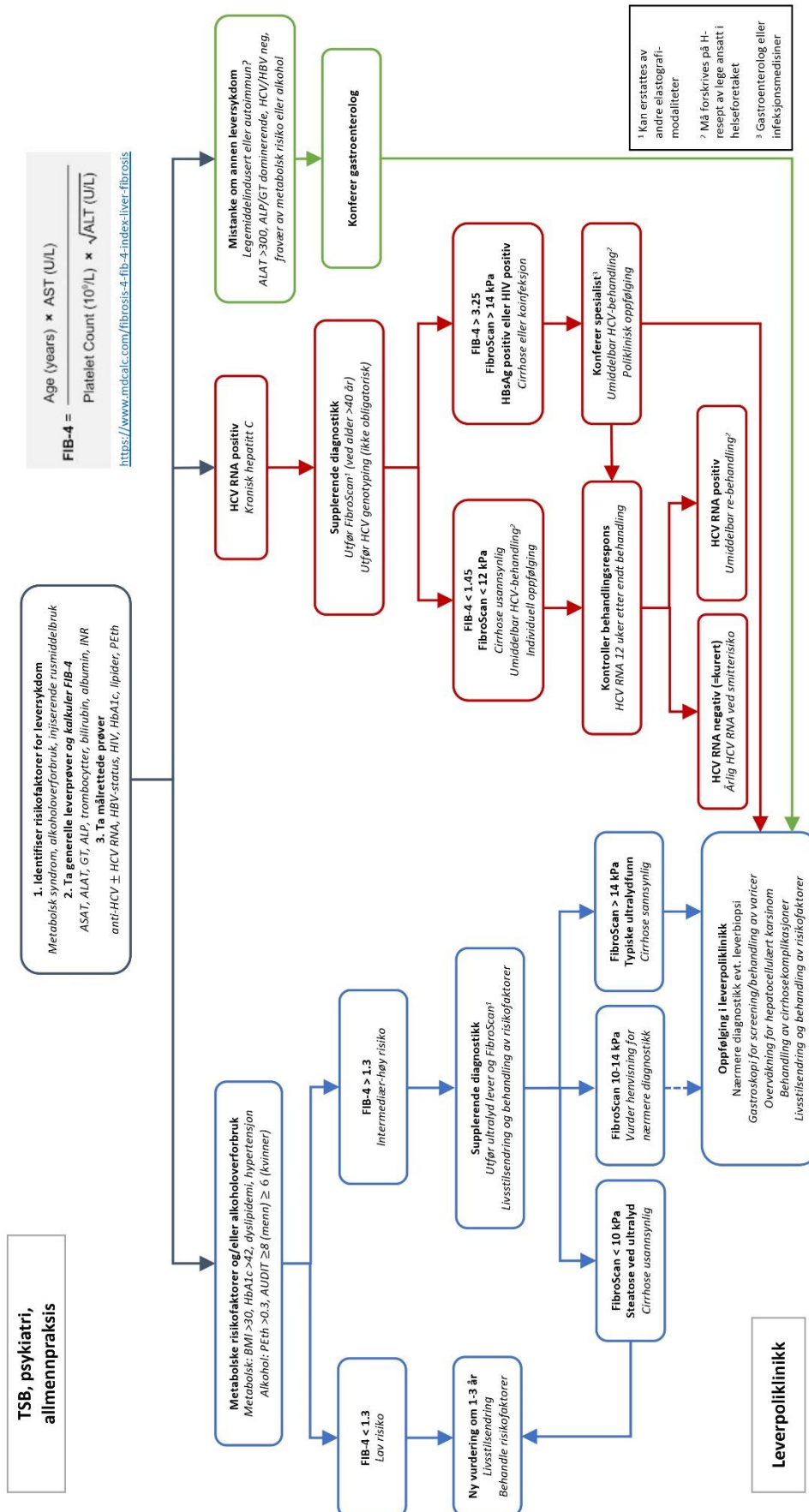
Denne modellen ble introdusert som et program for inneliggende pasienter i Ottawa i 2004 [68, 69] med gode resultater og baserer seg på følgende prinsipper om “De 5 A-er”:

1. “Ask” - spør om røykestatus
2. “Advise” - gi råd om røykeslutt
3. “Assess” - vurder om pasienten er klar til å slutte
4. “Assist” - gi støtte til å slutte
5. “Arrange” - arranger oppfølging



Metoden består i at sykehus lærer opp spesialiserte team som har ansvar for programmet. Alle pasienter som innlegges på sykehuset, uansett årsak, skal spørres om de røyker, og røykestatus skal dokumenteres. Hvis pasienten røyker, skal sykepleier gi informasjon og tilby tiltak i løpet av oppholdet, inkludert medikamenter for røykeslutt. Behandlingen følges så opp av et interaktivt stemmegjenkjennings-system (IVR) som ringer opp pasientene. Systemet monitoreres av sykepleiere med spesialopplæring. Pasientene oppfordres til å oppsøke sin faste lege etter utskrivelse. Mulige ressurser pasienten kan benytte seg av i sitt nærmiljø skal kartlegges under oppholdet slik at det spesialiserte teamet kan sette pasientene i kontakt med f. eks. en støttegruppe.

## 6.1.5 Algoritme for behandling av leversykdommer



# 7. Bedre rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste

## Forslag til tiltak

7.1	<b>Tiltak for å styrke samhandling om oppfølging av somatisk helse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Henvisninger og epikriser bør inneholde opplysninger om<ul style="list-style-type: none"><li>○ Somatisk sykdom og behandling.</li><li>○ Levevaner, inkludert risikoatferd.</li><li>○ Risikofaktorer for utvikling av somatisk sykdom.</li><li>○ Oppdatert legemiddelliste.</li></ul></li><li>• Arbeidsgruppen anbefaler å benytte sjekklisten "Somatisk utsjekk", se punkt 6.1.3.</li><li>• Digitale meldinger og digitale plattformer gir gode muligheter for tettere samarbeid.</li></ul>
7.2.1	<b>Tiltak for å bedre samhandling rundt pasienter som utskrives fra døgntilrettelagt behandling i PHV/TSB:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasienter som utskrives fra døgntilrettelagt behandling bør ha en timeavtale hos sin fastlege i etterkant. Utskrivende enhet bør bistå pasienten i å lage en timeavtale ved behov for det.</li></ul>
7.2.2	<b>Tiltak for å bedre samhandling rundt pasienter som mottar poliklinisk behandling i PHV/TSB:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Somatiske undersøkelser av pasienter som mottar behandling av enheter i psykiatri/TSB bør som hovedregel gjøres i regi av behandlende avdeling.</li></ul>
7.2.3	<b>Tiltak for å bedre samhandling rundt pasienter som ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det bør legges til rette for frivillige døgnopphold i somatiske avdelinger eller i PHV/TSB for å få gjennomført nødvendig somatisk utredning for pasienter hvor dette ikke kan gjøres i primærhelsetjenesten</li></ul>

## 7.1 Generelle betraktninger

I mandatet ble samhandling spesielt vektlagt ved at arbeidsgruppen ble bedt om å *Spesifisere rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste om oppfølging av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse, gjerne etter mal av NFAs anbefalinger fra 2018.*

Arbeidsgruppen har valgt å gjennomgå tiltakene for bedre samhandling separat for 1) innlagte pasienter i PHV/TSB/PBU, 2) pasienter i poliklinisk behandling i PHV/TSB/PBU, og 3) pasienter med omfattende vansker som mangler oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen mener at det er svært viktig at henvisninger og epikriser i større grad standardiserer informasjon om somatisk helse og levevaner.

Helsefelleskapene kan, avhengig av deres videre utvikling, være en viktig arena for å utvikle og etablere gode samhandlingsrutiner mellom første- og andrelinjen.

De nye muligheter som digitale meldingssystemer og digitale møteplattformer gir er enda ikke utnyttet fullt ut, og kan være svært nyttige for å bedre kommunikasjon og samhandling rundt kompliserte pasienter. Digitale møter er tidsbesparende og kan gjøre det enklere å delta i ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter eller til felleskonsultasjoner. Leger i primær- og spesialisthelsetjeneste bør utnytte disse mulighetene for bedre samhandling og derigjennom bedre forebygging, kartlegging og behandling. Arbeidsgruppen vil fremholde at ettersom økt integrasjon mellom ulike deler av helsetjenesten er blant de viktigste tiltak for bedret somatisk helse så må full utnyttelse av alle samhandlingsmuligheter ha høy prioritet.

## 7.2 Tre pasientgrupper med ulike samhandlingsbehov – og utfordringer

### 7.2.1 Gruppe 1. Pasienter som blir innlagt eller utskrevet fra døgninnleggelse i spesialisthelsetjenesten - PHV eller TSB

Arbeidsgruppen viser til at NFAs retningslinjer [Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no) gir gode føringer for samhandling ved innleggelse og utskrivelse fra sykehusavdelinger, disse ivaretar også kommunikasjon om somatisk helse. Kjernepunktene er å innhente, oppsummere og kommunisere fakta om pasientenes somatiske helse og risikofaktorer ved alle overføringer inn i eller ut av sykehusavdelinger. Arbeidsgruppen anbefaler at alle henvisninger til behandling i psykiatri/TSB inneholder **en oppsummering av relevante somatiske lidelser, en oversikt over status med hensyn til de viktige risikofaktorer for utvikling av somatiske sykdommer og oppdatert legemiddelliste**. Erfaring tilsier at denne informasjonen ofte mangler ved akutte innleggelser, og må innhentes i etterkant.

Det er ikke uvanlig at pasienter med alvorlig psykisk lidelse som trenger innleggelse i psykiatrisk avdeling samtidig har behov for en somatisk avklarende undersøkelse som psykiatrisk avdeling ikke kan ivareta. I slike saker kan uenighet mellom de ulike sykehusavdelinger medføre at pasienten blir en kasteball, og innleggende lege sliter med å få gjennomført innleggelsen. Alle helseforetak bør etablere rutiner som forhindrer dette, for eksempel ved å sikre at pasienter som må innlegges til tvungent psykisk helsevern kan sendes med hjemmel i Pasient- og brukerrettighetsloven via somatisk avdeling for nødvendige somatiske avklaringer på vei til psykiatrisk avdeling.

Epikriser fra PHV/TSB bør være kortfattet og ha et tydelig merket avsnitt «Til fastlegen». I epikrisen bør man omtale alle behandlingsskrevende somatiske lidelser med pågående behandling, og status for de viktigste *risikofaktorer og risikoatferd* for somatisk sykdom, se rapportens punkt 5.2. Arbeidsgruppen anbefaler at det brukes en sjekklister til dette formål, se for eksempel “Somatisk utsjekk” i punkt 6.1.3 som er vedlagt rapporten, og at relevante punkter fra denne inkluderes som en egen del av epikrisemalen ved utskrivelser.

Arbeidsgruppen anbefaler også at alle pasienter som skrives ut fra døgnbehandling i PHV/ TSB har en **time hos fastlegen** for oppfølging i etterkant. Utskrivende avdeling bør hjelpe med en timebestilling hos fastlegen, og så langt som mulig bidra til at pasienten møter til denne avtalen. I noen tilfeller

krever dette at sykehusavdelingen ringer til legesenteret og gjør spesifikke avtaler sammen pasienten. Det vil ofte være nyttig om behandlende lege i sykehusavdelingen kontakter fastlegen direkte og formidler de områder som fastlegen bør være særlig oppmerksom på. Alle kommuner bør ha en ordning for å ta imot slik informasjon for pasienter som ikke har en fastlege.

### 7.2.2 Gruppe 2: Pasienter med poliklinisk/ambulant behandling i PHV/TSB

Denne store pasientgruppen har ofte udekkede behov for somatisk undersøkelse og behandling til tross for mange kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten i PHV/TSB. **Bedret kommunikasjon mellom fastlege og spesialister** vil være et viktig tiltak for å unngå at disse pasienter lider helsetap. Arbeidsgruppen mener at de somatiske undersøkelser som er en integrert del av behandlingen i PHV/TSB som hovedregel bør gjøres i regi av behandlende enhet i PHV/TSB, jevnfør omtalen i Helsedirektoratets **Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner** (<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>). Det vises også til omtale av Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) under rapportens punkt 5.1 som anbefaler at pasienter med alvorlig psykisk lidelse/ruslidelse får dekket sine behov for helsehjelp på ett sted. Det er imidlertid også mange pasienter med en god fastlegerelasjon hvor disse undersøkelsene best utføres på fastlegekontoret, selv om det er spesialisthelsetjenestens ansvar å sørge for at undersøkelsene blir gjennomført. Dersom det er nødvendig med bistand fra fastlege for å gjennomføre undersøkelsene bør det sendes som en forespørsel til fastlegen via **dialogmelding** der fastlegen har anledning til å komme med tilbakemelding. Det er videre viktig for optimal oppfølging av somatisk helse at det er kontinuitet i kommunikasjonen mellom behandler i spesialisthelsetjenesten og fastlege, og arbeidsgruppen anbefaler at notater fra konsultasjoner bør sendes (begge veier) samme dag via elektronisk kommunikasjon. Arbeidsgruppen anbefaler også at man i stor grad bør bruke **digitale møteplattformer** for å tilrettelegge for at flere som deltar i pasientoppfølgingen kan delta på f.eks ansvarsgruppemøter. Det er også i mange distrikter godt innarbeidede møtepunkter mellom poliklinikker og legesentre. Dette mener arbeidsgruppen er en god måte å samhandle mellom fastleger og DPS/BUP/TSB, og kan bidra til bedre helhetlig oppfølging av pasientens helse.

### 7.2.3 Pasientgruppe C: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser/ rusmiddellidelser som ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser/rusmiddellidelser behandles kun i primærhelsetjenesten, noen av disse er eldre pasienter med betydelig somatisk sykdomsbyrde og mange har ubehandlede psykoser eller er i aktiv rus. Disse pasientene har svært høy risiko for tidlig død, men kan være de vanskeligste å hjelpe med somatiske problemstillinger. Arbeidsgruppen vurderer at dette er en særlig viktig pasientgruppe hvor bedre samhandling vil kunne gi stor gevinst med hensyn til lengre livslengde. Denne pasientgruppen trenger koordinert samarbeid mellom kommunale instanser, og det er nødvendig med tett oppfølging for å lykkes med utredninger og behandling av somatiske tilstander. Ofte er det nødvendig med tverrfaglig oppfølging der psykisk helse/rus ivaretas parallelt med det somatiske, og for pasienter med rusavhengighet er det som regel nødvendig med avrusning. Arbeidsgruppen anbefaler tett samhandling mellom fastlege, øvrig primærhelsetjeneste for at tilbud om somatisk utredning og behandling kan formidles. Det bør legges til rette for **frivillige døgnopphold enten i somatiske avdelinger eller i PHV/TSB for å få gjennomført nødvendig utredning og behandlingsetablering** for pasienter hvor dette ikke kan gjøres i primærhelsetjenesten. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse må etablering av Tvungent psykisk helsevern etter Psykisk helsevernloven eller tvungen somatisk behandling etter

Pasientrettighetslovens § 4.a vurderes, jevnfør også kapittel 5.1.3. Det kan i mange tilfeller være nyttig for oppfølgingen av den somatiske helse at pasienter med kroniske alvorlige psykiske lidelser/ruslidelser knyttes fast til langvarig poliklinisk oppfølging i PHV/TSB. Mange rehabiliteringspoliklinikker praktiserer slik langvarig oppfølging/kontaktpsykiater og er langsiktige gode støttespillere for primærhelsetjenesten i oppfølging av pasientenes somatiske helse.

## 8. Implementeringsforslag

Endring er avhengig av at gode idéer implementeres. Arbeidsgruppen har derfor noen konkrete forslag til hvordan dette kan gjøres.

### Forslag til tiltak

<p><b>8.1</b></p>	<p><b>Tiltak for implementering på systemnivå:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Årlig helsesjekk hos fastlegen for denne pasientgruppen, med egen takst. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Takst 660 har en avgrenset målgruppe, denne bør utvides til å gjelde alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse.</li> </ul> </li> <li>● Innføre en kode i de nasjonale pasientforløpene for somatisk undersøkelse og ev. for oppfølging av medikamentell behandling.</li> <li>● Helsefelleskapene bør brukes som arena for å diskutere god pasientflyt for somatiske undersøkelser for pasienter i PHV/TSB, og for hvordan integrert behandling best kan gis.</li> <li>● Individuell plan bør brukes betydelig mer. Dette krever en endring i praksis og finansiering av koordinatorrollen i mange kommuner.</li> <li>● Helseforetakene må ha gode prosedyrer og dokumentmaler for å formidle informasjon til fastlege om somatisk helse og oppfølging, se 7.1.</li> <li>● Forsøksprosjekt med integrert behandling i DPS, for eksempel etter opplegg som Integrated Dual Disorder Treatment.</li> <li>● Helseforetakene som ikke har journaltilgang mellom avdelinger (psyk/soma) bør innføre dette.</li> </ul>
<p><b>8.2</b></p>	<p><b>Tiltak for implementering på individnivå:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Regelmessige kurs om somatisk utredning og behandling. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ "Anbefalt" for leger i spesialisering i psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri/rus- og avhengighetsmedisin.</li> <li>○ Godkjent i etterutdanning av spesialister i samme fag.</li> <li>○ Vurdere om leger i spesialisering i psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri/rus- og avhengighetsmedisin bør ha obligatorisk tjeneste i enten allmenntidning, indremedisin eller nevrologi.</li> </ul> </li> <li>● Kompetanseoppbygging hos sykepleiere og annet miljøpersonale i PHV/TSB.</li> <li>● Somatiske leger bør kurses i psykiatriske sykdommer og rusmedisin og den økte risiko for somatiske sykdommer. Lokale hospiteringsordninger mellom PHV/TSB og somatikk bør utvikles.</li> </ul>

## 8.1 Systemnivå

Ledere på alle nivåer i helsetjenestene har et særlig ansvar for å skape en god kultur, og unngå “skyvespill” slik at pasientene blir kasterballe i systemet. En holdningsendring i helsetjenestene er avhengig av en holdningsendring på ledelsesnivå, inkludert Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, og forventninger til hva helseforetakene skal levere.

Arbeidsgruppen vurderer at det mest effektive grep for en bedret somatisk helse for personer med alvorlig psykisk lidelse/ruslidelse vil være at ansvaret for at den somatiske helse for pasienter i PHV/TSB ivaretas, entydig legges på den behandlende institusjon. En integrasjon av ansvaret vil fremmes ved at departementet i sine årlige bestillinger til helseforetakene forventer resultater på dette området, og at foretakene dokumenterer sine resultater. Helsefellesskapene er en viktig arena for å diskutere løsninger for gode pasientforløp og integrert behandling.

Relevante indikatorer kan styrke fokus på somatisk oppfølging og bidra til å endre praksis. Arbeidsgruppen foreslår derfor noen mulige tiltak som inkluderer egen takst for årskontroll hos fastlege, egen kode i pakkeforløpene, og økt finansiering av koordinator-rollen for individuell plan.

Helsemyndighetene bør etablere en tydelig satsing på tiltak som vil redusere somatisk sykkelighet, gjerne konkretisert og med et detaljnivå som letter implementeringen. Et eksempel på oppsummerte tiltak finnes i en rapport fra det danske ‘Højere Middellevetid for psykiatriske pasienter’ som var et delprosjekt i Danske Regioners prosjekt ‘Højere kvalitet i psykiatrien’. I rapporten fremmes konkrete forslag til tiltak innenfor 15 forskjellige områder (<https://docplayer.dk/16022184-Delprosjekt-4-hoejere-middellevetid-for-psykiatriske-pasienter.html>). Pasientforløpenes oppsummering av somatisk helse og levevaner gir en god oversikt over den faglige bakgrunn, men det trengs en mer omfattende og høyprofilert satsing på området som for eksempel gjennom et eget helsepolitisk program med tiltak på mange nivåer om vesentlig endring skal finne sted.

## 8.2 Individnivå

Kompetanseheving i form av økt kunnskap om de særlige behov for forebygging, utredning og behandling av somatiske sykdommer for pasienter i PHV/TSB er nødvendig både hos allmennleger, somatiske spesialister og psykiatere. Dette vil også bidra til økt bevissthet og endret praksis i helsetjenestene.

### 8.2.1 Leger i PHV og TSB

Arbeidsgruppen anbefaler at det arrangeres kurs hvor bakgrunnen for den somatiske overdødelighet gjennomgås og hvor man lærer prosedyrer for somatisk utredning og behandling av denne pasientgruppen. Disse kurs bør få status som “anbefalte” kurs i utdanningen av spesialister i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin, og bør også inngå i etterutdanningen av spesialister. Det bør også vurderes om leger i spesialisering i psykiatri og rusmedisin bør styrke sin somatiske kompetanse gjennom en obligatorisk somatisk tjeneste på 12 måneder i enten indremedisin, nevrologi eller allmenntjeneste for å bygge tilstrekkelig somatisk kompetanse.

### **8.2.2 Sykepleiere og annet miljøpersonale i PHV og TSB**

Det må arrangeres eksterne og interne kurs for denne store og viktige personalgruppen og kunnskap om de særlige behov med hensyn til somatikk for pasienter i PHV/TSB må vektlegges i grunnutdannelsen for sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

### **8.2.3 Leger i somatiske spesialiteter**

Undervisning og mulighet for hospitering i PHV/TSB vil kunne gi somatiske leger bedre forståelse for de psykiatriske sykdommene. Dette vil redusere stigma og vil kunne gjøre det lettere å motta pasienter fra PHV/TSB til nødvendig utredning og behandling.



## 9. Gode praktiske eksempler

Her er anført en del eksempler på tiltak. Vi vil presisere at dette ikke er et forsøk på å gi en oversikt over alle gode tiltak landet over, dette er kun noen få tiltak som gruppens medlemmer er kjent med og som vi vurderer kan være nyttig og inspirerende for andre.

### 9.1 Fysisk trening

#### 9.1.1 Treningsklinikk, St. Olavs hospital, Universitetsklinikken i Trondheim.

Treningsklinikk bruker vitenskapelig dokumenterte treningsmetoder som gir best treningseffekt med hensyn til bruk av tid, og samarbeider med Avdeling for Forskning og Utvikling (AFFU) og det vitenskapelige miljøet ved NTNU. Treningsklinikken har som mål å være et kompetansesenter for trening som behandling, og tar imot henvisninger for interne og eksterne pasienter. Pasientene skal ha legeerklæring før treningen starter og det er egenandel på den polikliniske behandlingen frem til egenandelstaket. (<https://stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern/klinikk-psykisk-helsevern-allmenn-rehabilitering-og-sikkerhet/avdeling-for-psykose-og-rehabilitering/treningsklinikk>)

#### 9.1.2 Treningspoliklinikken, Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus.

Treningspoliklinikken har over de siste 4 år mottatt pasienter med alvorlige psykiske lidelser til trening med siktemål å øke hjerte- og lungekapasitet etter vitenskapelig dokumenterte treningsmetoder. Det er god tilgang på pasienter som ønsker trening som behandling, og pasientene henvises hovedsakelig fra sykehus og DPS. Trening med personstøtte bør ha en viss varighet for å kunne gi endring av treningsvaner, og de fleste pasienter har et opplegg på minst 6 måneder. Treningspoliklinikken er knyttet til et forskningsprosjekt i regi av Bergen Psychosis Research Group i Divisjon psykisk helse, Haukeland universitetssykehus.

#### 9.1.3 Energiteamet PBU, Klinikk psykisk helse Barn og Unge, Haukeland Universitetssykehus.

Et tilbud om fysisk aktivitet og livsstilsendring som del av forebygging, utredning og behandling av barn og unge med psykiske lidelse(r)/diagnose(r). Energiteamet PBU er et tverrfaglig team som gir tilbud om fysisk aktivitet til klinikken sine pasienter og består av lege, sykepleiere, fysioterapeuter. Det er også tilknyttet ernæringsfysiolog, søvnforsker og overlege innen rusmedisin.

#### 9.1.4 Prosjekt 3/7 - Økt aktivitet for kropp og sinn, St. Olavs hospital, Universitetsklinikken i Trondheim.

BUP ved St. Olavs planlegger et forskningsprosjekt der vi vil prøve ut en metode for å undersøke om vi kan øke den fysiske aktiviteten hos ungdom i BUP som trener lite. BUP har innledet et forskningssamarbeid med Cardiac Exercise Research Group (CERG) ved NTNU. Forskningsgruppen har fått innvilget eksterne forskningsmidler fra Samarbeidsorganet i Helse Midt Norge for å kjøre en treningsintervensjon rettet mot ungdom mellom 12-17 år som er henvist til BUP.

## 9.2 Røyking

### 9.2.1 Gratis hjelp til røykeslutt

I Vestre Viken ble det i 2020 satt i gang et Hdir-finansiert prosjekt med gratis hjelp til røykeslutt hvor en etter resept fra fastlegen får gratis røykesluttmidler og oppfølging på Frisklivssentral. Resultatene var svært gode, nesten 30% av deltakerne sluttet helt å røyke [83].

Les mer her: [Gratis hjelp til røykeslutt – pilotprosjekt Vestre Viken HF - Helsedirektoratet.](#)

## 9.3 Samhandling

### 9.3.1 “Tjenester på tvers (TpT)” i Helse Vest

TpT er utformet som et møte/konsultasjon med et trans-disiplinært team der fagpersonene komplementerer hverandre og kan være hverandres kliniske «verktøy». Inklusjonskriteriene i prosjektet er barn 6-12 år med sammensatte helseplager og med tre eller flere påfølgende henvisninger til ulike enheter ved HUS, og inkludert både somatikk og psykisk helsevern. Formålet med arbeidet er å øke livskvaliteten til barna, og sikre skolegang slik at de kan unngå utenforskap. Sett i relasjon til disse unge pasientenes videre livsløp og yrkeskarriere, er skolegang av stor betydning, også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

### 9.3.2. Samhandlingskonsultasjoner - Smerteklinikken, St. Olav.

Ved Smerteklinikken ved St. Olavs sykehus begynte man under COVID-pandemien å gjennomføre såkalte “samhandlingskonsultasjoner”, og alle parter opplevde dette som så nyttig at de har fortsatt med samme metode. Konsultasjonene blir gjennomført på video etter utredning og vurdering/igangsetting av behandling ved Smerteklinikken. På smerteklinikkens side sitter ansvarlige behandlere som har vært involvert i utredning og vurdering. I andre enden sitter fastlegen sammen med pasienten. Konsultasjonen er pasientsentrert og det er et uttalt mål at den skal ha en validerende karakter.

### 9.3.3 Integreert behandling av hepatitt C

I organiseringen av hepatitt C-behandling i Norge finnes flere eksempler på hvordan behandlingen kan integreres i rusomsorgens arenaer og hvordan behandlingsløp kan forbedres, forenkles og tilpasses til sårbare pasientgrupper. Hepatitt C-klinikken i regi av velferdsetaten i Oslo har gjennom 10 år hatt svært gode resultater med en fleksibel lavterskel behandlingsmodell hvor pasientene utredes og behandles ambulant av sykepleiere i samarbeid med sykehusspesialister som forskriver behandlingen over telefon [84]. Hepatittbussen i regi av brukerorganisasjonen proLAR har demonstrert hvordan en brukerstyrt mobil behandlingsmodell på en enkel og trygg måte kan få mange raskt i behandling med utmerkede resultater [85]. Sykepleie på Hjul i Oslo er en liknende sykepleierdrevet mobil klinikk som fungerer godt for de aller mest marginaliserte pasientene. INTRO-HCV studien i Helse Vest har vist at å integrere hepatitt C-behandling og oppfølging i LAR kan gi betydelig økning i andelen som starter behandling og blir virusfrie sammenliknet med standard poliklinisk behandling [59]. OPPORTUNI-C studien i Oslo viser at umiddelbar hepatitt C-behandling

av pasienter som er akuttinnlagt i medisinske, rusmedisinske og psykiatriske sykehusavdelinger er mer effektivt enn standard henvisning til sykehuspoliklinikk [58].

#### **9.2.4 Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten**

KlinObs Kommune [Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten \(utviklingssenter.no\)](https://www.utviklingssenter.no) er en modell for å styrke klinisk observasjonskompetanse hos helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk helsetilstand. Modellen er utviklet ved Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmebaserte tjenester og består av fem trinn. Dette er nå en del av Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>. Klinobs kommune - er satt i gang i mange kommuner i landet, blant annet har alle 15 kommuner i Sør-Rogaland instruktører som er utdannet hos USHT (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester). Utenom kursene jobber USHT med veiledning i kommunene for å hjelpe dem i gang med arbeidet og videreutvikle kompetansen.

# Referanser

1. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvag R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Naess O, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202028. Epub 2018/08/24. doi: 10.1371/journal.pone.0202028. PubMed PMID: 30138449; PubMed Central PMCID: PMC6107156.
2. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295-301. Epub 2017/02/27. doi: 10.1016/s2215-0366(17)30078-0. PubMed PMID: 28237639.
3. Kilbourne AM, Morden NE, Austin K, Ilgen M, McCarthy JF, Dalack G, et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(6):555-63. Epub 2009/11/07. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.07.008. PubMed PMID: 19892214; PubMed Central PMCID: PMC4033835.
4. Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB, Dieset I, Andreassen OA. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Front Psychiatry*. 2014;5:137. Epub 2014/10/14. doi: 10.3389/fpsy.2014.00137. PubMed PMID: 25309466; PubMed Central PMCID: PMC4175996.
5. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PloS one*. 2011;6(9):e24597-e. doi: 10.1371/journal.pone.0024597. PubMed PMID: 21935426.
6. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017;16(1):30-40.
7. Rødevand L, Bahrami S, Frei O, Chu Y, Shadrin A, O'Connell KS, et al. Extensive bidirectional genetic overlap between bipolar disorder and cardiovascular disease phenotypes. *Translational Psychiatry*. 2021;11(1):407. doi: 10.1038/s41398-021-01527-z.
8. Zhang F, Cao H, Baranova A. Shared Genetic Liability and Causal Associations Between Major Depressive Disorder and Cardiovascular Diseases. *Front Cardiovasc Med*. 2021;8:735136. Epub 2021/12/04. doi: 10.3389/fcvm.2021.735136. PubMed PMID: 34859065; PubMed Central PMCID: PMC8631916.
9. Postolache TT, Del Bosque-Plata L, Jabbour S, Vergare M, Wu R, Gagnoli C. Co-shared genetics and possible risk gene pathway partially explain the comorbidity of schizophrenia, major depressive disorder, type 2 diabetes, and metabolic syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2019;180(3):186-203. Epub 2019/02/08. doi: 10.1002/ajmg.b.32712. PubMed PMID: 30729689; PubMed Central PMCID: PMC6492942.
10. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.
11. Tek C, Kucukgoncu S, Guloksuz S, Woods SW, Srihari VH, Annamalai A. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):193-202. Epub 2015/05/13. doi: 10.1111/eip.12251. PubMed PMID: 25962699; PubMed Central PMCID: PMC5589463.
12. Heiberg IH, Nesvåg R, Balteskard L, Bramness JG, Hultman CM, Næss Ø, et al. Diagnostic tests and treatment procedures performed prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;141(5):439-51.
13. Helseatlasteamet. Geografiske variasjoner i bruk av somatiske spesialisthelsetenester hos personer i psykisk helsevern inkludert avtalespesialistar, og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), år 2017-2019. Førde: 2022.
14. Briskman I, Bar G, Boaz M, Shargorodsky M. Impact of co-morbid mental illness on the diagnosis and management of patients hospitalized for medical conditions in a general hospital.

- International journal of psychiatry in medicine. 2012;43(4):339-48. Epub 2012/10/26. doi: 10.2190/PM.43.4.d. PubMed PMID: 23094466.
15. Helsedirektoratet. Evaluering av pakkeforløp psykisk helse- og rus [nettdokument] (sist faglig oppdatert 04. mars 2021, lest 29. desember 2022). Oslo: 2021.
  16. WHO. Management of physical health condition in adults with severe mental disorders (2018)2018:[94 p.].
  17. UKOM. Spesialiseringens pris - samhandling ved uavklarte tilstander. 2022 16.06.2022. Report No.
  18. Ådnanes M, Høiseth JR, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen SL. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer 2021 22.01.2021. Report No.
  19. UKOM. Betalingsvansker - en pasientsikkerhetsrisiko. Betalingsvansker - en pasientsikkerhetsrisiko: 2022 22.09.2022. Report No.
  20. fl. Nm. NOU 2014:12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. 2014 12.11.2014. Report No.
  21. Eggen FW, Steen JI, Gunstad IF. Legebarometeret. Samfunnsøkonomisk analyse AS, 2021 07.05.2021. Report No.
  22. Helsedirektoratet. Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rapport 2020. 2020 Desember 2020. Report No.
  23. Sandvik H, Hetlevik O, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90. Epub 2021/10/06. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340. PubMed PMID: 34607797; PubMed Central PMCID: PMCPMC8510690.
  24. Hustvedt IB, Bosnic H, Håland ME. BrukerPlan årsrapport 2020. 2021 21.04.2021. Report No.
  25. Ose SO, Kaspersen SL. Kommunalt psykisk helse - og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. 2016.
  26. Lauveng A, Skjeldal E. Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP). Nettundersøkelse høsten 2020. 2020 28.09.2020. Report No.
  27. Heiberg IH, Nesvag R, Balteskard L, Bramness JG, Hultman CM, Naess O, et al. Diagnostic tests and treatment procedures performed prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(5):439-51. Epub 2020/02/06. doi: 10.1111/acps.13157. PubMed PMID: 32022895; PubMed Central PMCID: PMCPMC7317477.
  28. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *Int J Drug Policy.* 2010;21(3):202-7. Epub 2009/12/17. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.10.010. PubMed PMID: 20005692.
  29. Bramness JG. Det finnes ikke rusmisbrukere. *Dagens Medisin.* 2022 26.09.2022.
  30. Karlsen TH, Sheron N, Zelber-Sagi S, Carrieri P, Dusheiko G, Bugianesi E, et al. The EASL-Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. *Lancet.* 2022;399(10319):61-116. Epub 2021/12/06. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01701-3. PubMed PMID: 34863359.
  31. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58. Epub 1998/06/23. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8. PubMed PMID: 9635069.
  32. Rueness J, Myhre Md MC, Strøm IF, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Thoresen S. Child abuse and physical health: a population-based study on physical health complaints among adolescents and young adults. *Scandinavian journal of public health.* 2020;48(5):511-8.
  33. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2011;124:1-46.
  34. Hjern A, Angel B, Jeppson O. Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian journal of social medicine.* 1998;26(1):18-25.
  35. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. *Lancet.* 2018;391(10117):186-8. Epub 2017/11/16. doi: 10.1016/s0140-6736(17)32848-9. PubMed PMID: 29137870.

36. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. 2011.
37. Helsedirektoratet. Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie. 2015.
38. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*. 2011;14(1):1-27. Epub 2010/11/06. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1. PubMed PMID: 21052833.
39. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychological medicine*. 1997;27(2):253-60.
40. Jónsdóttir AM. The shadow of perinatal illness on the developing child. *The Nordic Psychiatrist*. 2022;(2).
41. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*. 2006;174(6):801-9.
42. Morseth B, Hopstock LA. Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231581.
43. Folkehelseinstituttet. Tobakk i Norge. 2018.
44. Krokstad S, Knudtsen MS. Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08). 2011.
45. Lien L, Bolstad I, Bramness JG. Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: prevalence and effect on mental health and quality of life. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):1-9.
46. Lally P, Van Jaarsveld CH, Potts HW, Wardle J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European journal of social psychology*. 2010;40(6):998-1009.
47. Flemmen G, Unhjem R, Wang E. High-intensity interval training in patients with substance use disorder. *BioMed research international*. 2014;2014.
48. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, Obesity NAAftSo. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes care*. 2004;27(2):596-601.
49. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013;382(9896):951-62.
50. Løkken P, Skoglund LA. Legemiddelbivirkninger i munnhulen. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2006.
51. Rahman T, Sahrman JM, Olsen MA, Nickel KB, Miller JP, Ma C, et al. Risk of Breast Cancer With Prolactin Elevating Antipsychotic Drugs: An Observational Study of US Women (Ages 18-64 Years). *J Clin Psychopharmacol*. 2022;42(1):7-16. Epub 2021/12/06. doi: 10.1097/JCP.0000000000001513. PubMed PMID: 34864772; PubMed Central PMCID: PMC8688205.
52. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-71. Epub 2022/05/08. doi: 10.1002/wps.20994. PubMed PMID: 35524619; PubMed Central PMCID: PMC9077617.
53. Solmi M, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Tanskanen A, Correll CU, Taipale H. Antipsychotics use is associated with greater adherence to cardiometabolic medications in patients with schizophrenia: results from a nationwide, within-subject design study. *Schizophrenia Bulletin*. 2022;48(1):166-75.
54. Strømme MF, Mellesdal LS, Bartz-Johannesen C, Kroken RA, Krogenes M, Mehlum L, et al. Mortality and non-use of antipsychotic drugs after acute admission in schizophrenia: A prospective total-cohort study. *Schizophr Res*. 2021;235:29-35. Epub 2021/07/25. doi: 10.1016/j.schres.2021.07.009. PubMed PMID: 34303258.
55. Nielssen OB, Malhi GS, McGorry PD, Large MM. Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(5):e580-7. Epub 2012/06/16. doi: 10.4088/JCP.11r07036. PubMed PMID: 22697204.
56. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo. 2013.

57. Lien L, Lie TW. *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. 1 ed: Fagbokforlaget; 2022. 344 p.
58. Midgard H, Malme KB, Pihl CM, Berg-Pedersen RM, Tanum L, Klundby I, et al. *Opportunistic Treatment of Hepatitis C Infection Among Hospitalised People Who Inject Drugs (OPPORTUNI-C): A Stepped Wedge Cluster Randomised Trial*. 10th International Conference on Health and Hepatitis Care in Substance Users; Glasgow, Scotland 2022.
59. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Leiva RA, Ohldieck C, Chalabianloo F, et al. *Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV)*. *PLoS Med*. 2021;18(6):e1003653. Epub 2021/06/02. doi: 10.1371/journal.pmed.1003653. PubMed PMID: 34061883; PubMed Central PMCID: PMC8205181.
60. *Integrated care and support* [Internet]. [cited 05.01.2023].
61. *NHSE England. Integrated Care Pioneers: One Year On*. 2015.
62. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001)*.
63. Kugathasan P, Stubbs B, Aagaard J, Jensen SE, Munk Laursen T, Nielsen RE. *Increased mortality from somatic multimorbidity in patients with schizophrenia: a Danish nationwide cohort study*. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(4):340-8. Epub 2019/07/30. doi: 10.1111/acps.13076. PubMed PMID: 31355419.
64. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, Delogu M, Miola A, Høye A, et al. *Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies*. *American Journal of Psychiatry*. 2021;178(9):793-803.
65. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell A. *The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015;132(2):144-57.
66. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. *Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019*. *The Lancet*. 2021;397(10292):2337-60.
67. Lien L, Bolstad I, Bramness JG. *Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: prevalence and effect on mental health and quality of life*. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):244. Epub 2021/05/13. doi: 10.1186/s12888-021-03252-9. PubMed PMID: 33975577; PubMed Central PMCID: PMC8112056.
68. Mullen KA, Manuel DG, Hawken SJ, Pipe AL, Coyle D, Hobler LA, et al. *Effectiveness of a hospital-initiated smoking cessation programme: 2-year health and healthcare outcomes*. *Tob Control*. 2017;26(3):293-9. Epub 2016/05/27. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052728. PubMed PMID: 27225016; PubMed Central PMCID: PMC5543264.
69. Reid RD, Mullen KA, Slovinec D'Angelo ME, Aitken DA, Papadakis S, Haley PM, et al. *Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the "Ottawa Model"*. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(1):11-8. Epub 2009/11/12. doi: 10.1093/ntr/ntp165. PubMed PMID: 19903737.
70. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, et al. *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015-35.
71. Skretting A, Vedøy TF, Lund KE, Bye EK. *Rusmidler i Norge 2016*. Folkehelseinstituttet, 2016.
72. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The alcohol use disorders identification test: World Health Organization Geneva; 2001*.
73. Lid TG, Malterud K. *General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(2):64-9.
74. Hettema J, Steele J, Miller WR. *Motivational interviewing*. *Annual Review of Clinical Psychology*(2005). 2005;1(1):91-111.
75. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. *Drug use disorders identification test*. *European Addiction Research*. 2003.

76. Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health and Research World*. 1994;18(1):55.
77. Wheeler A, Valerio H, Cunningham EB, Martinello M, Barocas JA, Colledge-Frisby S, et al. Prevalence and factors associated with hospitalisation for bacterial skin infections among people who inject drugs: The ETHOS Engage Study. *Drug and alcohol dependence*. 2022;237:109543.
78. Hope V, Ncube F, Parry J, Hickman M. Healthcare seeking and hospital admissions by people who inject drugs in response to symptoms of injection site infections or injuries in three urban areas of England. *Epidemiology & Infection*. 2015;143(1):120-31.
79. Opheim E. UK, Backe Ø., Foshaug T., Sørli H., Wüsthoff L., et al. The road towards elimination of hepatitis C in Oslo: Cross-sectional prevalence studies in 2018 and 2021. *The 10th International Conference on Health and Hepatitis Care in Substance Users; Glasgow, Scotland2022*.
80. Årstad J, Gottschlich K. Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. *Kommuneundersøkelse 2021. KORFOR, 2022*.
81. Solmi M, Firth J, Miola A, Fornaro M, Frison E, Fusar-Poli P, et al. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(1):52-63.
82. Toender A, Munk-Olsen T, Vestergaard M, Larsen J, Suppli N, Dalton S, et al. Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: a population-based register study. *Schizophrenia Research*. 2018;201:62-9.
83. Bergsvik D, Lund KE. Røykeslutt ved Frisklivssentraler i Vestre Viken. 2022.
84. Midgard H, Ulstein K, Backe Ø., Foshaug T, Sørli H, Vennesland K, et al. Hepatitis C treatment and reinfection surveillance among people who inject drugs in a low-threshold program in Oslo, Norway. *International Journal of Drug Policy*. 2021;96:103165.
85. Midgard H, Bjørnstad R, Egeland M, Dahl E, Finbråten AK, Kielland KB, et al. Peer support in small towns: A decentralized mobile Hepatitis C virus clinic for people who inject drugs. *Liver International*. 2022.