



Pakkeforløp

IS-2642



Helsedirektoratet

Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (gjelder fra 1. januar 2019)

Sist endret 10.9.2018

Om pakkeforløpet

Kunnskapsgrunnlag

En arbeidsgruppe med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og relevante fagmiljø utarbeidet et utkast om anbefalinger for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner i pakkeforløpene, som ble levert Helsedirektoratet våren 2017.

Alle anbefalingene bygger på konsensus i arbeidsgruppen og nasjonale faglige retningslinjer og veiledere der slike finnes:

- [Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning](#)
- [Kols – nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for diabetes](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)
- [Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser](#)
- [Nasjonal veileder i endokronologi \(helsebiblioteket.no\)](#)

Arbeidsgruppe

Ekstern fagansvarlig:

- Petter Andreas Ringen, psykiater/avdelingsoverlege, Oslo universitetssykehus
- Linda Wüsthoff, psykiater og samfunnsmedisiner/etatsoverlege, Oslo kommune

Arbeidsgruppeleder:

- Torhild T. Hovdal, psykiater/seniorrådgiver, avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet

Deltakere:

- Asle Enger, medisinsk faglig rådgiver, Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Oslo universitetssykehus
- Astrid Gytri, brukerrepresentant Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
- Frode Grevskott, fysioterapeut/daglig leder Frisklivssentralen, Verdal kommune
- Ida Garløv, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri/seksjonsoverlege, Ungdomsseksjonen, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus
- Ingvild Felling Meyer, lege/seniorrådgiver, avdeling folkesykdommer, Helsedirektoratet
- Irene Bircow Elgen, seksjonsoverlege/professor II, Haukeland universitetssykehus
- Ivar Skeie, overlege / overlege legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Gjøvik, Sykehuset Innlandet Helseforetak
- Jan Erik Skjøglås, avdelingsleder lavterskeltiltakene for rusavhengige over 18 år, Trondheim kommune
- Jørn Heggelund, idrettsfysiolog Ph.d./teamleder, Treningsklinikken, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim
- Knut Boe Kielland, lege, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP)
- Kristian Kise Haugland, brukerrepresentant og styreleder Mental Helse
- Lars Lien, psykiater, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse ROP
- Line Eikenes Langsholt, brukerrepresentant Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)
- Line Schrøder Karlsen, rådgiver, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst
- Mone Sæland, klinisk ernæringsfysiolog/førsteamanuensis, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

- Pernille Næss, lege, Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Oslo universitetssykehus
- Ragnhild Storstein Spilker, prosjektleder NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse)
- Rune Andreas Kroken, avdelingsoverlege ved avdeling for spesialisert psykosebehandling, Haukeland universitetssykehus, førsteamanuensis II Universitetet i Bergen
- Serena Tonstad, overlege ved seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus
- Sigrid Skattebo, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Siri Strømsmo, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Svein Skjøtskift, psykiater/overlege, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen
- Tommy Sjøfjell, brukerrepresentant A-LARM
- Tordis Sørensen Høifødt, psykiater/overlege, Allmennpsykiatrisk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Torgeir Gilje Lid, fastlege Nytorget legesenter og postdoktor Helse Stavanger HF
- Toril Moe, spesialrådgiver fysisk aktivitet, Oslo universitetssykehus

Innholdsfortegnelse

[1 Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

[2 Kardiometabolske risikofaktorer – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

[3 Røyking – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

[4 Ernæring, fysisk aktivitet og søvn – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

[5 Somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

[6 Somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

[7 Tannhelse – pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

1 Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus

Ett av målene med Pakkeforløp for psykisk helse og rus er at pakkeforløpene skal bidra til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. Dette kan ha flere forklaringer:

- genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse
- levevaner:
 - røyking
 - skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler
 - usunt kosthold
 - inaktiv livsstil
 - søvnproblemer
- psykososialt stress og ensomhet
- bivirkninger av legemidler
- infeksjoner og andre sykdomstilstander forårsaket av rusmiddelbruk
- manglende diagnostisering og forsinket behandling

Psykiske lidelser, somatiske sykdommer og problematisk bruk av rusmidler henger sammen og bør behandles under ett.

For at pakkeforløpene for psykisk helse og rus skal medvirke til en helhetlig behandling, er det utarbeidet anbefalinger for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Anbefalingene presenteres her samlet, men er ikke et eget pakkeforløp. Utredning av ulike risikoområder er innlemmet i alle pakkeforløpene. Aktuelle tiltak, inkludert motivasjonsarbeid og tilrettelegging for sunnere levevaner, er beskrevet under.

Tiltakene har som målsetning å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og økt levealder for pasientgruppen. Differensialdiagnostikk og tiltak ved psykososialt stress og ensomhet ivaretas i det enkelte pakkeforløp.

Anbefalingene her gjelder uavhengig av behandlingsnivå.

Gode livsstilsintervensjoner krever tilstrekkelige og adekvate tilbud i nærmiljøet, og god koordinering. De individuelle tiltakene utvikles i samarbeid med den enkelte pasient. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er ett av målene for Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Brukermedvirkning og bruker- og pårørendeopplæring er helt avgjørende for å endre levevaner.

For all livsstilsintervensjon, er motivasjonsarbeid helt sentralt. [For veiledning i endring av levevaner anbefales samtalemetoden motiverende intervju \(MI\).](#)

Ansvar

- Dersom pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for videre oppfølging av pasientens helse. [Forskrift om fastlegeordning i kommunene \(lovdata.no\).](#)
- Dersom legen ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdomsområdet, har hun/han et ansvar for å konferere med relevant spesialistkollega inkludert fastlege.
- Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten ansvarlig for at det er tydelig avklart hvem som følger opp pasienten somatisk, enten det er fastlegen eller lege i spesialisthelsetjenesten. Det bør i samråd med pasienten gjøres en konkret vurdering ut fra pasientens tilstand og behov hvem som bør følge opp pasienten.

- Ved innleggelse må det i samråd med pasienten gjøres en konkret vurdering om tiltak bør gjennomføres mens pasienten er innlagt for å sikre at nødvendig somatisk oppfølging blir ivaretatt. Spesialisthelsetjenesten bør sørge for en forpliktende og forsvarlig plan for gjennomføring av tiltakene på tvers av fagområder og behandlingsnivå.

Levevaner:

Ved poliklinisk oppfølging har spesialisthelsetjenesten ansvar for å kartlegge levevaner som kan påvirke den somatiske helsen. Det må vurderes i samråd med pasient og eventuelt pårørende om det er behov for tiltak. Gjennomføring av tiltak som skal bidra til varig endring av levevaner bør skje lokalt i kommunen.

Ved døgnopphold ut over akuttmottaksenhet, bør spesialisthelsetjenesten ha tilbud om hjelp til endring av levevaner og gjennomføring av intervensjoner.

[Se også Norsk forening for allmenmedisin sine anbefalinger om samhandling mellom fastleger og sykehus \(legeforeningen.no, PDF\).](#)

2 Kardiometabolske risikofaktorer – pakkeforløp for psykisk helse og rus

2.1 Kardiometabolske risikofaktorer

Det bør gjøres en vurdering av hvorvidt det foreligger risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer eller diabetes hos alle med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Diabetes er en egen risikofaktor for hjerte- og karsykdom. Viktige kardiometabolske risikofaktorer er:

- røyking
- inaktiv livsstil
- uheldig kosthold
- forhøyet blodtrykk
- forhøyet blodsukker / diabetes type II
- forhøyet kolesterol / dyslipidemi
- overvekt/fedme

Utredning og tiltak

Alle med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som er i faresonen, bør få tilbud om strukturert utredning og oppfølging i tråd med [anbefalingene i «Hjertefrisk» \(oslo-universitetssykehus.no\)](#).

Ansvar for utredning og tiltak

Fastlegen bør vurdere om det foreligger kardiometabolske risikofaktorer, og i samråd med pasienten sette i gang tiltak ved behov.

Ved utredning i spesialisthelsetjenesten:

1. Sjekk om kartlegging av kardiometabolske risikofaktorer er gjort av fastlege og om eventuelle tiltak er iverksatt.
2. Gjennomfør kartlegging og vurdering av behov for oppfølging dersom dette ikke allerede er gjort.
3. Ved behov for tiltak:
 - Dersom pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for videre oppfølging av pasientens helse. [Forskrift om fastlegeordning i kommunene \(lovdata.no\)](#).
 - Dersom legen ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdomsområdet, har hun/han et

ansvar for å konferere med relevant spesialistkollega inkludert fastlege.

– Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten ansvarlig for å tydeliggjøre og dokumentere hvem som følger opp pasienten somatisk, enten det er fastlegen eller lege i spesialisthelsetjenesten.

Det bør gjøres en konkret vurdering om videre oppfølging i samråd med pasienten og ut fra pasientens tilstand, behov og ønsker.

Lege skal foreta de nødvendige rekvisisjoner og gjøre en totalvurdering av resultatene av kartleggingen. Andre yrkesgrupper kan gjøre undersøkelsene avhengig av kompetanse.

Aktuelle retningslinjer

- [Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse](#)

3 Røyking – pakkeforløp for psykisk helse og rus

3.1 Oppfølging av røyking hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Alle som røyker bør få tilbud om strukturert hjelp til røykeslutt.

Utredning

Minimal intervensjon bør gjennomføres ved alle egnede konsultasjoner:

1. Røyker du?
2. Hva tenker du om det?
3. Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.

Se anbefaling om å [kartlegge røykevaner i Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning](#).

Hos alle røykere over 40 år med symptomer fra luftveiene anbefales det spirometri for å avdekke eventuell kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

De fleste pasienter med mild til moderat kols kan utredes og følges opp i allmennpraksis. Henvising til lungespesialist er aktuelt ved usikker diagnose og eventuelt for å optimalisere behandlingen. Se [Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols](#).

Tiltak

Alle som ønsker å slutte å røyke bør få tilbud om [strukturert hjelp](#) som inneholder både veiledning og legemidler til røykeslutt.

[For veiledning i endring av levevaner anbefales samtalemetoden motiverende intervju \(MI\)](#).

Utover oppfølging ved fastlege eller behandlingstilbud, anbefales informasjon om og eventuelt henvisning til [frisklivssentraler](#) og andre lokale tilbud samt [slutta.no](#).

Les mer om røykeslutt:

- [for pasienter med psykiske lidelser i Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning](#)
- for pasienter med rusmiddelproblemer i [Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders \(Cochrane, wiley.com\)](#)

Det er viktig å være oppmerksom på at endring i røykevaner kan påvirke omsetning av legemidler. For pasienter som bruker antipsykotika, er det derfor viktig å vurdere eventuelle behov for justering av dosen dersom pasienten slutter å røyke.

Pasienter som har forsøkt anbefalte metoder for røykeavvenning uten å lykkes, og som ønsker å prøve snus, bør støttes i det. For den enkelte pasient vil bruk av snus som oftest medføre mindre helserisiko enn fortsatt røyking.

Begrunnelse

Røykeprevalens og daglig sigarettforbruk er vesentlig høyere hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer enn i gjennomsnittsbefolkningen. Mens kun 12 prosent av den norske befolkning røyker daglig (SSB, 2017), er andelen av røykere blant rusmiddelbrukere og pasienter i TSB ofte 70–90 prosent. Røykerelatert sykdom er den vanligste årsaken til at pasienter med psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer dør tidlig.

Fordelen med røykeslutt er godt dokumentert og allerede etter ett års røykfrihet er risikoen for koronar hjertesykdom halvert. Røykeslutt er også vist å bedre depresjon, angst, søvn og stress, og å gi bedre livskvalitet.

Studier viser at pasienter i rusbehandling ønsker å slutte å røyke, men at relativt få behandlingstiltak tilbyr hjelp til røykeslutt/røykereduksjon. [En kunnskapsoppsummering fra Cochrane om røykeslutt for pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet, viste at behandling med legemidler for røykeslutt alene eller sammen med rådgivning var effektivt for å få til røykeslutt \(wiley.com\).](#)

4 Ernæring, fysisk aktivitet og søvn – pakkeforløp for psykisk helse og rus

4.1 Oppfølging av kosthold og ernæringsstatus hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Over-, under- eller feilernæring er ikke uvanlig hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Alle som har behov for det, bør få tilbud om individuelt tilpasset kostveiledning basert på ernæringsstatus.

Utredning

1. Hva spiste og drakk du i går? Er dette typisk for kostholdet ditt, hva er eventuelt annerledes?
2. Vekt og høyde måles, helst også livvidde (se artikkel om [vekt, BMI og måling av midjen på helsenorge.no](#)).
3. Eventuelle blodprøver for å måle om det foreligger under- eller feilernæring, som jern- og

mineralstatus, vitaminer, proteiner og elektrolytter.

Kartlegg matlyst (økt eller redusert) og eventuelle utfordringer knyttet til spising – som munnsårhet, tannhelseproblemer eller fordøyelsesproblemer.

Vær oppmerksom på risiko for reernæringssyndrom hos pasienter med spiseforstyrrelser, alkohol- eller rusmisbruk samt hos eldre og personer med ensidig kosthold. [Ved risiko for reernæringssyndrom, se anbefalinger på Helsebiblioteket.](#)

Vurder behovet for grundigere utredning.

Utredning av kosthold og ernæringsstatus (BMI), og iverksettelse av grunnleggende ernæringstiltak, utføres vanligvis av lege eller sykepleier.

Tiltak

Det bør legges til rette for et [godt og tilpasset kostholdstilbud ved institusjoner](#).

Alle som har behov for det, bør få tilbud om individuelt tilpasset kostveiledning basert på [Helsedirektoratets kostråd](#) og eventuelt målrettet ernæringsbehandling (spesialkost, næringsdrikker, tilskudd m.m.)

Pasienter med rusmiddelproblemer er utsatt for dårlig tannhelse og kan ha behov for konsistentilpasset mat.

Klinisk ernæringsfysiolog bør konsulteres dersom det er usikkerhet knyttet til utredning eller tiltak.

Se oversikt over [tiltak når matinntaket blir for lite](#).

[For veiledning i endring av levevaner anbefales samtalemetoden motiverende intervju \(MI\).](#)

[For pasienter med spiseforstyrrelser gjelder egne anbefalinger.](#)

[Ved risiko for reernæringssyndrom, se anbefalinger på Helsebiblioteket.](#)

Utover oppfølging ved fastlege eller behandlingstilbud, anbefales informasjon om og eventuelt henvisning til frisklivssentraler og andre lokale tilbud.

Begrunnelse

Ved fedme eller overvekt og/eller stor vektøkning/livviddeøkning, er det forhøyet risiko for sykdom og behov for tiltak. Det samme gjelder ved undervekt og/eller ufrivillig vekttap og lite inntak av mat.

Feilernæring blant pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er vanlig. Det er høy forekomst både av overdødelighet av hjerte- og karsykdommer der overvekt og metabolske forhold er sentrale faktorer og det er overdødelighet av flere typer somatiske tilstander relatert til under- og feilernæring. Kosthold og ernæringsstatus kan påvirke forløp ved somatisk lidelse, psykisk lidelse eller ruslidelse. Somatisk komorbiditet kan forårsake endret ernæringsbehov. Det er derfor viktig både å forebygge og behandle feil-/underernæring, overvekt og fedme.

Eksisterende kostholdsråd utformet på grunnlag av dokumentasjon for bedre fysisk helse, er vurdert å være positive også for psykisk helse. Maten og den sosiale betydningen av måltider kan også være en kilde til livsglede.

4.2 Oppfølging ved redusert fysisk aktivitet hos pasienter med psykiske lidelser

og/eller rusmiddelproblemer

Fysisk aktivitet bør være en integrert del av den ordinære behandlingen. Pasienter bør få veiledning og tilbud om tilpasset fysisk aktivitet.

Utredning

1. Kartlegg antall dager per uke pasienten vanligvis er i en type fysisk aktivitet som gjør at pasienten blir varm og andpusten.
2. Kartlegg forhold som påvirker mulighetene for trening (funksjonsevne, praktiske og sosiale forhold).
3. Beregn eventuelt maksimalt oksygenoptak/utholdenhet.

[Bruk eventuelt kondiskalkulator \(ntnu.no\)](#). Kondiskalkulatoren gir en vurdering av utholdenhet, men vil ikke være en reell erstatning for en objektiv test. Det anbefales at det vises klinisk skjønn i vurdering av testresultat og videre oppfølging.

Tiltak

Fysisk aktivitet bør være en integrert del av den ordinære behandlingen.

Ved døgninnleggelse bør det tilrettelegges både for mindre stillesitting, og for regelmessig fysisk aktivitet og trening.

Ved poliklinisk behandling bør pasienter få veiledning i og motiveres til tilpasset fysisk aktivitet. Gjennomføring av tiltak som skal bidra til varig endring av levevaner bør skje i samarbeid med kommunen.

Treningen bør tilrettelegges slik at pasienten får mulighet til å øke og opprettholde kondisjon og utholdenhet til over minimumsnivå – alder, kjønn og funksjonsnivå tatt i betraktning. Tilpasset motivasjonsarbeid er ofte nødvendig. Treningsterapeuter eller annet helsepersonell med relevant kompetanse bør samarbeide med pasienten om utforming og gjennomføring av treningen. Noen vil ha behov for støtte over tid. [For veiledning i endring av levevaner anbefales samtalemetoden motiverende intervju \(MI\)](#).

Minimumstiltak:

Samarbeid med pasienten om å finne aktiviteter han/hun er motivert for og har mulighet for å videreføre.

Aktiviteten bør foregå minimum 150 minutter per uke for voksne og 300 minutter per uke for barn/unge, og ha et intensitetsnivå som gjør at man blir svett og andpusten. Det vil forbedre kondisjon og utholdenhet. Økt aktivitet vil gi større helsegevinst. Eksempler: gå/jogge, ball- og lekaktiviteter, dans, sykling, ski og svømming, gjerne kombinert med styrketrening. Se også:

- [kondisjonstrening og utholdenhet \(helsenorge.no\)](#)
- [tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer](#)
- [aktivitetshåndboken](#)
- [COOP/WONCA – kan brukes for å kartlegge fysisk funksjon \(formi.no, PDF\)](#)

Intensiv trening:

Høy aktivitet gir høyere helsegevinst. Aktiviteten må tilpasses. For motiverte pasienter kan intervalltrening med økter 2–3 ganger per uke gjennom 8–12 uker ha god effekt.

Intervalltreningsøker kan gjennomføres etter [4x4 prinsippet, dvs. 4 intervalldrag med 4 minutters varighet \(ntnu.no\)](#). Intensiteten i intervalldragene bør være 85–95 prosent av makspuls. Følelsen av å være «godt andpusten, men ikke stiv» er en god intensitetsbeskrivelse for de fleste.

Mellom intervalldragene gjennomføres 3 minutters aktive pauser tilsvarende oppvarmingsfarten. Etter 3 minutter skal man være klar til å starte et nytt intervalldrag. 5 minutters oppvarming og nedtrapping gjennomføres før og etter intervalltreningen.

Individuell intervalltrening bør fortrinnsvis gjennomføres gående eller løpende med minimum 5 prosent motbakke på tredemølle, men intervalltrening kan også gjennomføres i motbakke utendørs, på sykkel eller ved ulike sosiale ball- og lekaktiviteter.

Videre oppfølging

- Det bør etterstrebtes å finne fram til en aktivitet som pasienten er motivert for. Føring av treningsdagbok eller bruk av apper, skritteller eller pulsklokke kan øke motivasjonen.
- Fysisk aktivitet/trening bør inngå i behandlingsplan og individuell plan. Den som har behandlingsansvaret har ansvar for å følge opp.
- Hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som har høy risiko for hjerte- og karsykdom, bør det gjøres en vurdering av den fysiske utholdenheten minst en gang i året.
- Utover oppfølging ved fastlege eller behandlingsinstitusjon anbefales informasjon om og ev. henvisning til [frisklivssentraler](#) og andre lokale tilbud som [aktiv på dagtid \(aktivpådagtid.no\)](#) og treningskontakt.

Treningsinspirasjon og -programmer

- [Få bedre kondisjon og utholdenhet \(helsenorge.no\)](#)
- [7 ukers treningsprogram \(ntnu.no\)](#)
- [Treningsklinikken ved St. Olavs Hospital \(stolav.no\)](#)
- [Vi er skapt for bevegelse \(ous.no\)](#)

Begrunnelse

Helsegevinster ved regelmessig fysisk aktivitet er veldokumentert, og det finnes konkrete [anbefalinger for barn og unge, voksne, eldre og gravide](#).

Redusert fysisk utholdenhet (reduisert maksimalt oksygenopptak) er en like sterk risikofaktor for tidlig død som røyking, høyt blodtrykk, hypertensjon og diabetes type 2 og bør følges opp tilsvarende. Mange vil ha behov for tilrettelagt trening og oppfølging over tid. Også mindre forbedringer i oksygenopptaket er forbundet med redusert risiko for kardiovaskulære hendelser.

Fysisk aktivitet har også en terapeutisk effekt. Deltakelse i fysisk aktivitet sammen med andre gir glede, sosial trening og mestringsopplevelser.

Mennesker med rusmiddelproblemer har en betydelig overhyppighet av angst- og depresjonslidelser. Fysisk aktivitet og trening kan virke beroligende og angstdempende, redusere depresjon og gi bedre søvn. Aktiviteter kan også bidra til å erstatte noe av tomrommet etter bruk av rusmidler. I tillegg kan deltakelse i organisert fysisk aktivitet, trening og idrett være med på å etablere sosiale nettverk utenfor de etablerte rusmiljøene.

4.3 Oppfølging ved søvnvansker hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Alle bør få veiledning og hjelp til å bedre sine søvnvaner ved søvnvansker.

Utredning

1. Sover du vanligvis godt? Har du problemer med innsovning, tidlig oppvåkning eller våkenhet i løpet av natten?
2. Hvordan er døgnrytmen din? Gjør døgnrytmen din det vanskelig for deg å fungere i hverdagen?
3. Har du et godt sted å sove?
4. Ønsker du veiledning for bedre søvn?

Vurder [utredning med søvndagbok \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no).

Det bør utredes om søvnvanskene kan forklares av en komorbid psykisk lidelse eller rusmiddelbruk, eller om det er forårsaket av en organisk tilstand.

Vurder screening for søvnapne for pasienter som snorker eller har pustestopp, og ved betydelig overvekt.

Tiltak

Alle med søvnvansker bør få [gode råd for bedre søvn \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no). Det bør særlig etterstrebes å oppnå en stabil døgnrytme, ved at pasienten står opp til samme tid hver dag og unngår å sove på dagtid.

Se [behandlingsprogram inkludert utredning, behandling og oppfølging for ulike søvnvansker hos Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer \(helsebergen.no\)](https://helsebergen.no).

Legemidler skal som hovedregel ikke være førstevalg ved søvnvansker (insomni). [Ikke-medikamentell behandling har bedre og mer varig effekt \(fhi.no\)](https://fhi.no). Ved noen spesifikke insomni-tilstander kan legemidler være indisert. [Legemidler kan også være aktuelt i forbindelse med søvnvansker ved avrusning.](https://helsebergen.no)

Se også [veiledning/kurs for gode søvnvaner ved Frisklivssentralen](https://frisklivssentralen.no).

Begrunnelse

Kroniske søvnvansker er svært vanlig ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, ikke bare som et symptom på den underliggende tilstanden, men også som en komorbid psykisk lidelse eller organisk forstyrrelse (f.eks. søvnapné). Søvnvansker åpenbarer seg ofte før symptomene på den psykiske lidelsen, og er risikofaktor for nye sykdomsperioder jf. [oversiktsartikkel om søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser \(tidsskriftet.no, PDF\)](https://tidsskriftet.no).

Søvnvansker er også en vanlig problemstilling hos pasienter med rusmiddelproblemer. Bruk av rusmidler kan være årsak til søvnvansker, eller det kan være selvmedisinering mot søvnvansker.

Diagnostikk og behandling av søvnvansker kan øke effekten av annen behandling, og bedrer prognosen ved affektive lidelser, angstlidelser og psykoselidelser. Alvorlige søvnvansker begrenser utbyttet av annen behandling inkludert farmakologisk behandling, og bør derfor alltid behandles.

5 Somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk – pakkeforløp for psykisk helse og rus

5.1 Oppfølging av somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Alle bør kartlegges for alkoholbruk og utredes for mulige somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk. Alle med alkoholrelaterte følgetilstander bør få tilbud om strukturert hjelp som kan inneholde både veiledning og behandling, inkludert bruk av legemidler, og oppfølging av somatisk helsetilstand. Det bør også tilbys oppfølging av sosiale forhold.

Utredning

For kartlegging av alkoholforbruk og eventuelt øvrige rusvaner anbefales [kartleggingsskjemaene AUDIT eller Alcohol-E, eventuelt også DUDIT eller DUDIT-E \(snakkomrus.no\)](#).

Ved problematisk alkoholbruk:

- fullstendig klinisk undersøkelse inkludert nevrologisk status og leverstigmata
- beregning av BMI
- eventuelt CIWA-Ar-score: symptomer på abstinenser og utvikling av delirium tremens
- aktuelle blodprøver kan være: hemoglobin, B-leukocytter med differensial telling, B-trombocytter, MCV/MCH, B-HbA1c, S-glukose, elektrolytter, S-CK (Creatine kinase), S-amylase, S-jern, S-jernbindingskapasitet (TIBC), S-kolesterol, S-HDL-kolesterol, S-LDL-kolesterol, S-albumin, S-ferritin, S-fosfataser, alkalisk fosfatase (ALP), S-gamma-GT, S-bilirubin, S-laktatdehydrogenase (S-LD), S-ASAT, S-ALAT, INR-verdi, S-kreatinin, S-urinstoff, S-TSH, S-vitaminB12 og S-vitaminD, hepatitt A (S-Anti-HAV IgM og S-Anti-HAV total), hepatitt B (S-HBsAg, S-Anti-HBc, S-Anti-HBs), hepatitt C (anti-HCV og S-HCV-RNA dersom anti-HCV er positiv), S-HIV Ag/As, S-karbohydratfattig transferrin (S-CDT), B-fosfatidyletanol (PEth)
- andre undersøkelser som kan være aktuelle: rtg thorax, EKG, ultralyd av lever

Vær oppmerksom på økt risiko for infeksjoner, hjerteflimmer, hjertemuskelsykdom og kreft, særlig i spiserør, mage, munn, tarm, bukspyttkjertel, lever og bryst.

Tiltak

Viktigste tiltak ved somatiske lidelser knyttet til alkohol er reduksjon av alkoholbruk, om mulig å slutte helt. Følgende punkter er anbefalinger som kan følges opp i et pasientforløp, med utgangspunkt i hva som avdekkes i utredningen:

- behandle abstinenser etter retningslinjen
- følge opp funn påvist ved klinisk undersøkelse / blodprøver
- behandle mangeltilstander
- vurdere tiltak for ernæring [Se: Ernæring]
- ev. forebygging av Wernickes encefalopati hvis B1-mangel
- vurdere [midlertidig kjøreforbud, se Førerkortveilederen](#)

Ved døgnbehandling er det institusjonen som har ansvar for tiltak knyttet til ivaretagelse av somatisk helse.

Ved poliklinisk behandling i TSB/PHV, er det primærhelsetjenesten, ev. i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som er ansvarlig.

Ved kontakt med fastlege, øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste eller somatisk spesialisthelsetjeneste: Vurder å henvise til TSB, og informer om selvhjelpsgrupper.

Se: [Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#).

Begrunnelse

Alkohol er en av de sterkeste bidragsyterne til tapte friske leveår (WHO) og virker toksisk på alle organsystemer. Pasienter med et langvarig og høyt alkoholforbruk har derfor en økt risiko for en rekke sykdommer, samt mangeltilstander, hormonelle endringer og svekket immunforsvar. I tillegg er det økt risiko for en rekke kreftsykdommer.

6 Somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler – pakkeforløp for psykisk helse og rus

6.1 Oppfølging av somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler

Alle som injiserer rusmidler bør utredes for komplikasjoner av sin injeksjonspraksis og få informasjon om forebygging av overdose.

Personer i denne gruppen har som regel lite kontakt med helsetjenesten og bør tilbys undersøkelse for å avdekke infeksjoner og andre komplikasjoner av sitt rusmiddelbruk ved alle anledninger de er i kontakt med helsetjenesten. Dette bør omfatte somatisk undersøkelse med laboratorieprøver samt vaksinasjon og forebyggende rådgivning.

Utredning

- teste for hepatitt A (HAV), hepatitt B (HBV), hepatitt C (HCV) og hiv-vaksinasjonsstatus for HAV og HBV
- bruk og deling av sprøyter og annet utstyr til injisering
- tegn til systemisk bakteriell infeksjon (som nedsatt allmenntilstand og feber)
- tegn til lokale infeksjoner i hud og underhud
- tungpustethet (dyspné) som kan gi mistanke om pneumoni, kols, lungeemboli, endokarditt
- bilyder over hjertet
- lokalisert hevelse i ekstremitet, obs dyp venetrombose (DVT) eller post-trombotisk syndrom
- nyrefunksjon
- leverfunksjon
- ernæringsstatus
- slimhinne i munnhulen og tannstatus
- plagsomme hudproblemer (for eksempel fistler og arr)
- venestatus
- symptomer på seksuelt overførbare sykdommer, amenoré og graviditet

Blodprøver bør tilpasses situasjon og tilstand. Følgende bør tas av alle som har injisert rusmidler: hemoglobin, B-leukocytter, B-trombocytter, CRP, S-ASAT, S-ALAT, S-bilirubin, S-kreatinin, S-albumin, INR, S-vitamin B12, S-vitamin D3, S-folat, hepatitt A (S-Anti-HAV IgM og S-Anti-HAV total), hepatitt B (S-HBsAg, S-Anti-HBc, S-Anti-HBs), hepatitt C (anti-HCV og S-HCV-RNA dersom anti-HCV er positiv), S-HIV Ag/As. Se også [Folkehelseinstituttets smitteveileder \(fhi.no\)](https://www.fhi.no).

Øvrige undersøkelser: BT, urin-stix. Røntgen thorax på bred indikasjon ved hoste og dyspné, likeledes EKG. Spirometri ved langvarig røyking, hoste eller dyspné.

Tiltak

Pasienten bør informeres om:

- hvordan redusere risiko for smitte av blodbårne infeksjoner
- hvor sterile sprøyter og annet brukerutstyr kan skaffes

- andre komplikasjoner ved å innta rusmidler med sprøyte
- [tryggere måter å innta rusmidler på](#)
- [risikoen for overdose og hvordan denne kan minimeres \(PDF\)](#)
- nalokson neseppray (hvis tilgjengelig i kommunen)
- resultater av undersøkelser og prøver – gjerne både skriftlig og muntlig

Hovedansvar for oppfølging ligger i primærhelsetjenesten. Fastlegen er sentral, men også annet helsepersonell som har kontakt med pasienter over tid, bør følge opp pasienten med informasjon, testing og forebyggende tiltak. Ved innleggelse og poliklinisk oppfølging i TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling), skal anamnese og somatiske undersøkelser alltid utføres av lege. Oppfølging av somatisk helse bør skje i tett samarbeid med primærhelsetjenesten.

Virushepatitter og HIV

Alle pasienter med risikoadferd med hensyn til blodbåren smitte, slik som injiserende rusmiddelbruk, testes for HAV, HBV, HCV og HIV ved inntak i spesialisthelsetjenesten og for øvrig minst en gang årlig.

Hepatitt A og B

Dersom det ikke foreligger beskyttende antistoffer mot HAV og HBV, bør vaksinasjon tilbys. Pasienter med kronisk HBV-infeksjon (HBs Ag positiv) henvises spesialist i infeksjonsmedisin eller gastroenterologi for utredning og behandling.

Hepatitt C

Særskilt risiko for å utvikle leversykdom i forbindelse med HCV-infeksjon er økende alder, alkoholbruk og diabetes mellitus.

- Alle pasienter med kronisk HCV-infeksjon (HCV-RNA positiv) henvises spesialist i infeksjonsmedisin eller gastroenterologi for utredning og behandling.
- [Behandlingen må forskrives av spesialist i infeksjonsmedisin eller gastroenterologi, men kan med fordel administreres av behandler i TSB, psykisk helsevern eller primærhelsetjenesten \(legeforeningen.no\).](#)
- Skulle pasienten takke nei til behandling, bør dette journalføres.
- Personer som har gjennomgått vellykket antiviral behandling for HCV må informeres om at de ikke har immunitet mot nysmitte av HCV. Ved fortsatt risikoadferd, bør de teste seg årlig.

Personer med kronisk hepatitt C over 35 år skal undersøkes med Fibroskan. Personer med kronisk hepatitt C og enten diabetes mellitus eller et skadelig alkoholbruk skal undersøkes med Fibroskan uavhengig av alder.

HIV

Ved påvist HIV-infeksjon henvises pasienten til spesialist i infeksjonsmedisin.

Infeksjoner i hud og underhud

Lokale infeksjoner bør forebygges og behandles aktivt, også for å redusere risiko for komplikasjoner fra andre organer som f.eks. amyloidose i nyrene.

Abscesser bør åpnes for å tømme ut puss og skaffe drenasje. Ved tegn til alvorlig utvikling henvises pasienten til kirurgisk poliklinikk eller kirurgisk avdeling. Se [Legevaktåndboken \(lvh.no\)](#).

En grundig [gjennomgang av hud og bløtdelsinfeksjoner knyttet til injeksjonsmisbruk finnes hos UiO \(PDF\)](#).

Alvorlige infeksjoner

Svekket allmenntilstand og feber uten kjent årsak, kan være tegn på alvorlige bakterielle infeksjoner (sepsis, endokarditt, pneumoni/lungeabscess, infeksjon i andre indre organer, benvev og ledd), og innleggelse bør vurderes.

Dyp venetrombose (DVT), lungeemboli og andre embolier

Å injisere rusmidler gir økt risiko for [DVT og lungeemboli \(legemiddelhandboka.no\)](#). Utsiktet injeksjon i arterie forekommer og kan føre til arterielle embolier, oftest i ekstremiteter.

Nyresvikt

Nyresvikt forekommer hyppigere hos personer som tar rusmidler med sprøyte. Dette kan skyldes [amyloidose \(nhi.no\)](#) i nyrene, som er en komplikasjon til kroniske infeksjoner for eksempel i munnhule og hud. Nyresvikt kan også være en sjelden komplikasjon ved HCV-infeksjon eller en følge av rhabdomyolyse.

For å fange opp personer som er i risiko for å utvikle nyresykdom, bør det gjøres en screening med BT og U-stix årlig av alle som injiserer eller har injisert rusmidler. Ved BT > 140/90 eller U-stix positiv for protein sendes urinprøve til albumin/kreatinin-ratio (U-AKR). Ved U-AKR > 30 mg/mmol henvises pasienten til spesialist i nyresykdommer. Ved nedsatt allmenntilstand uten kjent årsak, rekvireres e-GFR, S-kreatinin, S-urinstoff og S-kalium uavhengig av BT og U-stix. Ved e-GFR < 45 ml/min henvises pasienten til spesialist i nyresykdommer. For øvrig oppfølging i henhold til funn.

Somatiske komplikasjoner ved ikke-dødelige overdoser

[Ikke-dødelig overdose bør håndteres etter gjeldende retningslinjer.](#)

Langvarig hypoksi til hjernen ved overdose kan føre til hjerneskade. Ved overdoser er det derfor viktig å sette i gang gjenoppliving så snart som mulig. Ved mistanke om kognitive problemer relatert til overdoser, kan pasienten henvises til nevropsykologisk utredning av kognitive funksjoner.

Overdose kan føre til [rhabdomyolyse \(nekrose i muskulatur\) \(helsebiblioteket.no\)](#) ved at man blir liggende lenge i én stilling. Smerter og nyreskade er mulige konsekvenser.

Trykkrelatert skade av perifere nerver kan føre til lammelser, nedsatt sensibilitet og parestesier. I de fleste tilfeller bedres dette av seg selv over tid.

Gjennomgått overdose medfører økt risiko for ny overdose. Overdoser kan forebygges. Alle som bruker opioider som rusmiddel må gjøres kjent med følgende:

- Ved 3–8 dager uten heroin og andre opiater er toleransen nær null og overdoserisikoen forhøyet.
- Risikoen for overdose reduseres ved å dele opp i flere mindre doser.
- Røyking er tryggere enn sprøyte.
- Det gir økt risiko å blande ulike rusmidler.
- Ikke sett sprøyte med rusmidler alene.
- Ha alltid med nalokson neseppray (hvis tilgjengelig i aktuell kommune)

Prinsippene fra [Pasientsikkerhetsprogrammet vedr. forebygging av overdosedødsfall bør implementeres i alle sykehusavdelinger \(pasientsikkerhetsprogrammet.no\)](#).

Se også [Overdose – veiviser i lokalt forebyggende arbeid](#)

Senskader i hud og vener

Senskader i huden kan dreie seg om arr etter subkutane injeksjoner, infiserte sår, fistler og pigmentering omkring vener. Vener som er hyppig brukt til injisering, er utsatt for lokal tromboflebitt med påfølgende sklerosering, slik at de blir tette. Ved lokal tromboflebitt kan det gis råd om å la den aktuelle venen «hvile». Pasienter med synlige plagsomme stigma knyttet til rusmiddelbruk kan tilbys henvisning til hudlege eller kirurg/spesialist i plastisk kirurgi.

Ernæringsproblemer

Undervekt og feilernæring er vanlig blant personer som injiserer rusmidler hyppig. Enkelte utvikler overvekt når de avslutter rusbruken. Vektproblemer bør forebygges og følges opp over tid. Se [Oppfølging av kosthold og ernæringsstatus hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer](#).

Redusert tannhelse

Redusert tannhelse blant sprøytebrukere har ikke direkte relasjon til injiseringen, men skyldes manglende ivaretagelse av egen tannhelse over tid. Dårlig tannhelse kan være kilde for bakterielle infeksjoner både lokalt og med hematogen spredning. Videre vil dårlig tannhelse kunne bidra til stigma som vanskeliggjør rehabilitering. Se [Oppfølging av tannhelse hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer](#).

Begrunnelse

Å injisere rusmidler med sprøyte innebærer stor risiko for mange ulike somatiske problemer, slik som virusinfeksjoner og bakterielle infeksjoner både lokalt og med hematogen spredning, samt lokale skader i hud og vener. [En oversikt over risiko knyttet til bruk av ulike rusmiddel finnes hos SERAF \(uio.no\)](#).

Lever sykdom på bakgrunn av hepatitt C er en viktig årsak til død hos pasienter som har inntatt rusmidler med sprøyte og som er eldre enn femti år. Behandlingen av hepatitt C er svært effektiv og uten særlige bivirkninger og kan nå tilbys alle med kronisk hepatitt C.

7 Tannhelse – pakkeforløp for psykisk helse og rus

7.1 Oppfølging av tannhelse hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Alle som har psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer bør regelmessig følges opp av tannhelsepersonell.

Utredning

1. Har du smerter eller andre problemer i munnen?
2. Hvor lenge er det siden ditt forrige tannlege-/tannpleierbesøk?
 - Hvis det er mer enn 2 år siden: Hva er årsaken til at du ikke har vært hos tannlege/tannpleier på lang tid?
 - Hvis angst er årsak, må det opplyses om det i henvisningen til tannlege/tannpleier.

For pasienter med rett til gratis tannbehandling

[Presisering av rettighet/mulighet for tannhelsehjelp til personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser er beskrevet her.](#)

Henvising sendes til den offentlige tannhelsetjenesten dersom pasienten tilhører en av følgende grupper:

- 20 år eller yngre
- mottar personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring, støttekontakt eller avlastningstiltak
- i LAR/MAR
- døgnopphold i spesialisthelsetjenesten eller institusjon som har avtale med spesialisthelsetjenesten eller HELFO om å yte spesialisthelsetjeneste
- vedtak om hjemmebasert helsetjeneste i form av hjemmesykepleie, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven
- sitter i fengsel (ev. § 12-soning)

Dersom pasienten er tortur- eller overgrepsutsatt, eller har sterk angst for tannbehandling (odontofobi), sendes henvisingen til [tilrettelagt tannhelsetilbud, TOO-team](#).

For pasienter uten rett til gratis tannbehandling

Pasienter uten særskilt rettighet, og som er 21 år eller eldre, henvises til privat tannhelsetjeneste i samråd med pasienten.

Informere om folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling og om muligheter for økonomisk stønad til tannbehandling etter sosialtjenesteloven.

Videre oppfølging

Pasienten bør følges tett av tannhelsetjenesten. I hovedsak er det tannhelsepersonell som kaller inn pasientene til oppfølging, men det bør skje i samarbeid med den som er behandlingsansvarlig for pasienten.

Begrunnelse

Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har økt risiko for karies og periodontitt, og kjenner få eller ingen symptomer før skadene er irreversible. Dårlig tannhelse kan skyldes kombinasjon av dårlig ernæring og mangelfull munnhygiene, dessuten kan skadelige virkninger av rusmidler og bivirkninger av legemidler innvirke.

Infeksjoner i munnen påvirker generell helse. Dårlig tannhelse kan føre til smerter, betennelse og redusert tyggefunksjon, og kan påvirke matinntak og ernæring. Personer med dårlig tannhelse har ofte nedsatt livskvalitet og lav selvfølelse, noe som kan ha betydning for trygghetsfølelse i sosiale relasjoner og hemme rehabilitering. Omfattende sykdom i tenner eller tannkjøtt kan gi økt risiko for koronar hjertesykdom, slag og endokarditt.