



Helse- og
omsorgsdepartementet

Handlingsplan

Bedre helsehjelp – flere gode år (2025–2033)

Handlingsplan for å heve levealderen hos mennesker med
alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer



Innhold

Innledning	4
Manglende kartlegging og oppfølging av somatisk helse – behov for målrettede tiltak	8
Ikke-smittsomme sykdommer	9
Bruker- og pårørendemedvirkning	10
Personell, kompetanse og kunnskap	11
Helsekompetanse	11
Stigmatisering og forskjellsbehandling	11
Kompetanse i helse- og omsorgstjenestene	12
Forskning og kunnskapsutvikling	13
Bærekraftig bruk av arbeidskraft	13
Forebygging av somatiske sykdommer	14
Innsatsområder	14
Fysisk aktivitet	15
Røyking	16
Alkohol	17
Ernæring	18
Søvn	19
Tannhelse	19
Tiltak	19
Implementering av faglige anbefalinger	19
Sikre god samhandling	21
Kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud	21
Treningskontakt	23
Treningstilbud i privat regi	23
Tilbud drevet av frivilligheten	24
Strukturert trening i behandling – trening som medisin	24
Utredning og behandling av somatiske sykdommer	26
Innsatsområder	26
Hjerte- og karsykdommer	26
Diabetes type 2	27
Kreft	27
Luftveissykdommer	28
Bruk av legemidler	29
Tiltak	29
Barrierer for å oppsøke helsehjelp	29
Tilgjengelige og brukernære tjenestetilbud	31
Følgetilstander ved alkoholbruk	32
Infeksjoner ved injisering av rusmidler	33
Modeller for oppfølging av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer	34
Behandling med legemidler	34
Gjennomføring, evaluering og indikatorer	38
Økonomiske og administrative konsekvenser, herunder konsekvenser for personell	39
Oversikt over sentrale dokumenter	41



Innledning

Det er for store sosiale helseforskjeller i Norge i dag. Det vil regjeringen gjøre noe med. De sosiale helseforskjellene gjelder for en lang rekke sykdommer og levevaner og for livskvalitet. Dette viser seg også i forventet levealder. Menn i laveste inntektsgruppe lever i snitt 14 år kortere enn menn i den høyeste inntektsgruppen, mens forskjellen for kvinner er rundt 8 år.¹ Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer er spesielt sårbare, og er sterkt overrepresentert blant de med lav inntekt.^{2 3} De har dårligere somatisk helsetilstand, de er oftere bostedsløse, faller oftere ut fra utdanning og yrkesliv, har oftere dårlig økonomi og har større risiko for selvmord og overdose sammenlignet med andre innbyggere. Levealderen er betydelig lavere enn i den øvrige befolkningen.⁴

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer skal ha de samme mulighetene til å leve lange, gode liv som resten av befolkningen. Regjeringen mener at vi, som samfunn, ikke kan godta at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har mange år lavere forventet levealder, når vi har virksomme tiltak som vår felles helse- og omsorgstjeneste kan ta i bruk. For å redusere de sosiale helseforskjellene er det også helt nødvendig å legge til rette for gode levekår og gode helsevaner. Å redusere sosiale helseforskjeller er den viktigste prioriteringen i regjeringens folkehelsepolitikk, som presenteres i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*.⁵

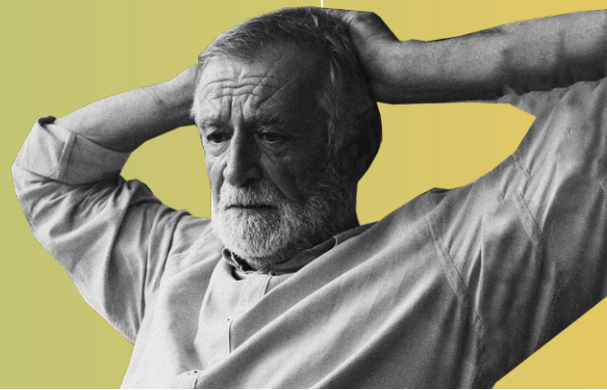
¹ Kinge, JM et al. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality. JAMA 321(19).

² Kinge JM, Øverland S, Flatø M et al. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. Int J Epidemiol. 10; 50(5):1615-27. doi: 10.1093/ije/dyab066

³ Suokas K, Koivisto AM, Hakulinen C et al. (2020). Association of Income With the Incidence Rates of First Psychiatric Hospital Admissions in Finland, 1996-2014. JAMA Psychiatry, 1;77(3): 274-84. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3647

⁴ Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse*

⁵ Meld. St. (2022-2023) *Folkehelsemeldinga*



I Meld. St. 28 (2024-2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn (Oppvekstmeldinga)* presenterer regjeringen den samlede innsatsen for at barn og unge skal få like muligheter for en trygg oppvekst, og til å utvikle seg, lære, mestre og skape grunnlaget for et godt liv for seg og sine familier. Det gjelder fra starten av livet, gjennom barndom og ungdomstid og inn i arbeidslivet. De 1000 første dagene gis særlig oppmerksomhet, fordi et barns utvikling påvirkes helt fra unnfangelsen. Erfaringene barnet får, både positive og negative, spiller en viktig rolle for hvordan barnet utvikler seg. I arbeidet med å fremme barns helse og utvikling er det viktig med oppmerksomhet både om hvordan risikofaktorer kan reduseres og hvordan viktige beskyttelsesfaktorer i barns liv kan fremmes.

Både Meld. St. 23 (2022-2023) *Opptappingsplan for psykisk helse* og Meld. St. 5 (2024-2025) *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet*⁶ har som resultatmål å øke levealderen for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Å heve levealderen til målgruppen vil være et viktig bidrag til å utjevne sosiale forskjeller i levealder.

I *Opptappingsplanen for psykisk helse* er ett av tre satsingsområder tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Det har over lang tid blitt lagt ned en omfattende innsats for å sikre målgruppen god og sammenhengende hjelp, men fortsatt er det behov for ytterligere utvikling for å sikre dette. Regjeringen vil derfor styrke hele behandlingsskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov, og bidra til å heve levealderen og øke livskvaliteten hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Å utarbeide en plan for økt levealder er et av tiltakene for å oppnå dette.

Tiltak for å øke levealderen er også sentralt i *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet*. Regjeringen vil endre regelverk og vurdere organisering og innretning av tjenestetilbud slik at behandling og oppfølging av rusmiddelproblematikk blir likere innretningen av øvrige helsetjenester. Det skal vurderes tiltak slik at fastleger gjennomfører årskontroll, og det skal vurderes fritak fra egenandeler hos fastlege for pasienter med rusmiddellidelser for å fremme likeverdig tilgang til helsetjenester. Det skal være robuste og tilgjengelige basistjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i alle helseforetak, og det skal prøves ut nærklinikk som

⁶ Meld. St. 5 (2024-2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet*

ytter spesialisert behandling for personer med sammensatte tjenestebehov. Regjeringen vil også utarbeide en handlingsplan mot stigmatisering, og har satt i gang arbeidet med ny handlingsplan mot forebygging av selvmord.

Mange pasienter i døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skriver seg ut grunnet frykt for reduksjon av trygdeytelser og tap av bolig.

Det er unntak fra reduksjonsreglene for at pasienter skal kunne gjennomføre behandling uten frykt for å miste boligen. Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil gjennomgå disse reglene for å vurdere om regelverket og praksis i tilstrekkelig grad sikrer dette formålet. I den forbindelse vil det også gjøres en gjennomgang av andre sider ved regelverket om reduksjon i ytelser ved institusjonsopphold, blant annet reduksjonsgradene. Dersom gjennomgangen viser at det er behov for endringer, vil departementet ta initiativ til nødvendige justeringer.

Helsedirektoratet har lagt fram en ny handlingsplan mot overdoser.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer skal få den behandlingen de har behov for når det gjelder disse problemene. Men skal vi lykkes med å øke levealderen, må vi gjøre mer for å følge opp andre helseutfordringer som denne pasientgruppen ofte har, særlig somatiske helseplager.

Målgruppen for planen

Planen retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med andre helse- og livsutfordringer. Det som kjennetegner målgruppen, er betydelig og langvarig nedsatt funksjonsevne, og behov for sammensatte tjenester over tid – uavhengig av diagnose. Mange har behov for hjelp fra både helsetjenesten og andre deler av velferdssystemet. Det kan være personer som strever med å mestre hverdagen, har lav livskvalitet og opplever store belastninger – psykisk, fysisk, sosialt og økonomisk.

Selv om enkelte diagnoser som psykoselidelser, bipolar lidelse og rusmiddelavhengighet er vanlige i denne gruppen, er ikke denne planen begrenset til spesifikke diagnoser. Den tar utgangspunkt i funksjon, livssituasjon og behov for tjenester – ikke bare sykdomsklassifisering.

Målområder og tiltak

Overordnet mål: Forskjellene i forventet levealder skal reduseres. Gode levekår og sammenhengende og god behandling skal gi bedre helse og livskvalitet og økt forventet levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer.

Målområde 1: Bedre hjelp til å endre levevaner og forebygge somatiske sykdommer

Tiltak

- Implementere anbefalingene knyttet til forebygging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevaner
- Utarbeide faglig retningslinje for utredning og behandling av angst og depresjon, som inkluderer fysisk aktivitet som en del av behandlingen
- Bidra til etablering av treningstilbud for målgruppen i kommunene
- Trening skal bli en del av behandlingstilbudet i alle helseforetak
- Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppen og vurdere egnet finansiering av legemidler ved røykeslutt
- Vurdere hvordan ABC for god psykisk helse kan komme målgruppen til gode

Målområde 2: Bedre helsehjelp og tettere oppfølging av somatisk helse og legemiddelbruk for å redusere risiko for å utvikle alvorlig sykdom

Tiltak

- Forbedre oppfølging av vanlige somatiske sykdommer ved å:
 - Implementere anbefalingene knyttet til behandlingstilbud i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevaner, inkl. implementering av «Hjertefrisk»
 - Systematisk bygge ned og fjerne barrierer som står i veien for å søke helsehjelp, for eksempel stigma, svak helsekompetanse og økonomiske forhold
 - Videreutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tjenester og følgetjenester til treningstilbud og til kontroller hos fastlege
 - Samarbeide med frivillig og ideell sektor om å utvikle andre følgetjenester til helseundersøkelser/kontroller
- Pilotere ulike modeller som sørger for at pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får oppfølging av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer
- Involvere pårørende der det er relevant, gjennom pårørendeavtaler og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter et behandlingsopphold
- Utarbeide og gjennomføre en plan for å implementere faglige råd og anbefalinger i tjenesten, blant annet:
 - ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelbehandling ved psykoselidelser
 - anbefalingene om bruk av legemidler i nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus
- Videreutvikle samvalgsverktøy og tilbud om legemiddelfri behandling.

Manglende kartlegging og oppfølging av somatisk helse – behov for målrettede tiltak

Det er flere årsaker til lavere levealder blant personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, som selvmord, ulykker, overdose og somatiske sykdommer.⁷ I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i målgruppen kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. Overdødeligheten knyttet til somatiske sykdommer kan ha flere forklaringer (listen er ikke uttømmende):

- genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse
- levevaner, som røyking, skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og søvnproblemer
- psykososialt stress i form av ensomhet, dårlig økonomi, lav utdanning, arbeidsledighet, mangel på egnet bolig, manglende støtte i nettverk o.l.
- bivirkninger av legemidler
- infeksjoner og andre sykdomstilstander forårsaket av rusmiddelbruk
- manglende diagnostisering og forsinket behandling

I en helhetlig tilnærming til målgruppen inngår innsatser rettet mot levekår, bolig, arbeid, økonomi, helse, omsorg og koordinering av tjenester på tvers av sektorer. For at barn ikke skal vokse opp med vanskelige levekår, er det særlig viktig med tiltak for å redusere sosioøkonomiske forskjeller. Tiltak for flere av disse områdene inngår i andre planer, slik som Opptrappingsplanen for psykisk helse, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, Boligmeldingen, Handlingsplan for forebygging av selvmord, handlingsplan mot overdoser, Oppvekstmeldingen og Regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud. Disse vil ses i sammenheng med denne handlingsplanen. Det er særlige behov for målrettede og forsterkede tiltak for å forebygge og behandle somatisk sykdom. Handlingsplanen prioriterer derfor tiltak som kan iverksettes av helse- og omsorgstjenesten.

Verdens helseorganisasjon regner bolig som en av de viktigste påvirkningsfaktorene for helse. Boforhold påvirker både den fysiske og psykiske helsen. Opptrappingsplanen for psykisk helse og Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet har tiltak knyttet til boforhold for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Tilgang på bolig, sammen med økonomisk trygghet, er viktig for den enkelte for å kunne starte på endringsprosesser.

⁷ Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse*

Det er manglende kartlegging og oppfølging av somatiske helseproblemer hos personer med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Et landsomfattende tilsyn i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i 2017–2018 viser omfattende svikt i tjenestene til personer med psykisk lidelse og samtidig rusbrukslidelse.⁸ Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) kom med en rapport i 2023 om somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.⁹ Hovedbudskapet i rapporten er at den største muligheten for å redusere tap av leveår og øke livskvalitet ligger i forebygging før sykdom oppstår. Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv*¹⁰ slår fast at 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 befolkningen. For å oppnå en reell bedring av disse pasientenes fysiske helse, er det nødvendig å sette inn flere ulike tiltak på flere nivåer samtidig.

Riksrevisjonens rapport om helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse fra 2025 peker også på betydelige utfordringer i helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse.¹¹ Denne planen er en del av regjeringens innsats for å følge opp Riksrevisjonens rapport.

Ikke-smittsomme sykdommer

Arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer (NCD – Non-Communicable Diseases) har vært et viktig utgangspunkt for handlingsplanen. Verdens helseorganisasjon definerer hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes, kroniske luftveissykdommer og psykiske lidelser som NCD. Norge har forpliktet seg til FNs mål om å redusere prematur død (30–70 år) som skyldes NCD-sykdommene kreft, hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og diabetes, med en tredjedel innen 2030.

⁸ Helsetilsynet (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse*

⁹ Ukom (2023). *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse*

¹⁰ Den norske legeforening (2023). *Bedre helse og lengre liv*

¹¹ Riksrevisjonen (2025). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse.*

Bruker- og pårørendemedvirkning

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer kan være ambivalente til behandling. Mange ønsker hjelp, men kan ha utfordringer med tillit til hjelpeapparatet eller redusert evne til å følge opp behandling på grunn av sykdommens karakter eller en ustabil livssituasjon. Levekårsutfordringer kan også være et hinder for å følge opp behandling. Det er derfor svært viktig å vektlegge brukermidvirkning, slik at man sammen med den som mottar hjelp, treffer godt med individuelt tilpassede tiltak.¹² Tillit til hjelperne er ofte avgjørende. I 2025 lanserte Helsedirektoratet nye nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet.¹³

Mange pårørende opplever at de i liten grad involveres i planlegging og beslutninger når det gjelder brukerne/pasientene, samt i utforming av tjenestene. Samtidig bidrar pårørende i stor grad i oppfølgingen av personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Belastningene for pårørende kan være omfattende. Det er behov for bedre samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten. Et verktøy som nylig er utviklet, er pårørendeavtaler. Målet med pårørendeavtaler¹⁴ er å ivareta den pårørende og bedre samhandlingen og dialogen mellom pårørende og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også utarbeidet verktøy for familiefokusert praksis.¹⁵

Å ivareta og støtte pårørende er viktig for å sikre bærekraften i velferdsstaten. Målet er å tilrettelegge for at pårørende kan være en ressurs, og samtidig leve gode liv og ivareta egen helse og livskvalitet.

Det er godt dokumentert at mange pårørende står i krevende situasjoner, mange over tid. Både rapporter, undersøkelser og studier understreker pårørendes behov for informasjon og betydningen av god samhandling med tjenestene. Det er derfor viktig fremover å sikre informasjon, støtte til og veiledning av pårørende, og å legge til rette for godt samarbeid mellom pårørende og tjenestene.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å revidere pårørendeveilederen, å gjennomgå og utbedre informasjonen på Helsenorge, og iverksette andre relevante tiltak for å nå pårørende med informasjon, blant annet om deres rettigheter.

Pårørendes perspektiv skal integreres i alle planer og strategier i helse- og omsorgspolitikken.

¹² Helsenorge. Psykose - samvalg, <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/psykose>.

¹³ Helsedirektoratet (2024). Nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet, <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonale-faglige-rad-for-bruker-og-parorendemedvirkning-i-rus-og-psykisk-helsefeltet>

¹⁴ Helsedirektoratet. Pårørendeavtale – et verktøy for godt samarbeid, <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/parorende>

¹⁵ Akershus universitetssykehus. Familiefokusert praksis - Familiemodellen, <https://kurskatalog.helse-sorost.no/kurs/11386/>

Personell, kompetanse og kunnskap

God kompetanse om rusmiddelproblemer og psykiske lidelser i kombinasjon med somatiske lidelser kan bidra til å forebygge skade hos den enkelte, og bidra til bedre helhetlig behandling i helse- og omsorgstjenesten.

Helsekompetanse

Personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har behov for god kunnskap om egen helsetilstand, både når det gjelder forebygging og å leve med egen lidelse og somatisk sykdom. Helsemyndighetene har et særskilt ansvar for å utvikle, formidle og tilgjengeliggjøre kvalitetssikret informasjon, slik at disse gruppene får styrket egen helsekompetanse på en måte som bidrar til at de kan ta informerte valg i spørsmål som angår egen helse. Det betyr at myndighetene må legge til rette for at folk med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digital kompetanse har tilgang til tilpasset informasjon. Regjeringen vil derfor forsterke innsatsen for å øke helsekompetansen i befolkningen, og det skal utarbeides en ny strategi om helsekompetanse.

Stigmatisering og forskjellsbehandling

Manglende kompetanse hos personell kan også være uttrykk for ubevisste holdninger som fører til at disse bruker- og pasientgruppene opplever at de blir stigmatisert og forskjellsbehandlet. Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet* omtaler at stigma og utenforskap rammer personer med rusmiddeldiagnoser og psykiske helseproblemer. Negative holdninger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser finnes både i befolkningen generelt og blant personell i helse- og omsorgstjenestene. Det kan bidra til at disse menneskene ikke får nødvendige undersøkelser og helsehjelp for somatiske lidelser, noe som kan utgjøre brudd på forbudet mot diskriminering.^{16 17 18} Det er nødvendig å øke bevisstheten om diskriminering og stigma, forbedre tilgangen til behandling, og implementere politikk som beskytter rettighetene til personer med psykiske helseutfordringer og alvorlige rusmiddelproblemer. Regjeringen har varslet at det skal utarbeides en handlingsplan mot stigmatisering, jf. Meld. St. 5 (2024–2025) *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet*.

¹⁶ «Du har ikke noe her å gjøre» - Norges institusjon for menneskerettigheter

¹⁷ Rus og menneskerettigheter - Norges institusjon for menneskerettigheter

¹⁸ The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health - The Lancet

«En av oss»

Danmark har utarbeidet en tiårig plan mot stigmatisering og diskriminering. Flere tiltak er implementert for å redusere stigma og diskriminering knyttet til psykiske lidelser. Et sentralt initiativ er det nasjonale antistigma-programmet «EN AF OS», som har som mål å endre holdninger og øke bevisstheten om psykisk helse i befolkningen.

Landsindsatsen EN AF OS | Sundhedsstyrelsen

Kompetanse i helse- og omsorgstjenestene

Lav kompetanse hos personell i helse- og omsorgstjenestene om sammensatte helseutfordringer hos dem med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, kan føre til tilstrekkelig kartlegging og avdekking av somatiske helseproblemer hos pasienter og brukere. Dette kan føre til negative konsekvenser for pasientenes og brukernes prognoser, behandlingstilbud og pasientrettigheter.

For å nå målet om å heve levealderen for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, må det skje et kontinuerlig kunnskaps- og kompetanseutviklingsarbeid innenfor de etablerte systemene for forskning, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling. Det er også sentralt at kvalitetssikret kunnskap gjøres tilgjengelig, spres og tas i bruk.

Flere av tiltakene i handlingsplanen har dette som utgangspunkt, og derfor er blant annet implementering av faglige anbefalinger et sentralt tiltak. Spredning av kunnskap gjennom fagnettverket for intensiv trening er et eksempel. Tiltak som har vist seg effektive må deles, samtidig som det er viktig med fagutvikling der kunnskapen er svakere.

Helsedirektoratet arbeider med å gjennomgå læringsmål i medisinske spesialiteter og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialiseringen mot pasientenes og tjenestens behov. Behovet for medisinsk breddekompetanse skal vektlegges. I denne sammenheng vil det være aktuelt å gjennomgå det faglige innholdet i spesialitetene psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin samt andre relevante spesialiteter. Hensikten er å ivareta behovet for kunnskap om somatisk sykdom. Helse- og omsorgsdepartementet tar også sikte på å etablere offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet, og det må påses at slik spesialisering også vil gi tilstrekkelig kompetanse innen somatisk sykdom.

Forskning og kunnskapsutvikling

For å redusere levealdersforskjellen mellom personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og den øvrige befolkningen, er det viktig å kombinere målrettede tiltak med økt forskningsinnsats. Økt kunnskap om årsaker og effektive intervensjoner vil gi bedre og mer treffende tiltak. Det er viktig at helse- og omsorgstjenestene har tilgang på ny kunnskap, og at tjenesteledelse og fagpersoner sammen arbeider målrettet for å implementere nye metoder.

Vi må få mer kunnskap om årsaker til overdødelighet, som sammenhengen mellom psykisk helse, rusmiddelbruk, somatiske sykdommer og sosiale faktorer. Det er nødvendig å evaluere tiltak nasjonalt og internasjonalt for å identifisere de mest effektive strategiene og tiltakene for å oppnå vellykket implementering. Videre bør forskningen kartlegge helsetjenestebruk, barrierer for somatisk helsehjelp og hvordan boforhold, økonomi, arbeid og sosial støtte påvirker helse. Formålet er å utvikle en helhetlig innsats som inkluderer forebygging, behandling og forskning, for å sikre at tiltakene bygger på et solid kunnskapsgrunnlag og har tilsiktet effekt.

Bærekraftig bruk av arbeidskraft

Regjeringen vil at tiltakene i handlingsplanen skal være kunnskapsbaserte, og bygge opp under en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kontinuerlig utvikling. Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste* slo fast at det skal stilles krav om at utredning av personellkonsekvenser alltid skal være en del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Departementet har derfor stilt krav til underliggende etater og virksomheter om at personellkonsekvenser skal utredes som en del av kunnskapsgrunnlaget for alle tiltak innenfor departementets sektoransvar. Utredning av personellkonsekvenser er en viktig føring også for denne handlingsplanen.

Føringene for å fremme bærekraftig bruk av arbeidskraft fra Meld. St. 9 (2023–2024) gjelder også for denne planen. Den fastslår at det er nødvendig med en samtidig innsats innen områdene i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår ii) oppgavedeling og effektiv organisering, og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene skal alltid vektlegges. Regjeringen legger også til grunn at digitale løsninger og innføring av ny teknologi fortrinnsvis skal være personellbesparende, og bidra til redusert vekst i personellbehov.



Forebygging av somatiske sykdommer

◦ Målområde

Bedre hjelp til å endre levevaner og forebygge somatiske sykdommer

Innsatsområder

Usunne levevaner er en medvirkende årsak til økt sykkelighet og dødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus inkluderer anbefalinger for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner, inkludert anbefalinger om kommunikasjon og motivasjon. Anbefalingene gjelder uavhengig av behandlingsnivå, og har som mål å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og økt levealder.

Det er avgjørende at endring av levevaner er individuelt tilpasset og i tråd med pasientens forståelse, behov og ønsker. Endring av levevaner tar tid, og tilbud for å endre levevaner for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer bør være langvarige og tilpasset den enkelte. På samme måte som kroniske somatiske sykdommer, som hjertesykdom og diabetes, er ofte alvorlige psykiske lidelser og alvorlige rusmiddelproblemer noe den enkelte lever med. Dette perspektivet ligger til grunn for denne handlingsplanen. Det betyr at også behandlingstiltak og oppfølging av den enkelte må strekke seg over tid.



Fysisk aktivitet

Sammenhengen mellom fysisk kapasitet og risiko for sykdom og tidlig død er godt dokumentert gjennom forskning. Fysisk inaktivitet gir betydelig helsetap, og økt fysisk aktivitet gir viktige helsegevinster.¹⁹ Fysisk aktivitet kan brukes i forebygging og som en del av behandling av over 30 lidelser, blant annet hjerteinfarkt, diabetes type 2, kreft, fedme, depresjon og angst.^{20 21} Ifølge nasjonale faglige råd bør veiledet og individuelt tilpasset fysisk aktivitet og trening inngå i behandling og oppfølging ved depresjon.²²

Fysisk aktivitet kan være en effektiv del av behandlingen av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.²³ Retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet²⁴ har en egen anbefaling om systematisk fysisk aktivitet og treningskontakt. Retningslinjen foreslår bruk av systematisk fysisk aktivitet som del av rusbehandling og at pasienter/brukere med ønske og behov for treningskontakt, kan tilbys dette.

Fysisk aktivitet kan redusere risikoen for depresjon og omfanget av depressive symptomer. Det samme gjelder for personer med angst. Videre ser det ut til at regelmessig fysisk aktivitet kan bedre stressmestring og gi bedre søvnkvalitet.²⁵

Den fysiske kapasiteten til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer er kartlagt og dokumentert i flere norske

¹⁹ Helsedirektoratet (2024). Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vunne-levear-og-helsetapsjusterte-levear-dalys-ved-fysisk-aktivitet>

²⁰ Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2018). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf

²¹ Yrkesforeninger for Fysisk Aktivitet (YFA) (2021). Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, redaktörer. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB.

²² <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

²³ Ashdown-Franks G, Firth J, Carney R, et al. Exercise as Medicine for Mental and Substance Use Disorders: A Meta-review of the Benefits for Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes. *Sports Med.* 50(1): 151-170.

²⁴ *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet - Helsedirektoratet*

²⁵ Folkehelseinstituttet (2019). Helseeffekter av fysisk aktivitet, <https://www.fhi.no/le/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>

studier.²⁶ Målgruppen responderer på utholdenhets-²⁷ og styrketrening på nivå med friske²⁸, og det reduserer risikoen for annen somatisk sykdom og tidlig død.²⁹ Effektiv individuelt tilpasset trening bør brukes for å bedre helsen. Det vil også gi reduserte helsekostnader og belastning på helsetjenestene.³⁰ Samlet sett er helsegevinstene de samme som hos folk flest. Brukere og pasienter bør få veiledning og hjelp til å bli fysisk aktive.³¹ Det er behov for større oppmerksomhet og integrering av kunnskap om de positive effektene trening har for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, og å øke tilgjengeligheten til trening og fysisk aktivitet.

Røyking

Tobakksbruk er en av de viktigste årsakene til sykdom og død på verdensbasis. Røyking er en sentral risikofaktor for mange sykdommer, særlig kreft, lungesykdommer, som kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og hjerte- og karsykdommer. Røyking øker også komplikasjoner ved diabetes type 2.

Internasjonale og norske undersøkelser viser at mange personer med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer, får KOLS og hjerte- og karsykdommer flere år tidligere enn den øvrige befolkningen³², og at de får mindre behandling, til tross for økt sykkelighet. Mange dør for tidlig av slike lidelser uten å være diagnostisert eller behandlet.

En rekke studier og helseundersøkelser viser at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som gruppe røyker i større grad enn den generelle befolkningen. Rundt 10 prosent av normalbefolkningen røyker jevnlig, mens blant personer med psykoselidelser er 70–80 prosent jevnlig røykere, 50–70 prosent blant individer med bipolar lidelse og 50–85 prosent blant individer med rusbrukslidelser. Studier har vist at mange ønsker røykeslutt.³³ Derfor bør kartlegging av røykevaner og diagnostisering av nikotinavhengighet gjennomføres systematisk hos alle pasienter i psykisk helsevern og i tverrfaglig

²⁶ Heggelund J, Hoff J, Helgerud J, Nilsberg GE, Morken G. (2011). Reduced peak oxygen uptake and implications for cardiovascular health and quality of life in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 11: 188.

²⁷ Heggelund J, Nilsberg GE, Hoff J et al. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia: a controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 65(4): 269-75.

²⁸ Nygård M, Brobakken MF, Taylor JL et al. (2021). Strength training restores force-generating capacity in patients with schizophrenia. *Scand J Med Sci Sports*. 2021 31(3): 665-78.

²⁹ Flemmen G, Unhjem R, Wang E. (2014). High-intensity interval training in patients with substance use disorder. *Biomed Res Int*. 2014:616935.

³⁰ Flemmen G, Wang E. (2015). Impaired Aerobic Endurance and Muscular Strength in Substance Use Disorder Patients: Implications for Health and Premature Death. *Medicine (Baltimore)*. 94(44): e1914.

³¹ *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet*

³² Folkehelseinstituttet (2023). Psykiske plager og lidelser hos voksne, <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>

³³ Druckrey-Fiskaaen KT, Furulund E, Daltveit JT et al. (2022). Integration of smoking cessation into standard treatment for patients receiving opioid agonist therapy who are smoking tobacco: protocol for a randomised controlled trial (ATLAS4LAR). *Trials*. 23(1): 663. doi:10.1186/s13063-022-06560-x

spesialisert rusbehandling. For personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer bør rekruttering til røykesluttoppfølging skje i en individuell pasientkonsultasjon. Veiledningen bør i større grad være individuelt tilpasset. Kunnskap og erfaring viser at legemidler øker sjansen for å lykkes med røykeslutt. Pasienter som ikke røyker, har økt sannsynlighet for å gjennomføre rusbehandling.³⁴ Det finnes en retningslinje for røykeavvenning med faglige råd.³⁵

Pilotprosjekt i Vestre Viken – røykeslutt

Fra september 2020 til desember 2023 pågikk et pilotprosjekt³⁶ rettet mot befolkningen i opptaksområdet til Vestre Viken helseforetak. I prosjektet ble det gitt offentlig finansiering av legemidler til røykeslutt. Helsepersonell i opptaksområdet ble oppfordret til å informere om og henvise pasienter til frisklivssentralen i kommunen, hvor de kunne få tilbud om gratis legemidler og veiledning. Helsedirektoratet markedsførte tilbudet til befolkningen gjennom kampanjer. Pilotprosjektet er evaluert av Folkehelseinstituttet.³⁷ Resultatene var uvanlig gode. I underkant av 30 prosent var røykfrie etter ni måneder. Arbeidet er fulgt opp med godt resultat i etterkant.³⁸

Alkohol

En betydelig andel av sykdomsbyrden i befolkningen skyldes alkoholbruk.³⁹ I *Nasjonal alkoholstrategi og Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* er det flere tiltak som har som mål å komme tidligere inn for å forebygge skader relatert til alkohol. Et av tiltakene er å bidra til at helsepersonell har nødvendig kunnskap om identifisering, forebygging og behandling av rusmiddelrelaterte problemer. For at helsepersonell skal ha riktig kunnskap og kompetanse knyttet til rusmiddelproblematikk, er det viktig at grunn-, videre- og spesialistutdanningene i tilstrekkelig grad vektlegger dette.⁴⁰

³⁴ Lien L, Bolstad I, Bramness JG. (2021). Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: prevalence and effect on mental health and quality of life. BMC Psychiatry 2021; 21: 244.

³⁵ Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning, <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>

³⁶ *Gratis hjelp til røykeslutt – pilotprosjekt Vestre Viken HF - Helsedirektoratet*

³⁷ Lien L, Bolstad I, Bramness JG. (2021). Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: prevalence and effect on mental health and quality of life. BMC Psychiatry 2021; 21: 244.

³⁸ NORCOR. Motiverende samtale med sykepleier ga sju ganger høyere deltakelse på røykeslutt-kurs, <https://norcor.no/2024/04/motiverende-samtale-med-sykepleier-ga-sju-ganger-hoyere-deltakelse-pa-roykeslutt-kurs/>

³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025

⁴⁰ Ibid.

I *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* framgår det at regjeringen vil legge til rette for at flere får behandling for alkoholbrukslidelser gjennom å

- øke kunnskap om følgeskader av alkohol og ferdigheter hos personell
- øke kunnskapen om legemidler som kan brukes for å behandle alkoholproblemer, herunder om muligheten til å søke individuell stønad etter blåreseptforskriften
- øke personellets oppmerksomhet for å identifisere tilstander der alkohol er en medvirkende årsak til sykdomsbildet
- etablere en ny behandlingsretningslinje for tidlig intervensjon for alkoholproblemer

Mange pasienter med alkoholproblemer kommer i kontakt med helsetjenestene for ulike psykiske og somatiske helseproblemer, uten at den bakenforliggende alkoholbruken nødvendigvis er kjent. En stor andel av pasientene som er innlagt ved somatiske sykehusavdelinger, har rusmiddelrelaterte helseproblemer der rusmiddelbruken kan ha forårsaket eller komplisert innleggelsen. Dette er viktig å få avdekket. Helsetjenesten har blitt oppfordret om å screene pasienter for alkoholproblemer, særlig ved indikasjon på skadelig bruk. Flere studier har vist at kartlegging av risikofyllt alkoholbruk, for eksempel ved bruk av AUDIT, og bruk av motiverende intervju (MI) som intervensjon overfor personer som har risikofyllt alkoholbruk, har god effekt. Fastleger og annet helsepersonell bør derfor ha grunnleggende kompetanse om korte intervensjoner for alkoholproblemer, som for eksempel bruk av motiverende intervju.

Ernæring

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har ofte ernæringsutfordringer, som kan føre til under- eller feilernæring med svekket immunforsvar og redusert fysisk og psykisk helse. Bedre ernæringsstatus kan redusere risikoen for somatiske sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og leverproblemer.⁴¹ Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner tydeliggjør at alle som har behov for det, bør få tilbud om individuelt tilpasset kostveiledning basert på ernæringsstatus.⁴²

⁴¹ Helsedirektoratet (2022). Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner,

⁴² *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet*

Søvn

Mange opplever søvnforstyrrelser sammen med psykiske lidelser, og det er også vanlig hos personer med rusmiddelproblemer.⁴³ Forskning har vist at behandling som retter seg mot søvnproblemer, også kan redusere symptomer på psykiske lidelser.⁴⁴ I helsetjenesten behandles søvnvansker og døgnrytmeforstyrrelser ofte med legemidler, selv om det også finnes godt dokumenterte ikke-medikamentelle behandlinger for vanlige søvnlidelser. Det er derfor viktig å fokusere på søvnforstyrrelser hos denne pasientgruppen for å sikre en helhetlig og effektiv behandling. Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner tydeliggjør at alle med søvnvansker bør få veiledning og hjelp til å bedre sine søvnvaner.

Tannhelse

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har ofte svekket tannhelse sammenlignet med befolkningen generelt. Dårlige levekår, utilstrekkelig tannhygiene, bivirkninger av legemidler og vegring for å søke hjelp er noen av de viktigste årsakene. I tillegg kan rusmidler direkte forårsake munnhule- og tannproblemer. Dårlig tannhelse kan føre til økt stigma og sosial isolasjon samt være en kilde til bakterielle infeksjoner som kan spre seg i kroppen. Dårlig tannhygiene påvirker evnen til å spise sunt og fungere normalt i sosiale sammenhenger, noe som kan bidra til å forsterke ensomheten.

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet omtaler grupper med rusmiddelproblemer som har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Nasjonalt pasientforløp for somatisk helse og levevaner gir anbefalinger om kartlegging og oppfølging av tannhelse, og beskriver at alle som har psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, regelmessig bør følges opp av tannhelsepersonell.

Tiltak

Implementering av faglige anbefalinger

Tiltak innen en rekke innsatsområder er relevante for å bedre helsen og øke levealdren for målgruppen, herunder alkohol og andre rusmidler, tobakk, fysisk aktivitet, kosthold, søvn, tannhelse, psykisk helse og seksuell helse. I første fase av handlingsplanen er hovedfokuset på tiltak knyttet til fysisk trening og røykeslutt, som vi vet har stor effekt.

⁴³ Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>

⁴⁴ Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. (2020). Sleep disturbance and psychiatric disorders. *Lancet Psychiatry*. 7(7): 628-37. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30136-X

Det er utarbeidet anbefalinger for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer i de nasjonale pasientforløpene.

I evalueringen av de nasjonale forløpene for psykisk helse og rus fremkommer det at det er stor variasjon i holdninger og erfaringer hos både fagfolkene og pasientene når det gjelder ivaretagelse av somatisk helse og levevaner.⁴⁵ Dette handler trolig om manglende kunnskap om risikofaktorer, manglende kompetanse og rutiner og stor variasjon i koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Manglende avklaring av ansvar og samarbeid kan føre til at pasientenes somatiske helse og levevaner ikke ivaretas på en helhetlig måte. En studie⁴⁶ viser til at viktige risikofaktorer som røyking og inaktivitet ofte blir oversett. Mange kjenner ikke til forebyggingsverktøyet «Hjertefrisk», en sjekkliste der spesifikke risikoområder for hjerte- og karsykdommer er knyttet til konkrete tiltak og mål for behandling. Samlet sett tyder det på et behov for bedre implementering av anbefalinger og økt kunnskap og koordinering av ansvar for å ivareta somatisk helse og levevaner.

Hjertefrisk

«Hjertefrisk» er en australsk-britisk sjekkliste/algoritme som er oversatt til norske forhold, der spesifikke risikoområder for hjerte- og karsykdommer er knyttet til konkrete tiltak og mål for behandling.

Hjertefrisk-algoritmen - NORMENT: Norsk senter for forskning på mentale lidelser

Implementering av faglige råd og retningslinjer kan være krevende og omfattende. Helsedirektoratet skal derfor utarbeide en egen plan for implementering av anbefalingene i pasientforløpene, og implementeringen skal skje som et samarbeid mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene og andre relevante aktører.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide faglig retningslinje for utredning og behandling av angst og depresjon i kommunen og spesialisthelsetjenesten, som skal inkludere anbefalinger om fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

⁴⁵ *Evaluering av Pakkeforløp for psykisk helse og rus - SINTEF*

⁴⁶ Brunborg L, Schmid MT, Senneseth M. (2024). Manglende kunnskap om somatisk helse svekker forebygging i psykisk helsevern. Sykepleien Fagutvikling 112(96822): e-96822. doi: 10.4220/Sykepleiens.2024.96822

Sikre god samhandling

Nasjonal helse- og samhandlingsplan beskriver kommunenes ansvar for å tilby hjelp til å endre levevaner og til å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse, gjennom det ordinære tilbudet i helse- og omsorgstjenesten, for eksempel i oppfølging på fastlegekontoret eller i hjemmesykepleien og som del av et rehabiliteringsforløp. Satsingen på digital samhandling vil også være viktig for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Regjeringen vil legge til rette for at digitale løsninger understøtter helhetlig samhandling mellom personell. De skal også styrke mulighetene pasienter, brukere og befolkningen for øvrig har til å ta aktivt del i spørsmål om egen helse. Tiltakene pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar og pasientens journaldokumenter vil være særlig relevante for å styrke samhandlingen.

Det er viktig med gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og lokale tilbud, slik at oppfølgingen og endringer i levevaner opprettholdes.

Ordningen med treningskontakt, der en lønnet person får ansvar for å hjelpe brukeren til å komme i gang med eller opprettholde fysisk aktivitet, kan bidra til kontinuitet i en allerede påbegynt trening i spesialisthelsetjenesten. På samme måte kan «Aktiv på dagtid» og landets over tusen treningssentre være viktige for å tilrettelegge for tilpassede lavterskeltilbud for hele målgruppen.

Helsedirektoratet forvalter flere tilskuddsordninger som handler om fysisk aktivitet rettet mot ulike målgrupper. For målgruppene med psykisk helse- og rusmiddelproblemer gis det tilskudd til fysiske og sosiale aktivitetstilbud som drives av frivillig og ideell sektor, for eksempel gatefotball i regi av Frelsesarmeen og Fotballstiftelsen. Denne tilskuddsordningen inngår i den kommende gjennomgangen av tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusmiddelfeltet, som ble varslet i *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet*.

Kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Frisklivssentraler er en kommunal helsetjeneste som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Kursene er i hovedsak rettet mot fysisk aktivitet, kosthold, søvn, tobakk, alkohol og enkelte former for psykiske plager. Frisklivssentralen benytter kunnskapsbasert metodikk for endring og mestring og samarbeider med andre tjenester, nivåer og sektorer om oppfølging av brukere og overgang til deltakelse i lokale tilbud. Gjennom to piloter er det gitt treningstilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer på frisklivssentraler.

Gjennom oppfølging av Meld. St. 5 (2024-2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling* vil regjeringen legge til rette for at friskliv, lærings- og mestringstilbud også omfatter rusmiddel- og avhengighetsproblematikk.

Prosjekt FriskRus i Oslo

I 2019 utredet Helseetaten på oppdrag fra Byrådet i Oslo problemstillingen: Hvordan kan et ordinært frisklivstilbud utvikles og gjøres relevant for personer med rusproblemer? I perioden 2021–2023 ble det gjennomført pilotprosjekt i to bydeler: Frogner og Nordre Aker.

Bakgrunnen for prosjektet var blant annet den høye overdødeligheten blant personer med rusmiddelproblemer og erkjennelsen av den betydningen levevaner, herunder kosthold og fysisk aktivitet, har for helsen. Hensikten var å utvikle modeller som var overførbare til andre bydeler. Bydelene hadde noe ulike tilnærminger, men bygde opp tilbudet innenfor bydelens frisklivssentral. Prosjektene valgte å inkludere brukergruppen i det ordinære tilbudet, både for å utnytte ressursene og kompetansen i frisklivssentralene, og fordi det å delta på samme måte som alle andre, kan oppleves positivt (reducere stigma) og gjøre det enklere å finne nye miljøer som ikke er knyttet til rusmiddelbruk.

Deltakerne trengte ikke å være rusfrie, men det var krav om ikke å møte synlig påvirket av rusmidler til gruppetilbud. Dette ble overholdt, og var ikke noe problem gjennom prosjektperioden. Erfaringen er imidlertid at personer med mindre alvorlig rusmiddelproblemer nyttiggjør seg tilbudet i større grad enn personer med mer omfattende rusmiddelproblematikk (Nordre Aker). Brukermedvirkning sto sentralt i planlegging, utforming og gjennomføring av tilbudet, og brukerperspektivet ble styrket gjennom bruk av erfaringskonsulenter. Begge bydelene har ønsket å videreføre FriskRus etter prosjektperioden.⁴⁷

⁴⁷ Institutt for sosialt arbeid (2021). https://www.researchgate.net/publication/360238918_LIFE_Frogner_Evaluering_av_prosjektet

I 2023 hadde 236 kommuner frisklivssentral. 87 prosent av befolkningen bor i disse kommunene. Totalt hadde tjenesten 358 årsverk. I gjennomsnitt hjelper en 100 prosent stilling i frisklivssentral 80–100 personer til endring og mestring hvert år.⁴⁸ I mange kommuner har frisklivssentraler begrenset bemanning. Det bør sikres strukturer for å utvide tilbudene i frisklivssentralene, inkludert til gruppen med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Det anbefales fortsatt stimulering til videreutvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i kommunen samt stimulering til å øke antall utviklingssentraler. Evaluering av frisklivstilbud viser positiv effekt av tilbudene, både på fysisk og psykisk helse.

Treningskontakt

En rekke kommuner tar i bruk treningskontakter for å følge opp målgruppen med målrettet trening. Dette er en ordning som har stort potensial, og kan ta i bruk et bredt spekter av kommunens ressurser gjennom hele dagen og uken. En treningskontakt er en person som støtter en annen person til regelmessig trening et visst antall timer i måneden, for eksempel to til tre ganger i uken og 8–12 timer per måned. For noen kan en slik ordning være avgjørende for å kunne delta i kommunale tilbud, i offentlig, privat eller frivillig regi. Treningen tilpasses personens interesse og nivå. Treningskontakt legger til rette for glede og mestring i aktivitet og veileder til økt selvstendighet i treningen.

Treningstilbud i privat regi

I Norge finnes det over tusen treningssentre. Her ligger det et stort ubenyttet potensial. Treningssentrene kan være en betydelig ressurs for å følge opp målgruppen. Helsedirektoratet gjorde i 2024 en kartlegging av antall helsepersonell i treningssenterbransjen. Den viser at det er mye helsepersonell som jobber i bransjen, eller at bransjen har samarbeidsavtaler med ulike helsetjenester i nærmiljøet, eller med kommunen. I tillegg er det en rekke andre tilbud i regi av enkeltstående aktører som har treningsgrupper utendørs, for eksempel i parker og i skog og mark. Mange av aktørene har dette som en ekstrajobb, og de har ofte lang erfaring med trening. Mange har helsefaglig bakgrunn eller yrke.

⁴⁸ Helsedirektoratet (2024). Kommunale frisklivssentraler 2022-2023.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-frisklivssentraler-2022-2023>

Tilbud drevet av frivilligheten

En rekke frivillige aktører gjennomfører ukentlig trening og aktivitet ulike steder med pasienter/brukere, for eksempel utendørs, i grendehus eller i idrettslagets lokaler. Tilbudet kan være i regi av idretten, frivillighetssentralene, Røde Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening, Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Den Norske Turistforening og Tjukkasgjengen. Her er det ofte erfarne trenere og aktivitetsledere. «Aktiv på dagtid» er et tilbud forankret i frivilligheten og ofte drevet av idretten. I Oslo har det i mange år vært et populært tilbud for målgruppen med betalte og erfarne trenere, som ofte har utdanning fra høyskole eller universitet.⁴⁹

Strukturert trening i behandling – trening som medisin

Det finnes flere positive erfaringer med å tilby strukturert trening i behandling, blant annet ved St. Olavs hospital, Solli DPS og Blå Kors i Skien. Dagens tilbud bør utvides slik at systematisk trening blir en del av behandlingstilbudet i helseforetakene. Regjeringen mener det vil være effektivt og kostnadsbesparende å prioritere denne typen tiltak.

Sentrale suksessfaktorer fra drift av eksisterende treningspoliklinikker er forankring i ledelse og planverk, tverrfaglighet, høy fagkompetanse, individuell kartlegging og testing, systematisk trening over tid og måling av progresjon. Behandlingsstedene som i dag tilbyr intensiv trening, vektlegger at kompetansekrav er viktig i møte med målgruppen. Fagkompetansen som er tilknyttet treningsklinikkene, er i hovedsak fysioterapeuter, idrettspedagoger og treningsfysiologer. Eksisterende erfaringer bør ligge til grunn for kompetanseutvikling og utvikling av flere tilbud. I tillegg vil lærings- og mestringssentrene være viktige ressurser i utviklingsarbeidet.

Endring av levevaner tar tid, og etter avsluttet tilbud med intensiv trening er det viktig at pasientene får støtte til å følge opp atferdsendring på kommunalt nivå. Tilbudene må ta utgangspunkt i den enkeltes behov.

Nasjonalt fagnettverk

Nasjonalt fagnettverk for høyintensitetstrening som medisin jobber strukturert og forskningsbasert med fysisk pasienttrening innen rus og psykisk helse. Fagnettverket koordineres av Klinik for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital. Nettverket utgjør en betydelig ressurs i kunnskaps- og kompetansespredning knyttet til oppbygging av liknende tilbud for pasientgruppen.

⁴⁹ Aktiv på dagtid Oslo. <https://aktivdagtid.oslo.no/>

Tiltak

- Implementere anbefalingene knyttet til forebygging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevaner
- Utarbeide faglig retningslinje for utredning og behandling av angst og depresjon, som inkluderer fysisk aktivitet som en del av behandlingen
- Bidra til etablering av treningstilbud for målgruppen i kommunene
- Trening skal bli en del av behandlingstilbudet i alle helseforetak
- Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppen og vurdere egnet finansiering av legemidler ved røykeslutt
- Vurdere hvordan ABC for god psykisk helse kan komme målgruppen til gode



Utredning og behandling av somatiske sykdommer

◦ Målområde

Bedre helsehjelp og tettere oppfølging av somatisk helse og legemiddelbruk, for å redusere risiko for utvikling av alvorlig sykdom

Innsatsområder

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har økt forekomst av somatisk sykdom. Dette skyldes både genetisk sårbarhet og økt forekomst av risikofaktorer. Det er derfor viktig at denne gruppen får oppfølging av sin somatiske helse i helsetjenesten, ikke minst fordi en stor del av sykdommene er mulig å forebygge og behandle. Ansvar for å kartlegge levevaner og risikofaktorer systematisk, ligger både hos kommunen (fastlegen) og hos spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt pasientforløp for somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer inneholder blant annet anbefalinger om kardiometabolske risikofaktorer, røyking, ernæring, fysisk aktivitet og søvn. Kunnskapen finnes, men det er behov for bedre implementering av anbefalingene, inkludert økt kunnskap og tydeliggjøring av ansvar om ivaretagelse av somatisk helse og levevaner.

Hjerte- og karsykdommer

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har større risiko for hjerte- og karsykdommer enn den øvrige befolkningen, og gruppen mottar dårligere behandling for disse lidelsene. Ifølge Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv* er hjerte- og karsykdommer den viktigste enkeltårsaken til økt dødelighet.

Det er flere tiltak som bør vurderes, som styrket oppfølging fra fastlegen gjennom følgetjenester og regelmessige kontroller og bedre tilgang til somatiske spesialisthelsetjenester. Samtidig viser erfaringer og kunnskap fra blant annet landsomfattende tilsyn at det ikke er tilstrekkelig med de ordinære



tjenestetilbudene for god oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer.

Diabetes type 2

Ifølge Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv* er risiko for å utvikle diabetes type 2 dobbelt så stor hos personer med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkningen. Årsakene til dette er blant annet genetiske faktorer, livsstil og bivirkninger av legemidler. Diabetes type 2 er en viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdom, nyresykdom og leversykdom. Risiko for plutselig uventet død er også økt.

Tiltakene for å forebygge hjerte- og karsykdommer vil være effektive også ved diabetes type 2.

For pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer kan det være vanskelig å etterleve generelle råd om forebygging. Derfor er det viktig med tett oppfølging fra helsepersonell. Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner tydeliggjør ansvaret for kartlegging og oppfølging av risikofaktorer. «Hjertefrisk» gir råd og veiledning for tiltak ved fare for forhøyet blodsukker.

Regjeringen vil legge frem en ny nasjonal diabetesplan høsten 2025.

Kreft

Kreftsykdommer rammer en stor andel av befolkningen, og deltagelsen i kreftscreening er lavere blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkningen.⁵⁰ Dette kan medføre at kreft diagnostiseres på et senere tidspunkt, som igjen kan medføre dårligere prognose. En dansk studie⁵¹ fant at forekomsten av kreft blant personer med alvorlige psykiske lidelser var tilsvarende som i den øvrige befolkningen, men at dødeligheten var betydelig høyere blant dem som fikk kreft. Funnene viser at pasientene ikke fikk optimal behandling.

⁵⁰ Den norske legeforening (2023). *Bedre helse og lengre liv*.

⁵¹ Toender A, Munk-Olsen T, Vestergaard M, Larsen J, Suppli N, Dalton S, et al. (2018). Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: a population-based register study. *Schizophrenia Research*. 201: 62-9.

En norsk studie fra 2024 fant høyere forekomst av kreft blant personer med opioidavhengighet sammenlignet med den øvrige befolkningen, og at dødeligheten i denne gruppen var høyere.⁵²

Overvekt, røyking, fysisk inaktivitet og alkoholbruk gir en betydelig økt risiko for utvikling av mange kreftsykdommer. Regelmessig helsekontroll er nødvendig for å kunne avdekke kreftsykdom tidlig hos personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Dette vil være avgjørende for utfallet av kreftsykdommer. Praktisk bistand, som for eksempel følge til helseundersøkelser, kan bidra til deltakelse i screening-programmene. Oppmerksomhet rundt dette er også en oppgave for fastlegen, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Luftveissykdommer

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer får KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og hjerte- og karsykdommer flere år tidligere enn den øvrige befolkningen, og mange dør tidlig av sykdommene uten å være diagnostisert eller behandlet for tilstanden.^{53 54} En dansk undersøkelse anslo at luftveissykdommer som lar seg forebygge, utgjør 9,3 prosent av tapte leveår for pasienter med schizofreni.⁵⁵

En norsk studie fra 2023 undersøkte dødeligheten blant LAR-pasienter, og fant at død som følge av lungesykdommer (ikke lungekreft) forekommer ofte i denne populasjonen.⁵⁶

Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har egne anbefalinger om avdekking og oppfølging ved KOLS.⁵⁷

⁵² Kostovski et al. (2024). Increased cancer incidence and mortality among people with opioid use-related disorders: A nation-wide cohort study. *Addiction*. 119(9): 1575-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38775233/>

⁵³ Heiberg IH, Nesvag R, Balteskard L, Bramness JG, Hultman CM, Naess O et al. (2020). Diagnostic tests and treatment procedures performed prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 141(5): 439-51.

⁵⁴ Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, Delogu M, Miola A, Høye A et al. (2021). 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*. 178(9): 793-803.

⁵⁵ Kugathasan P, Stubbs B, Aagaard J, Jensen SE, Munk Laursen T, Nielsen RE. (2019). Increased mortality from somatic multimorbidity in patients with schizophrenia: a Danish nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 140(4): 340-48. doi: 10.1111/acps.13076.

⁵⁶ Eide et al. (2023). Cause-Specific Mortality among Patients in Treatment for Opioid Use Disorder in Multiple Settings: A Prospective Comparative Cohort Study. *Eur Addict Res*. 29(4): 272-284.

⁵⁷ Helsedirektoratet (2022). Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Bruk av legemidler

Mange personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har nytte av behandling med legemidler. Legemidler som brukes mot psykiske lidelser, kan samtidig medføre bivirkninger og økt risiko for somatisk sykdom. Særlig legemidler i gruppen antipsykotika kan ha bivirkninger i form av vektøkning, økt blodsukker og økning av fettstoffer i blodet.⁵⁸ Bruk av noen legemidler er også forbundet med munnhule- og tannhelseproblemer. Det er også mange pasienter som har liten eller ingen nytte av legemiddelbehandling. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer som bruker legemidler, trenger derfor tett oppfølging og systematisk vurdering av behandlingen. Siden bruk av antipsykotika medfører økt risiko for diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer, bør somatiske forhold følges opp særskilt. Samtidig er det viktig med en helhetlig vurdering av den enkelte pasientens samlede legemiddelbruk og behandling, også ved smerter eller somatiske sykdommer, for å oppnå god effekt, unngå legemiddelrelaterte skader og sikre at pasientens mål og ønsker for behandlingen ivaretas.

Tiltak

Barrierer for å oppsøke helsehjelp

Mange med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer oppsøker ikke helsehjelp for somatiske sykdommer, og går ikke regelmessig til kontroll hos fastlegen. Dette kan handle om utfordringer med å møte opp til avtale eller vansker med å bestille time hos fastlegen. For noen er økonomi en barriere. Regjeringen vurderer å gi fastlegene insitament for å gjennomføre årskontroll for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og alvorlige rusmiddellidelser, og har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan insentivtakstene kan benyttes.

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Allmennlegemeldingen* står det at regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige fastlegekontor med god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Regjeringen starter denne endringen ved å ta sikte på endringer i stønadsforskriften, slik at fastleger kan utløse refusjon for konsultasjoner som er delegert til sykepleiere.

Fra 2025 er det innført fritak for egenandel for unge under 26 år innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regjeringen har også innført pasienttilpasset basistilskudd til fastleger som gjør at pasienter med forventet høyere bruk av fastlegetjenester utløser høyere basistilskudd. Endringene i finansieringsmodellen skal bedre kapasiteten, kvaliteten og tilgjengeligheten til fastlegeordningen, særlig for innbyggere med store og sammensatte behov.

⁵⁸ Den norske legeforening (2023). *Bedre helse og lengre liv*

Strukturert oppfølging og å avdekke behov for helsetjenester bør være en integrert del av tjenesteytingen. Det samme gjelder for hvordan man kan ivareta behovet for å oppsøke fastlege og andre helsetjenester og undersøkelser. Et oppfølgingsteam, bestående av de tjenestene som til enhver tid yter bistand, vil kunne avdekke behov for fastlegetjenester og annen helsehjelp. Dette bør inkludere bruk av oppfølgingsplan og med god involvering av brukeren.

Tjenestemodellen «Somatisk helse i farta»

Pasienter med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser) er ofte utfordrende å nå for helsetjenesten. Mange lever med uoppdaget og ubehandlet somatisk sykdom i tillegg til sine psykiske plager. Pasientgruppen har dårligere helse, og dør mellom 15 og 20 år tidligere enn øvrig befolkning. Akershus universitetssykehus ved DPS Groruddalen, seksjon FACT, har startet somatisk kartlegging av alle psykotiske pasienter etter en alvorlig pasienthendelse. FACT er et aktivt oppsøkende behandlingsteam, sammensatt av ansatte fra både bydel og spesialisthelsetjenesten. Ansatte sykler ut i bydelen med utstyr i kurven og tilbyr en somatisk kartlegging der pasienten befinner seg. Somatisk kartlegging skal tilbys minst en gang i året. Kartleggingen inneholder måling av blodtrykk, puls, vekt og utregning av kroppsmasseindeks (KMI). Det tas blodprøver for måling av blodsukker, kolesterol mm. Hensikten med oppsøkende virksomhet er bedre å kunne avdekke og forebygge somatisk sykkelighet og sørge for behandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer.

Brukergruppen uttrykker at det er vanskelig å benytte seg av ordinære tjenester, og denne nye tjenesten er utviklet i dialog med pasientene.

«Somatisk helse i farta» har bidratt til større oppmerksomhet på at det skal bli tilbudt somatisk kartlegging årlig for pasientgruppen. Arbeidsformen for helsepersonellet er blitt endret. Somatisk kartlegging tilbys nå hjemme og er tilpasset pasientgruppen.

Andelen kartlegginger har økt etter tiltaket. Sykelighet er avdekket og behandling er påbegynt for flere av pasientene. Flere pasienter har nå også fått fastlege, og en støtteperson i FACT-teamet er med og sitter på venterommet, ved krevende somatiske undersøkelser. Denne måten å organisere somatisk kartlegging til pasientgruppen på har spredd seg til andre distriktpsikiatriske sentre, og flere er i gang med å utvikle tilsvarende tjenester.

Tilgjengelige og brukernære tjenestetilbud

I mange kommuner gis det lavterskel helsehjelp til de mest marginaliserte brukerne av rusmidler, såkalt skadereduserende tiltak. Slike tilbud ytes både av kommuner og av ideelle aktører. Det handler ofte om sårstell som følge av injiseringspraksis, utdeling av brukerutstyr for inntak av rusmidler, men også tilbud om vaksinasjoner, særlig mot hepatitt C, og oppfølging av medisiner og somatisk sykdom. Dette er viktige tiltak for å forebygge skade, men også for å kunne gi bedre behandling til grupper som av ulike grunner ikke oppsøker den ordinære helse- og omsorgstjenesten.

Også lavterskeltilbud innen psykisk helse kan være viktige for å fange opp somatiske helseutfordringer og lose videre til annen helsehjelp. Regjeringen har gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse lagt til rette for utvikling og etablering av lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus. I 2024 og 2025 er det bevilget 300 millioner kroner til formålet.

I Oslo og Bergen finnes også brukerrom som har viktig forebyggende betydning, blant annet ved å bidra til tryggere bruk av ulovlige rusmidler, men også som inngangsport til annen helsehjelp. Regjeringen har i forbindelse med gjennomføring av *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* lagt fram forslag til lov- og forskriftsendringer som skal gjøre det enklere for kommuner å etablere brukerrom.

I Oslo og Bergen finnes også Gatehospital drevet av Frelsesarmeen. Gatehospitalet gir tilrettelagt sykehusbehandling for mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet som har store og sammensatte somatiske helseproblemer, eller problemer som ikke ivaretas i den øvrige helsestjenesten.

I Helse Bergen HF jobbes det med å omgjøre den gamle kvinneklinikken til et pasienttilbud innen psykisk helsevern og rusmedisin. Formålet er å samle deler av tilbudet innen psykisk helsevern, rusmedisin og akuttposten i Mottaksklinikken i Helse Bergen, slik at disse tilbudene kommer tettere på de somatiske helsetjenestene ved Haukeland universitetssjukehus.

Det er et mål å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for mennesker med ROP-lidelser i alle helseregioner. Regjeringen har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke innsatsen overfor denne målgruppen.

Mange av de mest marginaliserte brukerne har behov for samtidige spesialiserte helsetjenester og tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I *Forebyggings- og behandlingsreformen* framgår det at regjeringen vil igangsette forsøk med nærklinikk som tilbyr både spesialisert behandling for rusmiddellidelser og kommunale tjenester for personer med sammensatte tjenestebehov og multiavhengighetsproblematikk, pasienter med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Et av formålene med nærklinikk vil være å gi bedre oppfølging av somatiske og psykiske helseplager. Forsøk med nærklinikk for spesialisert behandling av personer med omfattende rusmiddelproblematikk og/eller ROP-lidelser er et tiltak som

er mest nærliggende å ha i større byer og kommuner. Det er viktig at forsøk med nærklinikk ses i sammenheng med ACT, FACT og integrerte ROP-tjenester.

Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er tjenestemodeller for oppsøkende og helhetlige tjenester til personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. FACT har en bredere målgruppe med mer varierende hjelpebehov, mens ACT i hovedsak retter seg mot mennesker med psykoseproblematikk. ACT/FACT er samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Teamene er utviklet for å gi samtidige og helhetlige tjenester til mennesker som har alvorlige psykisk helse eller rusmiddelproblemer i tillegg til andre utfordringer.

I modellbeskrivelsen for ACT og FACT står det at det skal rettes spesiell oppmerksomhet mot pasientenes somatiske helse. Mange av pasientene i FACT sliter med samsykkelighet knyttet til somatiske helseproblemer. Dersom man får oppfølging fra FACT, vil det somatiske perspektivet og følge til ulike aktiviteter og tilbud inngå som en del av modellen. Sykepleier/vernepleier vil være aktuelle for en slik rolle i teamet. Viktige oppgaver er å kartlegge somatisk helse, knytte pasienter til fastlege, følge opp somatisk behandling og sikre at ernæring, somatisk undersøkelse og oppfølging blir en del av behandlingsplanen.

På bakgrunn av denne kunnskapen mener regjeringen at FACT-teamene bør videreutvikles, slik at alle team inkluderer somatiske tjenester og følgetjenester til tjenestetilbud og kontroller hos fastlegen. Andre følgetjenester og barrierer som hindrer fastlegekontakt, skal utredes og ses i sammenheng med gjennomføring av *Allmennlegemeldingen* og *Forebyggings- og behandlingsreformen*. Samarbeidet med frivillig og ideell sektor skal utvikles.

Følgetilstander ved alkoholbruk

Personer med problematisk alkoholbruk har ofte økt risiko for en rekke somatiske helseproblemer, som leversykdommer, betennelse i bukspyttkjertelen, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom og svekket immunforsvar. Langvarig og høyt alkoholbruk kan også bidra til ernæringsmangler, som vitamin B1-mangel, noe som kan føre til alvorlige nevrologiske tilstander (f.eks. Wernickes encefalopati). Det er avgjørende å ha helhetlig og regelmessig oppfølging av somatisk helse hos denne gruppen, for å forebygge og behandle potensielle følgetilstander.⁵⁹

Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner har egne anbefalinger om oppfølging ved somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.⁶⁰

⁵⁹ Den norske legeforening (2023). *Bedre helse og lengre liv*

⁶⁰ *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer* - Helsedirektoratet

Infeksjoner ved injisering av rusmidler

Hud- og bløtdelsinfeksjoner er en betydelig helseutfordring blant personer som injiserer rusmidler, og er også en hyppig årsak til sykehusinnleggelser i denne gruppen. Ifølge rapporten *Bedre helse og lengre liv* opplever 50–65 prosent av brukerne i denne gruppen minst én episode med slike infeksjoner i året. Infeksjonene kan variere fra mindre alvorlige til livstruende tilstander. De kan være smertefulle og medfører redusert livskvalitet, og de belaster helsetjenesten. Det er behov for forebyggende tiltak, slik som tidlig identifisering, behandling av sår og adekvat antibiotikabehandling.

Personer som injiserer rusmidler, kan dele injeksjonsutstyr. Dette medfører høy risiko for blodbårne virusinfeksjoner. Hepatitt C har lenge vært endemisk blant personer som injiserer rusmidler, men prevalensen har gått ned, i takt med økende behandlingsopptak i denne gruppen. Dette innebærer blant annet rutinemessig testing av personer med høy risiko for smitte og rask behandling dersom infeksjon påvises.

Den nasjonale strategien mot hepatitter har vært en viktig del av en fornyet behandlingsoptimisme de siste årene, og har bidratt til betydelig reduksjon i forekomst av hepatitt C blant personer som injiserer rusmidler. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet skal Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Helsedirektoratet, gjennomgå gjeldende strategi for forebygging av virale hepatitter, og legge fram et oppdatert utkast. Arbeidet koordineres av Folkehelseinstituttet. Som en del av arbeidet med strategien vil regjeringen sørge for at Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og helseforetakene utnytter mulighetsrommet for å identifisere personer med ubehandlet kronisk hepatitt C, slik at de får tilgang til behandling, og smittefaren reduseres.

INTRO-HCV studien ved Haukeland universitetssjukehus viste at integrert hepatitt C-behandling av pasienter med injiserende rusavhengighet ga bedre behandlingsresultater for denne gruppen sammenlignet med standard behandling.⁶¹ Studien konkluderte med at dette kan bidra til å eliminere hepatitt C blant personer som injiserer rusmidler.

Nasjonalt pasientforløp somatisk helse og levevaner har egne anbefalinger om oppfølging av somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler.

⁶¹ Helse Bergen. <https://www.helse-bergen.no/avdelinger/rusmedisin/rusmedisin-seksjon-forskning/bar/integrert-hepatitt-c-behandling-hos-pasienter-med-injiserende-rusavhengighet-intro-hcv/>

Modeller for oppfølging av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer

Regjeringen tar initiativ til å pilotere ulike modeller for oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer som er i risikogruppen for hjerte- og karsykdommer. Dette er basert på kunnskap om betydningen av å følge opp risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer.

Modellene kan ta utgangspunkt i å redusere risiko for hjerte- og karsykdommer i målgruppen, men det vil også være relevant å vurdere oppfølging av andre alvorlige somatiske sykdommer på sikt.

For personer som allerede er i behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil det ligge til rette for å ta imot oppfølging av risikofaktorer i et system de allerede er kjent i. Det kan imidlertid være geografiske årsaker til at helseforetakene vurderer at det er bedre å organisere seg annerledes, for eksempel der døgntilbudene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er samlokalisert med somatiske tjenester, eller der det er kort vei til somatiske helsetilbud. Det primære formålet må være å sikre at kjente risikofaktorer blir avdekket og fulgt opp.

Erfaringer fra Canada og Danmark

Enheter for oppfølging av pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer er etablert blant annet i Canada, og er under utprøving i Danmark. Enhetene er dimensjonert til å kunne vurdere og starte legemiddelbehandling og å følge opp pasienter i den første fasen av et behandlingsforløp med sikte på å redusere risiko for hjerte- og karsykdommer. Tilstander som følges opp, er blant annet høyt blodtrykk, høyt kolesterol, overvekt og ukomplisert diabetes type 2.

For å oppnå bedre behandling av risikofaktorer og etablerte hjerte- og karsykdommer for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, er det nødvendig med kompetanseheving i psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatisk helsetjeneste.

Behandling med legemidler

I 2025 ble ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelbehandling ved psykoselidelser utgitt. Retningslinjen skal bidra til at personer med psykoselidelser som trenger legemiddelbehandling, får en trygg og god oppfølging. I tillegg har den som mål å redusere uønsket variasjon i tjenestene.⁶² Retningslinjen anbefaler regelmessig og systematisk vurdering av behandlingen, det vil si om den er virksom, om den medfører bivirkninger og om behandlingen bør fortsette. Det bør foreligge en plan for behandling med legemidler, blant annet for å tydeliggjøre ansvar for oppfølging.

⁶² Psykoselidelser – legemiddelbehandling - Helsedirektoratet

Videre har nasjonale pasientforløp⁶³ innen psykisk helse og rus klare anbefalinger til tjenestene om legemiddelbehandling:

- Drøft mulige alternativer til legemiddelbruk med pasienten før oppstart med legemidler.
- Gjennomgå legemidler sammen med pasienten, dersom pasienten bruker legemidler. Sørg for trygg og effektiv bruk av legemidler. Kartlegg og eventuelt forebygg bivirkninger.
- Drøft fordeler og ulemper med pasienten før oppstart av ny legemiddelbehandling og ta hensyn til pasientens tidligere erfaringer med bruk av legemidler (Nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang).

Implementering av faglige råd og retningslinjer kan være krevende og omfattende. Regjeringen vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en plan for implementering av retningslinjene. Implementeringen må skje i samarbeid mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.

I dagens anbefalinger er det krav om dokumentert rusfrihet ved klinisk vurdering og urinprøver de siste 3 måneder før oppstart av behandling med sentralstimulerende middel. Det har vært stilt spørsmål ved denne anbefalingen både fra pasienter og brukere og fra faglig hold om at dette kravet er urealistisk og utestenger personer med hjelpebehov.

For å følge opp dette, har vi bedt Helsedirektoratet starte et innsiktsarbeid om ADHD, og vil få i oppdrag å gjøre en samlet vurdering av revisjon av faglige anbefalinger, herunder av utredning, medisiner og rusmiddelbruk.

Samvalg er en form for brukermedvirkning på individnivå, og gjøres sammen med helsepersonell. Samvalgsverktøy kan være til stor hjelp i denne valgprosessen. Verktøyene gir relevant og pålitelig informasjon om ulike tilstander og valgmulighetene som finnes i behandling av dem. *Opptappingsplanen for psykisk helse* omtaler bruk av samvalgsverktøy og behov for å videreutvikle disse. Innen psykisk helsevern er det utarbeidet et nasjonalt samvalgsverktøy ved psykose. De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å utvikle flere slike verktøy.⁶⁴

Legemiddelfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern ble etablert i alle helseregioner i 2017 etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tilbudet er basert på behandling av psykisk lidelse uten bruk av legemidler, men med vekt på psykososiale tiltak. Det er store variasjoner i hvordan helseforetakene har valgt å organisere tilbudet om legemiddelfri behandling. Ifølge en rapport fra Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling er mange brukere fornøyd med tilbudet om legemiddelfri behandling, men

⁶³ Helsedirektoratet (2024). *Nasjonalt pasientforløp psykiske lidelser voksne. Behandling og oppfølging*, <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/behandling-og-oppfolging#behandling>

⁶⁴ *Velg riktig behandling for psykose*

tilbudet oppleves ikke like tilgjengelig som andre behandlingstilbud innen psykisk helsevern.⁶⁵

En norsk kohortstudie av akuttinnlagte pasienter med schizofreni viser økt dødelighet knyttet til pasienter som ikke brukte antipsykotika etter utskrivning. Risikoen var aldersbetinget og størst hos yngre pasienter.⁶⁶

Helse Bergen HF har evaluert tilbudet om legemiddelfri behandling og konkludert med at legemiddelfrie forløp er mulig å gjennomføre i ordinære psykosepoliklinikker, og skriver at «Suksessfaktorer er sannsynligvis tett oppfølging, et godt psykososialt behandlingstilbud og reell brukermedvirkning».⁶⁷

Det er viktig at pasienters autonomi ivaretas, og at den enkelte får ta del i beslutningen om valg av behandling.

Mange personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer har også smertetilstander. Riktig og god behandling av smertetilstandene er nødvendig for å sikre god livskvalitet og bedre helse. Helsedirektoratet har flere produkter innen tverrfaglig smertebehandling. *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* omtaler også behandling ved langvarige smerter og legemiddelavhengighet, og *Handlingsplan mot overdoser* inneholder flere tiltak på området.

Riktig legemiddelbruk er et mål for alle pasientgrupper, også de med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet har i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* fått i oppdrag å utarbeide, følge opp og koordinere en nasjonal plan for riktig legemiddelbruk.

⁶⁵ *Pasienterfaringer med legemiddelfri behandling - Erfaringskompetanse.no*

⁶⁶ Strømme MF et al. (2021) *Mortality and non-use of antipsychotic drugs after acute admission in schizophrenia: A prospective total-cohort study*. Schizophrenia Research 235 29-35.

⁶⁷ *Medikamentfrie behandlingsforløp for pasienter med psykoselidelser*. Helse Bergen HF (2019)

Tiltak

- Forbedre oppfølging av vanlige somatiske sykdommer ved å:
 - implementere anbefalingene knyttet til behandlingstilbud i nasjonale pasientforløp om somatisk helse, inkludert implementering av «Hjertefrisk»
 - systematisk bygge ned og fjerne barrierer som står i veien for å søke helsehjelp, for eksempel stigma, svak helsekompetanse og økonomiske forhold
 - videreutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tjenester og følgetjenester til treningstilbud og til kontroller hos fastlege
 - samarbeide med frivillig og ideell sektor om å utvikle andre følgetjenester til helseundersøkelser/kontroller
- Pilotere ulike modeller som sørger for at pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får oppfølging av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer
- Involvere pårørende der det er relevant, gjennom pårørendeavtaler og ved å innhente informasjon før, under og etter et behandlingsopphold
- Utarbeide og gjennomføre en plan for å implementere faglige råd og anbefalinger i tjenesten, blant annet:
 - ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelbehandling ved psykoselidelser
 - anbefalingene om bruk av legemidler i nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus
- Videreutvikle samvalgsverktøy og tilbud om legemiddelfri behandling



Gjennomføring, evaluering og indikatorer

Tiltakene i planen må konkretiseres og gjennomføres av helse- og omsorgstjenestene innenfor deres ansvarsområder og økonomiske rammer.

Helsedirektoratet har det operative ansvaret for å følge opp handlingsplanen, under Helse- og omsorgsdepartementet.

Indikatorer spiller en viktig rolle i gjennomføring, oppfølging og evaluering. Det gjelder også denne handlingsplanen. Gjennom tydelige, målbare indikatorer kan myndigheter og helse- og omsorgstjenestene identifisere hva som fungerer, hvordan tiltak blir iverksatt, oppdage mulige forbedringsområder/hindringer underveis og sikre at ressursene brukes effektivt. Relevante bruker- og pårørendeundersøkelser skal inngå i kunnskapsgrunnlaget.

Helsedirektoratet har, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, allerede startet arbeidet med å utvikle et indikatorsett basert på resultatmålet i Opptrappingsplan for psykisk helse og Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet:

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.

Regjeringen vil gi Helsedirektoratet, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, i oppdrag å ferdigstille et indikatorsett basert på tiltakene i denne planen.



Økonomiske og administrative konsekvenser, herunder konsekvenser for personell

Utgangspunktet er at tiltakene i handlingsplanen gjennomføres innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjetttrammer. Tiltak som eventuelt krever omdisponering av ressurser eller økte bevilgninger må følges opp i de årlige budsjettprosessene.

Det er krevende å beregne gevinstene av økt livslengde og livskvalitet for mennesker med alvorlig psykisk sykdom og/eller alvorlige rusmiddelproblemer.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse anslås verdien av tapte statistiske liv og leveår for mennesker med alvorlig psykisk sykdom og/eller alvorlig rusmiddelproblematikk til å være om lag 364 milliarder kroner.

Målrettede tiltak for å redusere sykkelighet og dødelighet av somatiske sykdommer gjennom helhetlig og sammensatt hjelp, vil være avgjørende for å bedre den helsemessige oppfølgingen av både psykiske lidelser, rusmiddelproblematikk og somatisk uhelse. Det er imidlertid for tidlig å si noe om konkrete effekter for levealder.

Det er estimert at vi trenger 153 000 flere helsepersonell i 2040. Helsepersonellkommisjonen anbefaler en styrket satsing på det tverrfaglige folkehelse- og forebyggingsarbeidet. Med godt folkehelsearbeid følger betydelige helse- og personellmessige og økonomiske gevinster, blant annet gjennom tiltak som fremmer befolkningens helsekompetanse, og gjennom forebygging og helsefremmende arbeid. Det kan i sin tur bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og dermed også til å redusere behovet for innsats fra helsepersonell.

Et eksempel: Dersom 3000 i målgruppen i aldersgruppen 40–49 år over en femårsperiode endrer atferd fra å være fysisk inaktive til å bli delvis fysisk aktive, tilsvarende 10–20 minutters daglig gange, vil det bidra til mye god helse. Helseeffekten av fysisk aktivitet i denne målgruppen vil være minst like stor

som i den generelle befolkningen. Nye estimater fra Helsedirektoratet⁶⁸ viser at det i et livsløpsperspektiv vil føre til 22 410 (7,47x3000) ekstra helsetapsjusterte leveår (DALY), inkludert 11 280 (3,76x3000) ekstra friske leveår. En DALY er verdsatt til 1,68 millioner kroner.⁶⁹

Tiltakene i denne handlingsplanen, er basert på dagens tjenester og organisering, men med noen målrettede innsatser. Intensiv trening, for eksempel, er allerede i bruk i spesialisthelsetjenesten. Det er innført i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og i somatikken, for eksempel tilbudet Pusterommet for kreftpasienter. Trening som behandling innebærer hovedsakelig bruk av personell som fysioterapeut, idrettspedagog og treningsfysiolog. Intensiv trening har gode resultater og innebærer ingen bivirkninger, og har potensial til redusert bruk av mer kostnadskrevende innsatser.

Tiltakene i denne handlingsplanen må konkretiseres og gjennomføres av helsemyndighetene og helse- og omsorgstjenesten innenfor deres ansvarsområder og økonomiske rammer. Handlingsplanen for å øke levealderen må være dynamisk, og gjennomføring av tiltak må skje i faser. Dette er et langsiktig og kontinuerlig arbeid med komplekse utfordringer.

⁶⁸ *Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet - Helsedirektoratet*

⁶⁹ *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen - Helsedirektoratet*

Oversikt over sentrale dokumenter

Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*

Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*

Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*

Meld. St. 13 (2023–2024) *Bustadmeldinga – Ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet*

Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1 – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*

Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*

Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn (Oppvekstmeldinga)*

Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). *En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk*

Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020–2025) – *Ingen å miste*

Handlingsplan mot overdoser

Strategi for barnevernets institusjonstilbud. Vårt felles ansvar – ny retning for barnevernets institusjonstilbud

Nasjonal livskvalitetsstrategi. *Fra måling til politikkutforming 2025–2030.*

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjoner er også tilgjengelige på:

www.regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1229 B

Design: Melkeveien Designkontor

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

09/2025 – opplag 50

