

FAGUTVIKLING

Psykisk helse og rus: Slik kan sykepleiere ivareta pasienters somatiske helse

Pasientgruppen rammes oftere av somatiske lidelser. Sykepleiere som jobber med personer med psykiske lidelser og rusmiddellidelser, bør kjenne til disse tre viktige tiltakene.

Anne Berit Bech

Førstemanuensis

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Innlandet

Helge Toft

Førstemanuensis

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Innlandet

Alkohol

Rusmiddel

Psykisk lidelse

Somatisk lidelse

Sykepleie

Sykepleien 2023;111(93125):e-93125

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.93125](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.93125)

Hovedbudskap

Personer som har psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser, har dårligere helse og lever opptil 28 år kortere enn befolkningen ellers. Sykepleiere som jobber med personer som har psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser, bør kjenne til tre viktige tiltak: «Hjertefrisk»-skjemaet, skadereduksjon for etablerte røykere, for eksempel ved å bytte til snus, og behandling av hepatitt C.

Hensikten med denne fagartikkelen er å presentere viktige tiltak som bør være kjent for alle sykepleiere som jobber med pasienter som har psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser. Artikkelen er basert på klinisk erfaring og kjent litteratur.

Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser, inkludert personer med alkoholavhengighet, har dårligere helse og lever 10–28 år kortere enn befolkningen ellers (1–4). Nesten 70 prosent av denne overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges, blant annet hjerte- og karlidelser, respirasjonssykdommer og infeksjoner (1, 4).

Overdødeligheten på grunn av somatisk sykdom er høyest hos dem med rusmiddellidelser eller personlighetsforstyrrelser, og den er lavest blant personer med affektive lidelser (2).

Sykepleiere må ha kunnskap om somatikk

Sykepleiere som arbeider i psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller i kommunale helsetjenester, har en viktig rolle i oppfølgingen av pasienters somatiske helse. Nettopp kunnskap om menneskers grunnleggende behov og somatikk blir beskrevet som en viktig kompetanse hos sykepleiere både i PHV, TSB og i kommunene (5–7).

Samtidig har enkelte sykepleiere formidlet at de opplever sin kompetanse som varierende eller mangelfull i møte med personer som har psykisk lidelser og rusmiddelproblemer (6, 8). Den norske legeforening understreker behovet for bedre oppfølging av den somatiske helsen til personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddel- og avhengighetslidelser.

Legeforeningen mener temaet bør vektlegges mer i grunnutdanningen til blant annet sykepleierne (9). En undersøkelse Norsk Sykepleierforbund har gjort, viser imidlertid stor variasjon i omfang og innhold i emnet psykisk helse og rus i sykepleierutdanningen, noe som kan gi ulik sluttkompetanse (10).

Risikofaktorene for pasientgruppen er mange

Både individuelle, helsetjenesterelaterte og sosiale faktorer påvirker sykkeligheten og dødeligheten hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser (4). Økt forekomst av en rekke somatiske sykdommer skyldes blant annet genetisk sårbarhet og faktorer som bruk av tobakk og rusmidler, dårlig ernæring, stress og inaktivitet. Overvekt som bivirkning av psykofarmaka er også en risikofaktor (1, 4, 9, 11).

Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser blir i mindre grad undersøkt. I tillegg mottar pasientgruppen suboptimal behandling (9). Negative holdninger hos helsepersonell påvirker kvaliteten på helsetjenestene pasientgruppen får. Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser blir i mindre grad undersøkt, de kommer senere til behandling, og de får sjeldnere medikamentell eller kirurgisk behandling sammenliknet med resten av befolkningen. En årsak kan være *diagnostic overshadowing*, som vil si at symptomer overses eller tillegges psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser (11).

I tillegg kan sosioøkonomiske faktorer som blant annet utdanningsnivå og økonomisk situasjon redusere pasientenes evne til å søke hjelp og navigere i et oppdelt helsevesen. Her kan også alvorlighetsgraden av psykisk lidelse eller rusmiddellidelse spille inn (4, 9).

Bruk «Hjertefrisk»-skjemaet

Både psykiske lidelser og rusmiddellidelser som opioid- og amfetaminavhengighet, er assosiert med økt risiko for hjerte- og karsykdom (12, 13). Imidlertid får pasienter med psykiske lidelser mindre screening og behandling for hjerte- og karsykdom sammenliknet med den generelle befolkningen. Det gjelder alle diagnosegrupper, selv om personer med schizofreni er spesielt utsatt (13).

Skjemaet inneholder seks kjente faktorer som påvirker risikoen for hjerte- og karsykdom.

Pasientforløp for somatisk helse og levevaner (14) viser til «Hjertefrisk»-skjemaet for tiltak og oppfølging av pasienter med en psykisk lidelse eller rusmiddellidelse som i tillegg er utsatt for hjerte- og karsykdom. «Hjertefrisk»-skjemaet inneholder seks kjente faktorer som påvirker risikoen for hjerte- og karsykdom, med grenseverdier og forslag til tiltak.

Disse seks faktorene er røyking, fysisk aktivitet og kosthold, overvekt, blodtrykk, glukoseregulering og blodlipider. I en norsk studie fant Ringen og medarbeidere (15) at blant voksne pasienter med en alvorlig psykisk lidelse hadde hele 90 prosent minst en kardiometabolsk risikofaktor, mens bare rundt halvparten hadde blitt undersøkt av lege det siste året.

Alle sykepleiere bør sette seg inn i og være kjent med «Hjertefrisk»-skjemaet. Aktuelle tiltak sykepleiere kan iverksette i samarbeid med lege, er kartlegging og samtale med pasienter om risikofaktorer. Sykepleiere kan også sørge for at pasienter som har kardiometabolske risikofaktorer, får regelmessige helsesjekker hos fastlegen, det vil si minst en gang i året.

Skadereduksjon hos etablerte røykere er viktig

Røyking er den livsstilsfaktoren som bidrar mest til tapte leveår (16). I Norge bruker omtrent 30 prosent av befolkningen tobakk. Blant disse er snusbruk mest vanlig. Under ti prosent av befolkningen røyker (16). Røyking er imidlertid ikke jevnt fordelt i befolkningen. Forskning viser at røyking er rundt to til tre ganger så vanlig hos personer med psykiske lidelser (17).

Aller høyest er forekomsten av røyking blant personer i rusbehandling og de som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opioidavhengighet. I denne gruppen røyker opptil 94 prosent (18, 19). Det er derfor viktig at sykepleiere er mer oppmerksomme på røyking som risikofaktor for somatisk sykdom og for tidlig død.

Vår kliniske erfaring er at pasienter ofte er motivert til å endre røykevaner. Ifølge «Hjertefrisk»-skjemaet og Nasjonal faglig retningslinje for røykeslutt (14, 20) bør alle som røyker mer enn en sigarett om dagen, tilbys kartlegging og samtale, såkalt minimal intervensjon. Vår kliniske erfaring er at pasienter ofte er motivert til å endre røykevaner, spesielt de som har røyket i mange år og begynner å få symptomer på emfysem eller kols.

Forebygging bør starte så tidlig i livet som mulig. Råd, veiledning og informasjon er noe alle bør få, og her har sykepleiere en viktig rolle sammen med legene. Bruk av nikotinplaster, nikotintyggegummi og legemidler som hjelp til røykeslutt kan være aktuelt og til hjelp for noen (20).

Røykeslutt er ikke aktuelt for alle

Ettersom røykeslutt ikke er aktuelt for alle, er det viktig at sykepleiere i større grad tenker skadereduksjon når det gjelder tobakksrøyking hos etablerte røykere. Mange vet ikke at helserisikoen er lavere ved bruk av e-sigaretter eller snus (21). Forskere har beregnet at snusbruk er omtrent 90 prosent mindre skadelig enn røyking. Etablerte røykere som går over til snus, vil derfor kunne få en stor helsegevinst (21, 22).

Sykepleiere bør derfor ta initiativ til å snakke med pasientene om røyking og informere om forskjellen i helserisiko ved bruk av ulike tobakksprodukter. Hvis røykesluttbehandling mislykkes eller ikke er ønsket hos etablerte røykere, kan sykepleiere jobbe skadereduserende ved å støtte pasienter som ønsker å redusere antall sigaretter per dag eller bytte til snus.

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at ved samtidig bruk av andre legemidler kan røykeslutt, altså redusert nikotinbruk, føre til økt effekt og dermed behov for lavere dose av beroligende og antipsykotiske legemidler som oksazepam og olanzapin (11, 20). Sykepleiere bør derfor sørge for at pasienters endringer i røykevaner skjer i nært samarbeid med lege.

Sørg for hepatitt C-behandling

Det tredje viktige tiltaket er behandling for hepatitt C. Hepatitt C er en sykdom som forårsakes av hepatitt C-viruset, og de fleste smittes gjennom injiserende rusmiddelbruk. Opptil 85 prosent av de smittede utvikler et kronisk forløp. Ubehandlet kan det føre til utvikling av skrumplever og leverkreft (23).

Blant 123 LAR-pasienter i Norge som døde i årene 2014–2015, fant man ved obduksjon at over 80 prosent av pasientene hadde patologiske endringer i leveren, til tross for at gjennomsnittsalderen kun var 48 år på dødstidspunktet. Av disse hadde nesten en fjerdedel tegn på skrumplever (24).

Med behandling vil de fleste kunne bli kvitt hepatitt C-viruset.

Leversykdom på grunn av alkohol og illegale rusmidler bidrar i stor grad til sykdomsbyrde og tapte leveår (25). Med behandling vil de fleste kunne bli kvitt hepatitt C-viruset, noe som reduserer risikoen for varig leverskade og leverkreft. Behandlingen fører også til at færre nye smittes. Siden 2018 har behandling for hepatitt C vært tilgjengelig for alle.

Nysmitte og forekomst går ned

Det er gledelig at både nysmitte og forekomst av kronisk hepatitt C har gått ned med 80–90 prosent siden 2018 (23, 26). Nedgangen skyldes både økt opptak til og gjennomføring av behandling av hepatitt C og høy dekning i Norge når det gjelder skadereduserende tiltak som sprøyteutdeling og LAR (23).

Norge har fortsatt som mål å eliminere hepatitt C som folkehelseproblem. Både kommuner og helseforetakene har et sørge-for-ansvar når det gjelder å forebygge smitte, diagnostisere og tilby behandling til alle med kronisk hepatitt C (23). Det krever et godt samarbeid, og her vil sykepleiere i både kommunen og spesialisthelsetjenesten være naturlige bidragsyttere.

Utdeling av rent sprøyteutstyr er et viktig forebyggende tiltak og en lovpålagt oppgave for kommunene (23). I tillegg til å forebygge hepatitt vil god tilgang på rent sprøyteutstyr og røykefolie til personer som injiserer rusmidler, også kunne forebygge hudinfeksjoner og abscesser.

Pasientene kan også få annen somatisk sykdom

Det er flere andre somatiske problemstillinger som sykepleiere skal være oppmerksomme på. Langvarige, kroniske hud- og bløtdelsinfeksjoner på grunn av injisering av rusmidler er assosiert med nyresykdommen amyloidose, som kan føre til nyresvikt.

Hudinfeksjoner og dårlig tannhelse kan også føre til alvorlige infeksjoner, inkludert endokarditt, som er en sjelden og alvorlig infeksjon i hjertet. Sepsis er heller ikke helt uvanlig (24).

Redusert allmenntilstand kan også øke risikoen for dødelige overdoser. Derfor vil god oppfølging av både akutte og mer kroniske somatiske problemstillinger kunne være et positivt bidrag i det overdoseforebyggende arbeidet. Generelt bør sykepleiere ha lav terskel for å bistå brukere og pasienter med å oppsøke lege ved nedsatt allmenntilstand.

Dette kan sykepleiere gjøre

Alle sykepleiere bør være kjent med innholdet i nasjonalt pasientforløp for somatisk helse og levevaner. Nasjonale pasientforløp innen psykisk helse og rus ble innført i 2018 og skal blant annet sikre bedre oppfølging av pasientenes somatiske helse (14).

Somatisk helse og levevaner skal kartlegges under utredning og følges opp som en integrert del av behandlingen. Det skal dokumenteres i journal hvem som undersøker og følger opp tiltak. Målet er å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og økt levealder. Anbefalingene gjelder uavhengig av behandlingsnivå (14).

Oppgaver som Den norske legeforening foreslår at sykepleiere kan gjøre i samarbeid med leger, er blant annet intervju om somatiske forhold, informasjon om nytten av tilstrekkelig og riktig ernæring, fysisk aktivitet og endring av røykevaner. I tillegg kommer somatiske undersøkelser som å måle blodtrykk, puls, vekt, høyde, kroppsmasseindeks og livvidde/hoftevidde-ratio – og urinprøver for rusmiddeltesting samt EKG (9).

Pasientene ønsker mer undervisning

Evalueringer av pasientforløpene (27) viser at mange pasienter og pårørende opplever at somatisk helse ikke alltid blir tatt på alvor, og at kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger er dårlig. Pasientene ønsker mer undervisning om sammenhengen mellom somatisk helse, psykisk helse og rusmiddelbruk.

Også pårørende ønsker å bli mer involvert (27). God kommunikasjon med pasient og pårørende, pasientundervisning, samarbeid og koordinering er oppgaver sykepleiere naturlig har og bør ta ansvar for. Personsentrert omsorg og brukermedvirkning er også en naturlig del av god sykepleie.

Nasjonalt pasientforløp for somatisk helse og levevaner for personer med en psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer er et godt verktøy som kan bidra til bedre kartlegging og oppfølging. Tre viktige tiltak som sykepleiere bør kjenne til, er bruk av «Hjertefrisk»-skjemaet, skadereduserende tiltak for etablerte røykere, som for eksempel å bytte til snus, og forebygging og behandling av hepatitt C.

Økt oppmerksomhet blant sykepleiere på disse tiltakene kan bidra til bedre oppfølging av den somatiske helsen til pasienter med en psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse.

Samtidig bør sykepleiere sørge for god koordinering av tjenestene og godt samarbeid med fastlegene. Vi kan ikke lenger akseptere at personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser dør tidlig av somatiske sykdommer som det i stor grad er mulig å forebygge og behandle.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



FOREBYGG TIDLIG: Vi kan ikke lenger akseptere at personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser dør tidlig av sykdommer som det i stor grad er mulig å forebygge og behandle. *Illustrasjonsfoto: Johner/NTB*

1. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72;(4):334–41. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2014.2502](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502)
2. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176. DOI: [10.1371/journal.pone.0055176](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176)
3. Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, et al. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(4):297–306. DOI: [10.1111/acps.12330](https://doi.org/10.1111/acps.12330)
4. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017;16(1):30–40. DOI: [10.1002/wps.20384](https://doi.org/10.1002/wps.20384)
5. Karlsen R. Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*. 2009;4(3):198–204. DOI: [10.4220/sykepleienf.2009.0099](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0099)

6. Granamo A, Knutstad U. Sykepleieren i rusfeltet – usynlig og generell eller tydelig og spesiell? Sykepleien Forskning. 2021;16(86452):e-86452. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2021.86452](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86452)
7. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Drammen: Senter for psykisk helse og rus; 2015. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/298288> (nedlastet 04.08.2023).
8. Sælør KT, Biong S. Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. Sykepleien Forskning. 2011;6(2):168–174. DOI: [10.4220/sykepleienf.2011.0103](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0103)
9. Den norske legeforening. Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse. Oslo: Den norske legeforening; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/bedre-helse-og-lengre-liv/> (nedlastet 23.08.2023).
10. Hammervold U, Lydersen B, Østvik E. Sykepleierutdanningene er urovekkende ulike innen psykisk helse og rus. Sykepleien. 2022;110(88559):e-88559. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.88559](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.88559)
11. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. The Lancet Psychiatry. 2019;6(8):675–712. DOI: [10.1016/s2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30132-4)
12. Gan WQ, Buxton JA, Scheuermeyer FX, Palis H, Zhao B, Desai R, et al. Risk of cardiovascular diseases in relation to substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2021;229:109132. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2021.109132](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109132)
13. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, Delogu M, Miola A, Høye A, et al. Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. AJP. 2021;178(9):793–803. DOI: [10.1176/appi.ajp.2021.21010031](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010031)
14. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer> (nedlastet 08.08.2023).
15. Ringen PA, Lund-Stenvold E, Andreassen OA, Gaarden TL, Hartberg CB, Johnsen E, et al. Quality of clinical management of cardiometabolic risk factors in patients with severe mental illness in a specialist mental health care setting. Nordic Journal of Psychiatry. 2022;76(8):602–9. DOI: [10.1080/08039488.2022.2039288](https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2039288)

16. Vedøy TF, Aarø LE, Lund KE. Røyking og snusbruk i Noreg. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/?term=> (nedlastet 04.08.2023).
17. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, mental illness, and public health. Annu. Rev. Public Health. 2017;38(1):165–85. DOI: [10.1146/annurev-publhealth-031816-044618](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618)
18. Guydish J, Passalacqua E, Pagano A, Martínez C, Le T, Chun J, et al. An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. Addiction. 2016;111(2):220–30. DOI: [10.1111/add.13099](https://doi.org/10.1111/add.13099)
19. Bjørnstad ED, Vederhus JK, Clausen T. High smoking and low cessation rates among patients in treatment for opioid and other substance use disorders. BMC Psychiatry. 2022;22(1):649. DOI: [10.1186/s12888-022-04283-6](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04283-6)
20. Helsedirektoratet. Røykeavvenning. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning> (nedlastet 24.08.2023).
21. Lund KE, Vedøy TF. Relative risk perceptions between snus and cigarettes in a snus-prevalent society - an observational study over a 16 year period. IJERPH. 2019;16(5):879. DOI: [10.3390/ijerph16050879](https://doi.org/10.3390/ijerph16050879)
22. Folkehelseinstituttet. Tar feil om risikoforskjell mellom snus og sigaretter. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/tar-feil-om-risikoforskjell-mellom-snus-og-sigaretter/> (nedlastet 20.08.2023).
23. Folkehelseinstituttet. Hepatitt C – veileder for helsepersonell. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers/> (nedlastet 04.08.2023).
24. Bech A. Mortality during opioid agonist treatment in Norway: a comprehensive study of the years 2014 and 2015 [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin; 2022.
25. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A. et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Psychiatry. 2018;5(12):987–1012. DOI: [10.1016/s2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30337-7)

26. Folkehelseinstituttet. Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge: Oppfølging av den nasjonale strategien mot virale hepatitter. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2023/statusrapport-om-eliminasjon-av--hepatitt-b-og-c-som--folkehelseproblem-i-n/> (nedlastet 24.08.2023).
27. Ådnanes M, Høiseth J, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen S. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Oslo: Sintef; 2021. Rapport; 2021:00090