
Helsa til folk med psykiske lidelser og rusmiddellidelser må bedres

KRONIKK

IVAR SKEIE

ivar.skeie@sykehuset-innlandet.no

Ivar Skeie er ph.d., spesialist i allmennmedisin og i rus- og avhengighetsmedisin og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Helsedirektoratet som konsulent i rus- og avhengighetsmedisin.

Folk med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser har dårligere helse og lever kortere liv enn befolkningen generelt. Dette er det mulig å gjøre noe med.

Folk med alvorlige psykiske lidelser og alvorlige rusmiddellidelser har dårligere helse og lever minst 15–20 år kortere enn gjennomsnittsbefolkningen [\(1, 2\)](#). Dersom personer med alvorlig psykisk lidelse i tillegg har en alvorlig rusmiddellidelse, øker dødeligheten betydelig [\(1, 3\)](#).

Dødsårsakene har dels spesifikk sammenheng med lidelsenes art, som selvmord ved alvorlige psykiske lidelser og overdoser ved rusmiddellidelser. Men hovedtyngden av dødsfall, særlig ved økende alder, skyldes akutte og kroniske somatiske lidelser [\(4, 5\)](#). Disse lidelsene opptrer gjerne i betydelig yngre alder enn ellers i gjennomsnittsbefolkningen. Dette har sammenheng med fattigdom og sosial marginalisering, men også med livsstilsfaktorer og mangelfull forebygging, behandling og oppfølging av sykdommene. Dette er forhold det er mulig å gjøre noe med. Det vil kreve bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, og fastlegene bør ha en sentral rolle i denne satsningen.

Årsakene er kompliserte og sammensatte

To viktige dokumenter, Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse* og Stortingsmelding nr. 23 (2022–2023) *Opptappingsplan for psykisk helse 2023–2033*, er nylig lagt fram. I begge dokumentene framheves reduksjon av sykkelighet og dødelighet i disse gruppene som en prioritert oppgave for helsetjenestene i årene som kommer.

Men dette har vi egentlig visst lenge, og de senere år er dokumentasjonen blitt overveldende. Men hvorfor er det da så vanskelig å få gjort noe med det? Årsakene er mange og sammensatte.

Alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser er komplekse fenomener.

De kan sees på som «bio-psyko-sosiale syndromer» der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer samvirker og påvirker hverandre gjensidig innenfor en større samfunnsmessig kontekst. Denne omfatter myndighetenes rus- og helsepolitikk som styrer i hvilken grad forebyggende tiltak og helsetilbud til disse gruppene prioriteres. Organiseringen av helsetjenester til disse sårbare gruppene og generelle holdninger i samfunnet og hjelpeapparatet er også viktige. Alle disse elementene samvirker og påvirker hverandre gjensidig. Dette fører til at tilstandene er svært sammensatte, og for slike komplekse problemer finnes det ingen raske og enkle løsninger. Dette ser jeg som den grunnleggende årsaken til at det er «så vanskelig å gjøre noe med det.»

Krevende, men ikke umulig

Men det er ikke umulig. Det finnes tiltak som treffer, noe Legeforeningens rapport gir mange gode eksempler på. Men når bakgrunnen er kompleks, må tiltakene være allsidige og omfatte ulike deler av hjelpeapparatet. Det kreves samhandling på mange nivåer, mellom pasienter og behandlingsapparatet, mellom ulike faggrupper i helse- og sosialtjenestene, mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisttjenestene innen rusbehandling, psykiatri og somatikk.

«Kanskje har det gått under radaren at overdødeligheten i hovedsak skyldes somatiske sykdommer»

Kanskje har det gått under radaren at overdødeligheten i hovedsak skyldes somatiske sykdommer. Disse blir lett overskygget og nedprioritert til fordel for brannslukking av mer dramatiske forhold som skyldes rus, avhengighet og psykiske lidelser. Og fordi helseproblemene for disse gruppene er så sammensatte og situasjonen rundt behandlingen kan være så kompleks, har behandlere slått seg til ro med en behandling av somatiske lidelser som ikke er den best mulige («negativ pragmatisme») (Anne Høye, professor ved UiT – Norges arktiske universitet, lanserte første gang begrepet i et foredrag om somatisk sykkelighet og dødelighet blant personer med alvorlige psykiske lidelser på en nasjonal konferanse i regi av Faglig forum i Trondheim 23.1.2017). Med det vi vet i dag, må dette endres.

Helsetilbud tilpasset målgruppen

Helsevesenet må derfor innrettes slik at forebygging, utredning, behandling og oppfølging av somatiske sykdommer i disse pasientgruppene blir prioritert. Det krever bedre samhandling mellom ulike tjenester, og tjenestene må i større grad tilpasses pasientenes særegne behov. Samfunnet bruker store ressurser på behandling av disse gruppene, for eksempel er om lag 70 % av personer med alvorlige ruslidelser i en eller annen form for behandling, noe som er høyt i internasjonal sammenheng. Når det skal settes søkelys på somatiske helseproblemer, er derfor bedre tilrettelegging av tjenestene like viktig som økning av ressurser.

Hva vil det så si å tilrettelegge tjenestene etter disse gruppenes behov? Mange klarer å følge og forholde seg til helsevesenet, slik som andre, og for disse er problemet kanskje mest at helsevesenet må få øynene opp for de somatiske behovene. Andre klarer ikke å forholde seg til et komplekst hjelpeapparat, og de faller lett mellom mange stoler. Å møte opp til behandlingsavtaler, følge opp fast medisiner og digital kommunikasjon og å betale for tjenester blir vanskelig. Ikke av vond vilje, men på grunn av lidelsenes art og sosiale forhold, som fattigdom. Da kan man lett miste muligheten til behandling som folk ellers får.

Et moderne helsevesen er, og må være, spesialisert. Derfor er det nødvendig å lage veier inn i og gjennom behandlingssystemene som er tilrettelagt for disse pasientene, på en måte som gjør at de i størst mulig grad får den hjelpen de trenger. I Norge har alle, med noen unntak, samme rett til helsehjelp. Men hjelpeapparatet må ta inn over seg at det er deres ansvar, og ikke pasientens, å tilrettelegge behandlingen slik at målgruppene nås. Tilbudet om helsetjenester må ikke organiseres etter prinsippet «one size fits all». Derfor må samhandlingen tilrettelegges ut fra pasientens behov og være tilstrekkelig fleksibel slik at behandlingen når fram.

Det finnes gode eksempler på slik samhandling i Norge. Jeg vil trekke fram to her, legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR) og fleksible oppsøkende team (FACT-team). I LAR-behandlingen etableres det ansvarsgrupper for hver enkelt pasient der pasienten, fastlegen, en fast representant fra kommunal helse- og sosialtjeneste og en fra LAR-team i spesialisthelsetjenesten, samarbeider om langvarig behandling og rehabilitering av pasienten. FACT-team er tverrfaglig sammensatt og skal gi helhetlig behandling etter en fast struktur til en gruppe pasienter med psykiske lidelser, ofte kombinert med rusproblemer. Teamene består av helse- og sosialfaglig personell fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. De skal også ha personell med brukererfaring, erfaringskonsulenter og psykolog eller psykiater. Somatisk helse følges gjerne opp av fastlegen i samarbeid med teamet.

I disse modellene gis omfattende og helhetlig behandling over svært lang tid, ofte mange år. Behandlingen omfatter den grunnleggende rusmiddel- og/eller psykiske lidelsen, men i tillegg også somatiske helseproblemer og generell oppfølging og rehabilitering. Det særegne ved disse modellene er at samme team har psykiatrisk og rusmedisinsk spisskompetanse, samtidig som den allmenne helseoppfølgingen ivaretas av teamenes leger eller fastlegene innenfor en forpliktende samarbeidsmodell som omfatter både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

Hvem skal gjøre hva?

Det er ingen «revirkamp» mellom ulike deler av helsevesenet i somatisk oppfølging av disse gruppene. Det er heller omvendt – de sårbare gruppene faller mellom stolene, og somatisk helse følges ikke opp. Derfor bør prinsippet i stedet være at «den som er i posisjon, den handler». Det innebærer at psykiatere og russpesialister i spesialisthelsetjenesten også bør ha søkelys på somatikk under innleggelser, spesielt over lengre tid. De bør foreta somatiske undersøkelser og sette i gang og følge opp behandling, eventuelt i samarbeid med somatiske spesialister og særlig med fastlegene. Dette vil for en del personer kreve et kompetanseløft i somatisk medisin. Etter utskrivning bør fastlegene ha hovedansvaret for videre oppfølging. Dessuten er det behov for spesielle målrettede helsetilbud rettet mot rusmiljøer i større byer, som feltpleien. Disse må knyttes tett opp mot fastlegene, særlig der de ikke har egne leger.

Fastlegenes rolle

Selv om også andre deler av helsevesenet har ansvar for somatisk oppfølging, vil det langsiktige og grunnleggende ansvaret i stor grad ligge hos fastlegene. Det er også i tråd med de beste og bærende tradisjoner i norsk allmennmedisin, «å gi mest til dem med de største behov» (6). Pasienter med psykiske lidelser og rusmiddellidelser er blant dem med «de største behov», behov som i for liten grad møtes. Fastlegesystemet gir alle rett til fastlege, og veldig mange fastleger har lagt ned en svært omfattende og langvarig innsats for disse pasientgruppene. Og for mange har fastlegen vært den viktigste «helsepersonen» i deres liv gjennom mange, mange år.

Men noen ganger er det ikke enkelt å være fastlege

Fastlegesystemet er under press. Stort arbeidspress og nye oppgaver, rekrutteringsproblemer, legeløse lister og stor bruk av vikarer kan gjøre det vanskelig å finne tid til tettere oppfølging av disse gruppene. Når tiltak for å styrke fastlegesystemet planlegges, er det derfor viktig å legge til rette for styrket innsats for å redusere helsegapet. Men det er ikke bare systemproblemer som kan stå i veien for godt legearbeid på dette feltet.

De fleste fastleger har opplevd krevende møter med pasienter med alvorlige psykiske eller rusmiddelrelaterte lidelser. Det kan være atferd som er truende, manipulerende eller i verste fall voldsom. Dette kan oppleves som svært ubehagelig og belastende, og for noen kan det føre til at man vegrer seg for videre kontakt med pasientene. Derfor er det viktig at slike opplevelser bearbeides kollegialt og i veiledningssammenheng.

Det er avgjørende å forstå at all atferd styres av en form for «indre logikk», og så lenge man ikke får tak i denne logikken, vil slik pasientatferd framstå som uforståelig og kaotisk. Forstår man imidlertid atferden som et uttrykk for pasientens lidelse, vil det gjerne være det første steget mot å klare å forholde seg til atferden og videre vende den til en fruktbar lege-pasient-relasjon.

Leger kan også stå i fare for å tolke akutte og kroniske somatiske plager som uttrykk for psykisk sykdom eller rus. Siden alvorlig somatisk sykdom forekommer oftere og i yngre alder i disse gruppene, skal informasjon om psykisk og/eller rusmiddellidelse skjerpe, ikke senke, årvåkenheten for alvorlig somatisk sykdom. Legens vurdering må ta høyde for at ruspåvirkning eller psykiske symptomer kan opptre samtidig med somatisk sykdom og at det kan «skygge» for den bakenforliggende sykdommen. Derfor skal legen aldri slå seg til ro med en «forforståelse» om at «det nok er rus eller psykiatri» før man har gjort tilstrekkelige undersøkelser.

«Pasienter med ruslidelser eller psykiske lidelser er som alle andre når de oppsøker legehjelp for somatiske plager og frykt for alvorlig sykdom»

Det er også svært viktig å understreke at pasienter med ruslidelser eller psykiske lidelser er som alle andre når de oppsøker legehjelp for somatiske plager og frykt for alvorlig sykdom. De ønsker – sammen med legen – å avklare situasjonen og få nødvendig behandling. Derfor kan legen stort sett stole på det pasienten sier.

Til slutt

Moderne allmennmedisin er blitt mer kontorbasert enn tidligere. Men for disse pasientgruppene, som kan være vanskelige å nå og vanskelige å følge opp, er det ofte nødvendig å tilrettelegge behandlingen med en mer oppsøkende tilnærming. Pasientene kan ha problemer med å tilpasse seg timeavtaler, og venterom kan oppleves truende. Ofte vil det være nødvendig for legen å samarbeide med andre i hjelpeapparatet. Men hvis man tilpasser seg disse utfordringene og tar utgangspunkt i det store behovet disse pasientene har for god legehjelp, kan fastlegene gjøre en svært viktig innsats for å redusere helsegapet mellom disse sårbare gruppene og totalbefolkningen.

REFERENCES

1. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLoS One 2018; 13: e0202028. [PubMed][CrossRef]
2. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2017; 4: 295–301. [PubMed][CrossRef]
3. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros ME et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. Lancet Psychiatry 2015; 2: 801–8. [PubMed][CrossRef]
4. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. PLoS One 2011; 6: e24597. [PubMed][CrossRef]

5. Skeie I, Clausen T, Hjemseter AJ et al. Mortality, Causes of Death, and Predictors of Death among Patients On and Off Opioid Agonist Treatment: Results from a 19-Year Cohort Study. *Eur Addict Res* 2022; 28: 358–67. [PubMed][CrossRef]
 6. NSAM/NFA 40 år – 1983–2023. Oslo: Norsk forening for Allmenmedisin, 2023, s. 25–9.
-

Publisert: 9. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0650

Mottatt 26.9.2023, første revisjon innsendt 2.11.2023, godkjent 13.11.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.